



UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SAMY LORAYNN OLIVEIRA MOURA

**VIVÊNCIAS DE VULNERABILIDADES DE MULHERES ÀS INFECÇÕES
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

SOBRAL - CE
2019

SAMY LORAYNN OLIVEIRA MOURA

**VIVÊNCIAS DE VULNERABILIDADES DE MULHERES ÀS INFECÇÕES
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva.

**SOBRAL - CE
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Moura, Samy Loraynn Oliveira

Vivências de vulnerabilidades de mulheres às Infecções Sexualmente Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Samy Loraynn Oliveira Moura. -- Sobral, 2019.

1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 107 folhas.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Maria Adelane Monteiro da Silva.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Vulnerabilidade em Saúde. 2. Doença Sexualmente Transmissível. 3. Mulheres. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

SAMY LORAYNN OLIVEIRA MOURA

**VIVÊNCIAS DE VULNERABILIDADES DE MULHERES ÀS INFECÇÕES
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

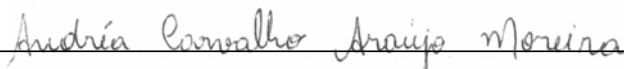
Dissertação apresentada à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Universidade Estadual Vale do Acaraú, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde.

Aprovada em: 13/ 11/ 2019

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva (Orientadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA



Profa. Dra. Andréa Carvalho Araújo Moreira
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA



Profa. Dra Ana Karina Bezerra Pinheiro
Universidade Federal do Ceará - UFC

Dedico esta dissertação, primeiramente a Deus, minha razão de viver, a quem eu devo tudo e as pessoas que mais amo: mãe, pai (in memoriam), filhos, irmãos, sobrinhos pelo apoio incondicional, força e incentivo. Sem vocês nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

Primeiro de tudo, gostaria de agradecer a Deus, meu amor maior, Pai maravilhoso, fiel e misericordioso. Toda honra e glória seja dada ao Senhor, que me ama com um amor incondicional e verdadeiro, que me livrou do vale da sombra da morte e me fez viva de novo! Eu renasci em ti Pai, para viver todas as tuas perfeitas promessas! A concretização dessa árdua e saborosa jornada, mesmo diante de algumas limitações, só foi possível, porque o Senhor esteve comigo em todos os momentos, me dando fé, sabedoria, tranquilidade, paciência, resiliência para seguir em frente com os meus objetivos e não desanimar com as dificuldades.

Aos meus filhos, Pedro Augusto e João Lucas, minha mãe Cleoneuda, meu pai Sena (in memoriam), meus irmãos Eros e Éden, meu sobrinho Joaquim que tanto contribuíram para que eu consumasse esse sonho tão almejado, sendo hoje uma realidade que concretizei como resultado de todo amor, carinho, dedicação, apoio, compreensão, renúncias e cumplicidade. Obrigada meu Deus por eles existirem e compartilharem comigo desta conquista. Vocês são a razão da minha existência. Amo vocês!!!

A minha orientadora, professora Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva, ser humano e profissional brilhante. Obrigada por sua amizade, dedicação, incentivo, solicitude e seus sábios ensinamentos ao longo desta caminhada. Obrigada, por ter contribuído com esta etapa tão importante na minha vida. Mais uma vez, muito obrigada por ser tão especial.

A banca examinadora, professora Dra. Andréa Carvalho Araújo Moreira e a professora Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro por terem aceitado o convite e pelas valiosas contribuições para construção deste conhecimento. É uma honra tê-las como membros colaboradores desta pesquisa.

A todos os amigos do mestrado pelos momentos compartilhados de aprendizagem, em especial as minhas amigas Jâina, Jéssica, Nataiane e Rayane, por compartilharem comigo de maneira tão prazerosa esta caminhada e pela sólida e linda amizade construída.

A Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e seus docentes, manifesto profundo agradecimento, pela indubitável oportunidade de ser integrante do Mestrado Profissional em Saúde da Família, o qual instigou sentimentos imprescindíveis para o alcance de uma aprendizagem significativa.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para elaboração deste estudo. Muito obrigada!

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.”

Paulo Freire

RESUMO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) representam um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, que reverberam em consequências de natureza sanitária, social e econômica, causando verdadeiro impacto na qualidade de vida das pessoas, seja nas relações pessoais, familiares ou sociais. Teve como objetivo compreender as vivências de vulnerabilidades de mulheres às Infecções Sexualmente Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde. Pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida entre o período de agosto de 2018 a outubro de 2019, em uma Unidade Básica de Saúde do município de Tururu - Ce. Participaram do estudo oito mulheres com faixa etária entre 21 a 44 anos e histórico prévio de IST. O desenvolvimento da coleta de informações se deu em tres etapas: busca dos participantes, visita domiciliar e entrevista. As entrevistas foram analisadas conforme a análise temática proposta por Bardin, das quais emergiram aspectos comuns que favoreceram a construção progressiva de tres categorias temáticas: conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres com relação às IST; relações de gênero e poder que envolvem o universo da mulher com IST e percepção de mulheres quanto a sua vulnerabilidade as IST. Diante dos resultados encontrados percebeu-se que as mulheres possuem um conhecimento fragilizado sobre as IST, fator condicionante para as práticas sexuais desprotegidas. Associada a estas questões, a hegemonia masculina retrai as mulheres em posição de submissão, refletindo a forte influencia de gênero nas relações afetivas conjugais, não lhe dando o direito de livre escolha sobre sua vida sexual e reprodutiva, situação esta que dificulta o diálogo, a negociação de uma relação sexual segura, além de contribuir para que a mulher não se reconheça como um sujeito de direitos sexuais e reprodutivos. Constataram-se a baixa percepção e desconsideração das mulheres quanto à vulnerabilidade as IST. Elas acreditam que a possibilidade de adquirir IST está vinculada a comportamentos considerados desviantes, sendo provável apenas na vida de quem não vivencia um relacionamento estável. Desse modo, o principal desafio é traduzir as soluções para a superação dos diferentes contextos de vulnerabilidade das mulheres às ISTs, a partir da elaboração de políticas efetivas e ações concretas que assegurem o acesso aos programas de promoção e prevenção, disponíveis no sistema de saúde, com garantia de uma assistência holística e integral para a saúde da mulher.

Palavras-Chave: Vulnerabilidade em Saúde. Doença Sexualmente Transmissível. Mulheres. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Sexually Transmitted Infections (STI) represent an important public health problem in Brazil and worldwide, which reverberate in health, social and economic consequences, causing a real impact on people's quality of life, whether in personal, family or social relationships. It aimed to understand the vulnerabilities experiences of women with Sexually Transmitted Infections in Primary Health Care. An exploratory and descriptive research with a qualitative approach, conducted between August 2018 and October 2019, in a Basic Health Unit of the city of Tururu - Ce. Eight women with ages ranging from 21 to 44 years and previous history of STI participated in the study. The development of information gathering took place in three stages: participant search, home visit and interview. The interviews were analyzed according to the thematic analysis proposed by Bardin, from which common aspects emerged that favored the progressive construction of three thematic categories: women's knowledge, attitudes and practices regarding STI; gender and power relations that involve the universe of women with STI and women's perception of their vulnerability to STI. Given the results found, it was noticed that women have a weak knowledge about STI, a conditioning factor for unprotected sexual practices. Associated with these issues, male hegemony retracts women in submission, reflecting the strong gender influence in marital affective relationships, not giving them the right to free choice over their sexual and reproductive life, which makes dialogue, negotiation of a safe sexual relationship, in addition to contributing to the woman not recognizing herself as a subject of sexual and reproductive rights. The low perception and disregard of women regarding the vulnerability to STIs were found. They believe that the possibility of acquiring STI is linked to behaviors considered deviant, being likely only in the life of those who do not experience a stable relationship. Thus, the main challenge is to translate the solutions to overcome the different contexts of women's vulnerability to STIs, through the elaboration of effective policies and concrete actions that ensure access to the promotion and prevention programs available in the health system, guaranteed holistic and comprehensive care for women's health.

Key-words: Health Vulnerability. Sexually Transmitted Disease. Women. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome / SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AB - Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

CCU - Câncer do Colo do Útero

DIP - Doença Inflamatória Pélvica

ESF - Estratégia Saúde da Família

GEVS - Grupo de Estudos em Vulnerabilidades em Saúde (GEVS).

HBV - Vírus da Hepatite B

HCV - Vírus da Hepatite C

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)

HPV - Papiloma Vírus Humano

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde / WHO - World Health Organization

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SESA - Secretaria da Saúde do Estado

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

VS - Vulnerabilidade em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Contextualização do problema.....	12
1.2 Aproximação com o objeto, justificativa e relevância.....	17
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo geral.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis no âmbito da APS.....	20
3.2 Vulnerabilidade e suas dimensões.....	21
3.3 Vulnerabilidades no contexto das IST vivenciadas por mulheres.....	25
4 CAMINHO METODOLÓGICO	27
4.1 Tipologia do estudo.....	27
4.2 Cenário e período do estudo.....	27
4.3 Participantes do estudo.....	29
4.4 Estratégias e procedimentos da coleta de informações.....	30
4.5 Análise das informações.....	32
4.6 Considerações éticas.....	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5.1 Conhecendo as participantes do estudo.....	35
5.2 Conteúdos apreendidos das entrevistas.....	36
5.3 Conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres com relação às IST.....	37
5.3.1 O conhecimento sobre as IST: o preservativo é importante, mas não uso!.....	38
5.3.2 Porque elas não usam?: o olhar e as atitudes das mulheres frente ao preservativo.....	44
5.4 Relações de gênero e poder que envolvem o universo da mulher com IST.....	51
5.4.1 Reconhecimento da mulher como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos: sou livre?.....	51
5.4.2 Barreiras comunicacionais nos relacionamentos para dialogar sobre as IST.....	57
5.5 Percepções de mulheres quanto à sua vulnerabilidade as IST.....	62
5.5.1 Infecção contraída pelo ato sexual: vai acontecer comigo?.....	62
5.5.2 Relacionamentos estáveis: grupos de riscos ou proteção?.....	70

5.5.3 Desconsideração da vulnerabilidade as IST: eu sei, mas não me importo!.....	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICE I - Carta de Anuência.....	96
APÊNDICE II – Entrevista com as Mulheres.....	97
APÊNDICE III – Categorização Temática.....	99
APÊNDICE IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Pós Informado.....	104
ANEXO I – Marcadores de Vulnerabilidades de Mulheres às DST/HIV.....	105
ANEXO I – Parecer do CEP.....	107

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são frequentes e recorrentes, caracterizadas por múltiplas apresentações clínicas e etiológicas (bactérias, fungos, protozoários e vírus), que causam verdadeiro impacto na qualidade de vida das pessoas, seja nas relações pessoais, familiares ou sociais. A transmissão ocorre principalmente pelo contato sexual (oral, vaginal e anal) e de forma eventual por via sanguínea. As manifestações clínicas podem se apresentar sob a forma de úlceras genitais, corrimento vaginal e uretral e doença inflamatória pélvica (DIP). São capazes de tornar o organismo humano mais vulnerável a outras doenças e apresentam complicações mais graves em mulheres (BRASIL, 2015a; WHO, 2015; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as ISTs representam um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, já que é internacionalmente negligenciado, que reverberam em consequências de natureza sanitária, social e econômica em virtude da magnitude e dificuldade de acesso ao tratamento adequado. Essas infecções não diagnosticadas e tratadas a tempo podem resultar em complicações graves como infertilidade, gravidez ectópica, abortos, prematuridade, natimortos, mortalidade neonatal, infecções congênitas, neoplasias, além de ser o principal facilitador da transmissão sexual do HIV (WHO, 2007; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; PINTO, 2018).

Estima-se que, mundialmente, mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente e que a cada ano 500 milhões de pessoas adquirem uma das ISTs curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase), sendo que a sífilis na gravidez causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais/ano e coloca 215.000 recém-nascidos sob o risco de morte prematura, baixo peso ao nascimento ou sífilis congênita; 530 milhões de pessoas estejam infectadas com o vírus do herpes genital e que mais de 290 milhões de mulheres estejam infectadas pelo HPV. A infecção pelo HPV causa 530.000 casos de câncer de colo uterino e 275.000 mortes por ano (WHO, 2008; BRASIL, 2015a).

Dentre mulheres com infecções não tratadas por gonorreia e/ou clamídia, 10 a 40% desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP) e destas mais de 25% se tornarão inférteis. Dados de países desenvolvidos indicam que mulheres que tiveram DIP têm 6 a 10 vezes

maior probabilidade de desenvolver gravidez ectópica e que nos países em desenvolvimento, a gravidez ectópica contribui com mais de 15% das mortes maternas (WHO, 2015).

No Brasil, no período de 1999 a 2017 foram notificados 587.821 casos confirmados de hepatites virais. Destes, 164.892 (28,0%) são referentes aos casos de hepatite A, 218.257 (37,1%) de hepatite B, 200.839 (34,2%) de hepatite C e 3.833 (0,7%) de hepatite D (BRASIL, 2018a). Com relação às infecções pelo HIV, de 2007 a junho de 2017 foram notificados 194.217 casos, sendo que 7.693 ocorreram na região Nordeste e 62.198 (32,1%) em mulheres. Quanto a Aids, entre 2000 a junho de 2016, registrou-se um total de 673.634 casos, com 15,4 % concentrados na região Nordeste (BRASIL, 2017). No período de 2010 a junho de 2017 foram notificados um total 342.531 casos de sífilis adquirida, dos quais 10% ocorreram na região Nordeste e da serie histórica de 2005 a junho de 2017, foram notificados um total de 200.253 casos de sífilis em gestantes dos quais 20,7% foram casos residentes no Nordeste (BRASIL, 2018b).

De acordo com os dados da Secretaria da Saúde do Estado/SESA e SINAN/SVS no Ceará, nos últimos três anos houve um aumento no número de notificações de casos de sífilis. De 2010 a setembro de 2018, foram notificados 7.380 casos de sífilis adquirida, 8.161 casos de sífilis em gestante e 10.406 casos de sífilis congênita. A elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e a taxa de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentaram em média tres vezes nesse período, passando de 6,1 para 12,9 e de 3,9 para 16,6 casos por mil nascidos vivos respectivamente. A sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 2,6 casos em 2010 para 21,8 em 2018. Entre 2007 e a setembro de 2018, foram notificados 7.220 casos de hepatite virais. Destes, 28,6% de etiologia viral HBV e 22,2% HCV. De 2008 a novembro de 2018, foram notificados 8.585 casos de infecção pelo HIV e 10.150 casos de Aids, com um aumento da taxa de detecção de HIV de 1,8 para 19,6 casos, nesse período (CEARÁ, 2018).

O município de Tururu conta com uma população de aproximadamente 15 mil habitantes, sendo que ainda hoje há lacunas na estimativa da magnitude das ISTs entre homens e mulheres. Do ano de 2014 a novembro de 2018 foram notificados 6 casos de hepatites virais (2 casos de hepatite b em mulheres); 6 casos de sífilis em gestante, 3 sífilis congênita; 3 HIV e 5 Aids. Destes 3 (1 HIV e 2 Aids) se deram na população feminina (BRASIL, 2018c; CEARÁ, 2018).

Em virtude das fragilidades e inadequação do sistema de vigilância, com subnotificação de casos, seja em nível global ou regional, além da escassez de estudos sentinelas e de base populacional, os dados são escassos e inconclusivos, impossibilitando um

conhecimento real da situação epidemiológica dessas doenças e de suas complicações e a elaboração de estratégias preventivas eficazes, adaptadas às reais necessidades e ao perfil da população. No entanto, são conhecidos os seus impactos, tanto do ponto de vista socioeconômico quanto para a saúde sexual e reprodutiva (ARAÚJO *et al.*, 2015; PINTO, 2018).

A confiança no parceiro, a falta de negociação para o uso do preservativo, por acreditar que depende da aceitação do companheiro; sensação de desconforto, falta de autopercepção de vulnerabilidade à contaminação por IST, colocam as mulheres em situações desfavoráveis, influenciando no aumento da vulnerabilidade à contaminação. Atualmente a tendência epidemiológica da feminização apresentada pela epidemia do HIV trouxe o debate sobre gênero, poder, sexualidade e a vulnerabilidade das mulheres casadas ou em união estável (BASTOS *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2016).

A mulher quando diagnosticada com uma IST sofre um emaranhado de sensações que trazem repercussões não somente para ela, como também para suas famílias e comunidade, ocasionando dificuldades em revelar informações sobre a sua condição de saúde; isolamento social por receio de rejeição ou pela estigmatização das relações; temor em serem responsabilizadas pelo problema, sentimento de culpa por ter contaminado o companheiro e a possibilidade da infidelidade. Esses comportamentos resultam em uma passividade das mulheres realizarem o autocuidado, impactando significativamente no aumento dos casos de IST na população feminina (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pela Atenção Primária a Saúde (APS) nos últimos anos, muitas unidades de saúde têm restrita capacidade resolutiva e trabalham com agendamento de consultas, destinando pouco ou nenhum espaço para atendimento à demanda espontânea, não reconhecendo às ISTs sintomáticas como uma urgência; as mulheres, que muitas vezes são assintomáticas para a IST, em consultas ginecológicas não são rastreadas ou orientadas, e essas infecções passam despercebidas. Além disso, as questões estigmatizantes que envolvem essas infecções, como preconceitos e discriminações, inibem a busca pelo atendimento (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2015).

Pela magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade de controle às IST, estas devem ser priorizadas enquanto agravos em saúde pública. Logo são indispensáveis que os serviços de Atenção Básica sejam estruturados para possibilitar uma atenção integral a esse grupo de agravos com o atendimento organizado de forma a não perder a oportunidade do diagnóstico e tratamento, bem como contribuir para diminuir a vulnerabilidade às IST, utilizando conhecimentos técnicos – científicos atualizados, recursos disponíveis e adequados

a cada caso, garantindo uma assistência humanizada e resolutive, buscando sensibilizar e empoderar as mulheres, pois indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2015a; COSTA, 2014).

Para a redução dos casos de IST, é necessário o desenvolvimento de estratégias que impactem positivamente nos aspectos biopsicossociais da população em geral e sobre os segmentos mais vulneráveis (BRASIL, 2015b). Logo, é irrefutável conhecer as situações de vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres, compreendendo que estas influenciam o surgimento e evolução de doenças e outros agravos à saúde, para que dessa forma seja possível a eficácia das ações de prevenção (GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2014).

Nesse contexto, acredita-se que o conhecimento sistematizado e integral das mulheres sustenta e influencia a realização de uma abordagem humanizada, equânime, holística, eficaz e que promova a melhoria da qualidade de vida. No entanto, para que esses potenciais se concretizem é fundamental que os profissionais estabeleçam uma relação de parceria, vínculo, confiança, comunicação e realize uma assistência entrelaçada pelo envolvimento, a criatividade, o senso critico-reflexivo e que permita identificar as demandas, conforme as vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas, abordando as questões relacionadas as ISTs de modo efetivo.

Ao compreender a saúde como um conjunto de condições integrais, individuais e coletivas determinado por fatores de ordem biológica, social, econômica, política, cultural e ambiental, não se pode considerar os sujeitos como unidades estatísticas independentes. Tampouco não se deve ignorar a existência das relações sociais que produzem representações, comportamentos, saberes, valores, modos e condições de vida e de saúde. É em função dessa compreensão que o presente trabalho adota o conceito de vulnerabilidade como referencial teórico.

O conceito de vulnerabilidade no contexto da saúde refere-se à suscetibilidade de indivíduos ou grupos a agravos na saúde que inclui três dimensões interdependentes: vulnerabilidade individual, social e programática. A vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, cognitivos e atitudes dos indivíduos, se fundamentando no “princípio de que toda pessoa pode experimentar um dado processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão da sua constituição física ao seu modo próprio de gerir seu cotidiano”. A vulnerabilidade social inclui fatores sociais, culturais e econômicos, pautada na possível mudança de comportamentos e de práticas conforme o acesso a recursos materiais, às

instituições, bem como o acesso aos equipamentos sociais e serviços de saúde. Ademais, a vulnerabilidade programática faz menção aos recursos que são necessários para proteção e qualidade de vida dos indivíduos, envolvendo programas e ações de prevenção e de controle da enfermidade com a finalidade de direcionar os recursos sociais necessários (AYRES, 2006; AYRES *et al*, 2009; AYRES, PAIVA & BUCHALLA, 2012).

Florêncio (2018) elucidou o conceito de vulnerabilidade em saúde, partindo de inquietações oriundas da percepção de que o sentido de risco ainda está atrelado aos conceitos pré-existentes e por considerar que elementos essenciais da vulnerabilidade devem ser sustentados pelo sujeito e o social. Assim, a autora traz como definição: “uma condição humana, construída na interação entre o sujeito e o social, caracterizada por uma relação de poder que se movimentam direção a uma condição de precariedade quando o empoderamento não é vivenciado pelo sujeito ou coletivo”.

Nessa perspectiva, entende-se que a vulnerabilidade carregue imprecisões frutificadas pelo processo de construção conceitual em que se encontra e há avanços na discussão da realidade dinâmica e multideterminada. A aceção da vulnerabilidade como parâmetro de reflexão e atuação implica o reconhecimento da concomitância de fatores éticos, políticos e técnicos contornando a incidência de riscos nos territórios e a capacidade humana para o seu enfrentamento (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Frente ao exposto, é necessário pensar que os elementos da vulnerabilidade podem ser adotados como parâmetro para interpretação de vários agravos à saúde. Assim, é possível ampliar a atuação em saúde, bem como gerar reflexões e ações de políticas de saúde com base nas necessidades da coletividade.

Destarte, mediante a magnitude do assunto, tendo em vista o aumento da incidência dos casos de IST na população feminina e a nítida necessidade de promover ações de prevenção sexuais eficazes e transformadoras, que possam desencadear um processo de empoderamento, corresponsabilidade e bem-estar biopsicossocial nas mulheres, o esforço do estudo foi no sentido de compreender os elementos que induzem a vulnerabilidade e influenciam a capacidade das mulheres na tomada de decisão relacionada à sua saúde sexual e reprodutiva, partindo das seguintes questões norteadoras: Quais as situações de vulnerabilidade as IST vivenciadas por mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde? Quais os elementos da vulnerabilidade que podem influenciar a capacidade das mulheres na tomada de decisão relacionada à sua saúde sexual e reprodutiva?

1.2 Aproximação com o objeto, justificativa e relevância

A motivação em estudar sobre as IST foi alicerçada na época da graduação, período em que tive a oportunidade de realizar alguns estudos inerentes a essa temática, o que desencadeou um despertar de interesses e inquietações em dar seguimento nestes, para aprofundá-los e assim efetivar uma aprendizagem significativa. Minha inserção nesse campo de pesquisa foi enriquecida ainda mais por meio do ingresso no Mestrado Profissional em Saúde da Família e participação como integrante do Grupo de Estudos em Vulnerabilidades em Saúde (GEVS).

Durante minha trajetória na enfermagem, nas vivências práticas da graduação e enquanto enfermeira da Estratégia Saúde da Família evidenciam-se fragilidades nos processos de trabalho e práticas fragmentadas. Dentre estas, se destaca a dificuldade que os profissionais apresentam em realizar uma atenção integral à saúde direcionada às abordagens das ISTs que é muito aquém do preconizado pelas políticas públicas de saúde, favorecendo com aumento das situações de vulnerabilidades e do número de casos dessas infecções entre mulheres.

Frente à problemática elucidada, considera-se que as vulnerabilidades das mulheres as ISTs representam um problema importante e que deve ser alvo de ações no âmbito da saúde, pois influencia sobremaneira a qualidade de vida da população. Julga-se também que as situações de vulnerabilidade podem ser minimizadas para a ocorrência de IST, caso a atuação do profissional de saúde da família for norteada por subsídios que propiciem a adoção de estratégias de prevenção da saúde sexual, atreladas a realidade individual e social das mulheres.

Acredita-se que este estudo fomentará um importante impacto na saúde das mulheres, pois se espera que subsidie gestores e equipes de saúde no desenvolvimento de estratégias preventiva e clínica de qualidade, que contemplem as necessidades desse grupo de forma mais efetiva, integral e participativa, assim, proporcione uma prática profissional sistemática e contextualizada, contribuindo para a atenuação dessa problemática e otimização dos serviços prestados na APS. É vital a busca de novos conhecimentos e alternativas para redução dos problemas existentes na comunidade na qual estamos inseridos.

Desse modo, é imprescindível que o profissional de saúde utilize o espaço privilegiado da APS para realizar ações que visem à prevenção das IST em mulheres, buscando promover a sensibilização quanto às vulnerabilidades de se vivenciar a sexualidade desprovida de autocuidado e proteção. Nessa perspectiva, compreende-se que não é suficiente

possuir capacidade científica, domínio técnico e ação política, é preciso ter compromisso com o desenvolvimento da autonomia e empoderamento da comunidade fundamentadas em atitudes de escuta, afetividade, amor, respeito, compromisso, responsabilidade, disponibilidade a mudança, autoestima e autoconfiança.

Faz-se necessário repensar nossas concepções e práticas, buscando realizar um cuidado integral, humanizado, equânime, conforme as necessidades de saúde da população. É imprescindível que a equipe adquira conhecimentos e desenvolva habilidades que permitam uma abordagem integral à saúde das mulheres por meio de uma prática que estimule uma atuação criativa, crítica e reflexiva.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender as vivências de vulnerabilidades de mulheres às Infecções Sexualmente Transmissíveis na Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer os elementos da vulnerabilidade individual e social que podem influenciar a capacidade dessas mulheres, na tomada de decisão relacionada à sua saúde sexual e reprodutiva;
- Analisar a percepção de mulheres quanto a sua vulnerabilidade as IST e ao reconhecimento dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Infecções Sexualmente Transmissíveis no âmbito da APS

As Infecções Sexualmente Transmissíveis estão entre os problemas de saúde pública mais comum em todo o mundo, apesar de todo o avanço científico e tecnológico, preventivo e curativo. Inclui uma série de síndromes clínicas que podem ser disseminadas principalmente por meio do contato sexual e estão entre as cinco principais causas de procura dos serviços de saúde e podem provocar sérias complicações, tais como infertilidade, abortamento espontâneo, malformações congênitas e até a morte, se não tratadas. Além disso, aumentam a chance, em pelo menos dez vezes, de contaminação pelo HIV (BRASIL, 2006c; FAGUNDES *et al.*, 2013; WHO, 2015).

São infecções de difícil detecção, uma vez que acarretam poucos sintomas visíveis e, muitas vezes, apresentam-se de forma assintomática, logo a detecção e o tratamento oportuno continuam a ser a base para a prevenção ideal da disseminação dessas infecções, evitar ou retardar complicações e consequências graves como o desenvolvimento de sequelas nos indivíduos (RAWRE *et al.*, 2018).

No Brasil, as políticas nacionais de saúde à mulher têm como objetivo principal a melhoria dos níveis de saúde em todas as fases da vida feminina, enfatizando atividades como planejamento familiar, controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), do Câncer do Colo do Útero (CCU) e de mama, além de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação (BRASIL, 2008a).

Estimativas recentes apontam para a ocorrência de mais de 10 milhões de novas infecções de transmissão sexual que podem evoluir para doenças sintomáticas, como uretrites, cervicites, úlceras e verrugas genitais, ou permanecerem assintomáticas. Isso, associado ao alto índice de automedicação, torna o problema ainda maior, já que muitos dos casos não recebem orientação e tratamento adequados, tornando-os subclínicos e elos fundamentais na cadeia de transmissão das infecções (BRASIL, 2011).

O principal serviço de saúde responsável por esse controle é a Atenção Primária à Saúde (APS), que deve ser compreendida entre os usuários como primeiro contato e preferencial para o acolhimento de suas necessidades, visto que é a porta de entrada para a rede assistencial de saúde, desempenhando suas funções com base nos princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), devendo existir ainda, quando necessário, a interação desse

serviço com os de média e alta complexidade. Tendo em vista a quebra da cadeia de transmissão das IST, a unidade de saúde deve garantir, o mais breve possível, o acolhimento adequado e com privacidade, respeitando o princípio da integralidade, o que requer o protagonismo de todos os trabalhadores da saúde e compreensão da responsabilidade das diferentes instâncias do SUS (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2017b).

Nesse enfoque, a melhoria da qualidade da assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e a promoção de um ambiente de aconselhamento podem se tornar possíveis quando o profissional facilita a reflexão a respeito do risco de relações sexuais desprotegidas, além de contribuir para a adoção de práticas seguras, promovendo a vivência da sexualidade de maneira saudável (RUFINO *et al.*, 2016).

3.2 Vulnerabilidade e suas dimensões

A vulnerabilidade significa fragilidade e precariedade que estão presentes na pluridimensionalidade do ser humano, visto que este se apresenta vulnerável não só na sua dimensão somática, mas em todas as suas dimensões fundamentais, já que sua integridade biológica, psicológica, social e espiritual não é absoluta e inalterável, pois pode estar ameaçada por enfermidades, sofrimentos, velhice, marginalização e abandono. A “experiência da vulnerabilidade está intimamente arraigada na humanidade [...]”. Viver humanamente significa, pois, viver na vulnerabilidade” (ROSELLÓ, 2009).

O termo “vulnerável” é derivado da palavra latina “vulnus”, a qual se atrela significados de uma ferida que evoca, de maneira simbólica, a abertura sangrenta, dolorosa e sofrida. Epistemologicamente o termo vulnerabilidade é comumente utilizado em menção a predisposição a desordem ou a susceptibilidade. Nesse sentido, poderíamos dizer que seu princípio se relaciona com o cuidar e com a ideia de responsabilidade, pois viver humanamente significa viver na vulnerabilidade, seja para ser ferido, para o sofrimento, para o desgaste e/ou finitude (JANCZURA, 2012; MICHAELS, 2017; WALDOW, 2014).

No contexto da saúde pública contemporânea, foi difundido em meados dos anos 90 a partir de discussões disparadas nos debates das políticas públicas na tentativa de compreender a epidemia da Aids. A vulnerabilidade, inicialmente ligada às lutas civis e ao discurso jurídico, tornou-se uma preocupação científica no campo sanitário, com enfoque voltado para atuação sobre os determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais envolvidos no HIV/Aids. Assim, um novo olhar foi proposto, substituindo progressivamente

os termos “grupos de risco e população de risco” por “vulnerabilidade” visando estratégias de intervenção mais amplas, em consonância com o caráter indivisível e sinérgico dos direitos humanos (TARANTOLA; GRUSKIN, 2008; NICHATA *et al.*, 2011; GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2014).

Ancorada em uma expectativa renovada das práticas preventivas e de promoção à saúde, abrindo importantes possibilidades para a discussão epistemológica e ético-jurídica em relação ao cuidado em saúde, a vulnerabilidade se apresenta como fecunda elaboração conceitual capaz de alcançar um vasto e heterogêneo universo de reflexões e práticas (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Apesar da similitude, é necessário destacar que os conceitos de risco e vulnerabilidade apresentam particularidades diferentes. A ideia de risco está centrada em aspectos e comportamentos, individuais e/ou de grupos específicos, responsabilizando o indivíduo ou seu grupo social e desconsiderando o contexto em que está inserido. O grande avanço na distinção entre conceito de risco e vulnerabilidade é percebido pelo deslocamento da noção do risco individual para uma nova percepção da vulnerabilidade social. A vulnerabilidade não desconsidera a suscetibilidade individual, apenas engloba dimensões diversas, enfatizando as questões sociais (BRASIL, 2008b; NICHATA *et al.* 2008).

A percepção de risco torna-se uma espécie de fenômeno social, opondo-se ao conceito de fatalidade e de destino, passando a deflagrar um sentido de imprevisibilidade de futuro. Sob essa visão moderna, vulnerabilidade e risco não são a mesma coisa. Risco corresponde a uma noção probabilística que alerta para a possibilidade de ocorrência de um perigo e demanda uma ação.

A vulnerabilidade, por sua vez, está associada à existência do risco e à incapacidade ou inabilidade de um sujeito ou população de se adaptar ao perigo. Está relacionada ao ser humano e, por isso, deve estar relacionada a fenômenos que atingem diretamente a vida humana (JORGE, 2013).

Conforme Ayres, Calazans e França (1997) a vulnerabilidade não objetiva distinguir os indivíduos que possuem alguma chance de exposição ao HIV/AIDS, e sim proporcionar situações para avaliação objetiva das mais variadas chances de infecção que qualquer indivíduo possui, a partir do conjunto formado por particularidades individuais, sociais e programáticas do seu cotidiano, consideradas imprescindíveis para a exposição maior ou menor de proteção diante do problema. Assim, na tentativa de realizar uma abordagem completa dos aspectos que influenciam no adoecimento dos indivíduos ou grupos, emergiu uma nova discussão sobre o conceito de vulnerabilidade.

A vulnerabilização são processos provenientes do “não reconhecimento ou desrespeito com consequências danosas para aqueles que o sofrem, ao mesmo tempo em que expõem fragilidades (afetivas, normativas e éticas) que reclamam respostas que podem se estender do plano das relações interpessoais até o campo macropolítico da conformação das normatividades sociais e estruturas institucionais” (AYRES, 2014).

A vulnerabilidade pode ser definida como uma situação resultante de um conjunto de fatores individuais, programáticos, sociais e culturais, interdependentes e mutuamente influenciáveis, relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento. Dessa forma, sua definição pode ser aplicada a uma pessoa ou a um grupo social conforme a capacidade de prevenir, de resistir e de contornar potenciais impactos (RODRIGUES *et al.*, 2012).

Em um estudo realizado por Florêncio (2018) o conceito de vulnerabilidade foi clarificado como uma “Condição humana, construída na interação entre o sujeito e o social, caracterizada por uma relação de poder que se movimenta em direção a uma condição de precariedade quando o empoderamento não é vivenciado pelo sujeito ou coletivo”.

A vulnerabilidade considera que a exposição de uma pessoa ou de um grupo exposto ao adoecimento é resultante da interação de aspectos que envolvem três dimensões que estão intimamente interligadas: 1) individual – relacionada aos comportamentos, às habilidades, ao grau de informação e à consciência que levam o indivíduo a contrair uma doença; 2) social – relacionada ao acesso às informações, à capacidade de compreendê-las e incorporá-las às mudanças da rotina diária; e 3) programática – relacionada ao grau de acesso de qualidade aos serviços e programas de saúde, sociais e educacionais bem como a intersectorialidade destes. Refere-se ao compromisso das autoridades, das políticas e ações organizadas, além de programas e vínculo entre a sociedade civil e as instituições (AYRES, 2003; AYRES, 2009). Destarte, estas dimensões foram descritas por Mann et al. (1993) para explicar que a relação entre saúde e doença, não se dá apenas em função das atitudes das pessoas, mas está diretamente relacionada ao ambiente e suas relações - “nova conceituação de vulnerabilidade que se aproxima de uma qualidade de sujeitos e de coletividades”.

A articulação dos tres componentes reverbera em uma abordagem multidimensional, polissêmica, dinâmica, multidimensional e transdisciplinar, considerando que as pessoas não são vulneráveis em si, mas podem estar vulneráveis em diferentes momentos de suas vidas, podendo ser modificável (MOTTA; DIEFENBACH, 2013). Sendo assim, o conceito de vulnerabilidade abrange diferentes níveis de complexidade que abrange diversas dimensões e

determinam indivíduos ou grupos de maior exposição com diferentes particularidades e especificidades que variam de acordo com a população abordada.

Para Costa et al. (2014) a vulnerabilidade em todas as suas dimensões é definida como o estado que afeta um indivíduo ou grupo que, por alguma razão, tem sua capacidade de decisão diminuída, estando relacionado à deficiência nas políticas públicas e resultando em prejuízo para a população no sistema de saúde na educação ou em outros.

A análise da vulnerabilidade permite julgar e entender as diferenças individuais e grupais além de compreender como cada um vivencia e enfrenta o processo saúde-doença. Sustenta-se em vários processos de transformações sociais, econômicas, culturais, da saúde e do direito, assumindo um perfil dinâmico e de complexas relações em que o ser humano está inserido e permite avaliar a totalidade dos aspectos que causam ou não o adoecimento. Dessa forma, engloba “os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimentos” (GOMES, 2011; NICHATA *et al.*, 2011; NICHATA *et al* 2008).

Nessa perspectiva, entende-se que a vulnerabilidade deve ser considerada como resultado da interação de um conjunto de variáveis que determina a maior ou a menor capacidade de os sujeitos se protegerem de um agravo ou de um constrangimento, partindo do pressuposto que a operacionalização da vulnerabilidade possibilita um modo de avaliar objetiva, ética e politicamente as condições de vida que tornam indivíduos e grupos expostos aos problemas e aos elementos que favorecem a construção de alternativas reais para o seu enfrentamento (MUÑOZ SANCHEZ; BERTOLOZE, 2007).

Cumprir mencionar, ainda, que buscar compreender as dimensões das vulnerabilidades requer assumir que as interações entre agente, hospedeiro e meio não se limitam às circunstâncias de gênese e agravo, mas determinam o curso da doença, como também seu desfecho. Além disso, deve-se buscar superar a externalidade das ações preventivas na análise do processo saúde-doença, incluindo o conjunto de saberes, serviços e tecnologias que estão atuando na realidade estudada. O agente-biológico, físico ou químico só é percebido como tal perante as especificidades das características físicas, cognitivas, afetivas e comportamentais de seus hospedeiros, as quais dependem do ambiente cultural, sociopolítico e do contexto intersubjetivo nos quais as pessoas vivem e interagem, incluindo aí os direitos humanos (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

3.3 Vulnerabilidades no contexto das IST vivenciadas por mulheres

No contexto da população feminina, a vulnerabilidade ganhou destaque na segunda metade dos anos 1990, pois emergiram no cenário da Saúde Pública novas facetas de abrangência da epidemiologia em relação ao HIV/aids, isso porque as mulheres, até então, não faziam parte dos chamados “grupos de risco” (BESERRA *et al.*, 2015). É perceptível que os casos de Aids vem se alastrando de forma gradativa entre as mulheres, que desde 1993 passaram a ser a principal categoria exposta ao HIV, superando os "homossexuais" e "profissionais do sexo" dentre os casos notificados, o que indica um processo de feminização da epidemia (BRASIL, 2012; DAMASCENO *et al.*, 2017).

As mulheres sempre foram consideradas no imaginário social como menos expostas as IST do que os homens, relacionado ao comportamento sexual, que diferente deles são menos permissivas e afeitas a relações com múltiplos parceiros. Esse cenário foi modificado com o advento da Aids, visto que os dados epidemiológicos revelaram uma crescente elevação de casos das IST entre mulheres, o que vale interrogar como estas vivem sua sexualidade e se protegem (BARBOSA; FREITAS, 2011).

É notório que o perfil epidemiológico das IST vem se modificando durante as últimas décadas em todo o mundo, com aumento expressivo do número de casos entre mulheres. Os contextos históricos revelam que as mulheres brasileiras enfrentam obstáculos em virtude do preconceito, dos processos vinculados à dinâmica de gênero e das relações sexuais e reprodutivas. A multiplicidade de parceiros sexuais, assimetria nas relações entre mulheres e homens, dogmas religiosos e implicações morais, expõe o público feminino às IST, concomitantemente, acentua a vulnerabilidade das mulheres (SILVA, 2015).

As mulheres são especialmente mais vulneráveis às ISTs, por características biológicas, tanto pela superfície vaginal, relativamente extensa, exposta ao sêmen, questões de gênero e social, que impõem a elas condições de submissão e inferioridade em relação aos homens, privando-as, inclusive, do poder de decisão acerca da atividade sexual com proteção; atividade sexual precoce, baixa escolaridade, baixa renda e à dependência econômica das mulheres, especialmente nos países em desenvolvimento. Além disso, existe a falta de percepção da população feminina em contrair uma IST, visto que as mesmas atrelam esse risco em outras mulheres e não em si mesmas. Destaca-se também, que a maioria das mulheres associa o uso do preservativo como forma de evitar uma gravidez não planejada e não como prevenção para esses agravos (COSTA, 2014).

Apesar dos avanços nas políticas públicas e nos serviços de saúde, a incidência de casos de IST entre mulheres é elevada na população brasileira. Essas doenças muitas vezes são assintomáticas, o que dificulta o diagnóstico precoce, causando impacto sobre a saúde individual e coletiva, com afetação mais significativa na população feminina em virtude das consequências advindas do processo infeccioso, tais como de esterilidade, aborto, prematuridade, morbidade perinatal e mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

Embora sejam evidentes os avanços alcançados, no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres ainda se encontram em desvantagem. O papel da mulher de submissão com relação às questões sexuais e a responsabilização no que diz respeito às questões reprodutivas dificultam o diálogo com seus parceiros repercutindo no aumento de sua vulnerabilidade (SANTOS, 2016).

As IST/HIV/Aids são caracterizadas como uma epidemia complexa, multifatorial e dinâmica determinadas pelas condições de vida dos indivíduos, pela situação de gênero, etnia e comportamento sexual do grupo suscetível envolvido (SANTOS, 2016). Sendo assim, uma forma de contornar a situação seria compreender todas as formas de vulnerabilidade que fragilizam a sociedade, para que seja possível a implementação de estratégias factíveis.

O principal desafio social e programático a ser considerado é traduzir as soluções para a superação dos diferentes contextos de vulnerabilidade das mulheres as IST em ações concretas, que assegurem o acesso aos métodos de prevenção disponíveis no sistema de saúde e, no caso de exposição a um determinado agravo, tenham a garantia de assistência de qualidade (SÃO PAULO, 2017). São necessárias intervenções mais incisivas, não apenas no campo da informação, mas incorporar parcerias com diversos setores e instituições, pois apenas uma ação multifacetada pode caminhar no sentido de modificar a realidade hoje imposta.

A partir da identificação das situações de vulnerabilidades vivenciadas por mulheres às ISTs, é possível traçar diversas maneiras de intervenções por meio de um cuidado planejado com base nas necessidades investigadas e que se apoie nos saberes populares, no sujeito como ser autônomo e responsável pela sua saúde, o que implicará em novos conhecimentos necessários para garantir uma reconfiguração nas ações de saúde, sejam elas de prevenção ou de promoção da saúde, nas posturas dos profissionais, na rede de serviços e nas políticas de saúde, visando o controle da transmissão das IST.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipologia do estudo

Adotou-se como modalidade metodológica um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. O desenho de uma pesquisa exploratória instiga ao pesquisador buscar um conhecimento consolidado, proporciona maior familiaridade com o problema, intuindo torná-lo mais explícito e permitindo uma compreensão construtiva deste. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado (GIL, 2017). Têm como finalidade proporcionar mais informações sobre o assunto investigado, possibilitando sua definição e delineamento, fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses (PANDRANOV, 2013).

Na pesquisa descritiva, o pesquisador busca conhecer e interpretar a realidade. O fenômeno é descoberto e observado, para posteriormente ser descrito, classificado e interpretado. Logo, este método permite conhecer a natureza, composição e os processos que constituem o fenômeno ou que nele se realizam (RUDIO, 2014).

A abordagem qualitativa é considerada ser a que mais se aproxima do objeto de investigação, visto que, pode-se dimensionar a compreensão dos significados, dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2010). Ressalta a natureza socialmente construída da realidade, e a íntima relação entre o pesquisador e o estudo; busca soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social adquire significados para as pessoas. Neste nível, esta modalidade de pesquisa envolve uma abordagem naturalista e interpretativa, na qual os pesquisadores estudam os fenômenos em seus cenários naturais, tentando entendê-los e interpretá-los em termos de seus significados (SOUSA *et al.*, 2016).

4.2 Período e cenário do estudo

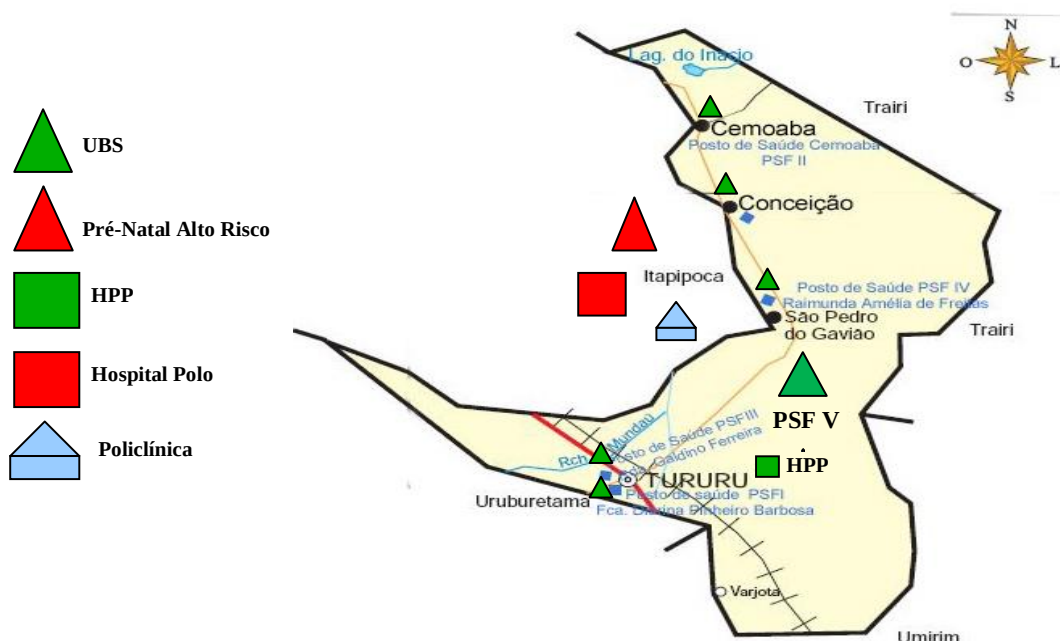
A pesquisa foi desenvolvida entre o período de agosto de 2018 a outubro de 2019, sendo a coleta das informações realizada nos meses de junho e julho de 2019 e a análise das informações obtida de agosto a outubro de 2019. Teve como cenário a UBS Otilha Feitosa da Silva/ PSF V, no município de Tururu-Ceará, por estar situada em um território que apresenta maior índice de casos de IST no município, conforme a análise da base de dados, do sistema

SINAN/NET/ e - SUS AB, da secretária de saúde do município (BRASIL, 2018c). Cabe ainda salientar que outro fator que justifica a seleção do local de aplicação do estudo, é pelo fato da pesquisadora exercer suas atividades laborais, portanto tem um conhecimento aprofundado das situações-problema de maior vulnerabilidade e ocorrência epidemiológica, mediante a realização sistemática e contínua de diagnóstico situacional do território.

O município de Tururu se localiza na região Norte do Ceará, distante 220 km de Fortaleza por via terrestre. No último censo do IBGE em 2010 contava com 14. 408 habitantes, sendo estimada para 2016 uma população de 15.768 habitantes. A densidade demográfica é de 71,3 habitantes por km² no território do município. Sua economia baseia-se na indústria, tendo também no comércio outra importante fonte de renda (CEARÁ, 2016; IBGE, 2010).

O sistema de saúde municipal atende aos princípios da hierarquização do SUS, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como proposta para compor a Atenção Primária a Saúde (APS), configurando a principal porta de entrada do usuário no sistema e ordenadora do cuidado. Atualmente são 07 equipes de ESF, que garantem uma cobertura de 90% das famílias na sede e distritos do município; 03 equipes de Saúde Bucal, 01 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 01 Farmácia Básica Popular e 01 Unidade Mista de Saúde, que faz os atendimentos de internação, urgência e emergência (TURURU, 2014). (Figura 1).

Figura 1: Mapa da organização da saúde do município de Tururu – CE.



Fonte: Ceará (2016).

Na UBS Otilha Feitosa da Silva/PSF V, a assistência é realizada com o ensejo de romper com o modelo hegemônico e suprir as necessidades das famílias por meio de um cuidado universal, integral, equânime, contínuo e, acima de tudo, resolutivo conforme os protocolos e fluxogramas do ministério da saúde, visando assim à satisfação dos usuários, melhoria do acesso e qualidade da assistência, como também de gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva.

A referida UBS possui a ambiência dividida nas seguintes repartições: recepção, farmácia, 2 consultórios, ambulatório, sala de triagem, Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), sala de vacina, sala de reunião/atividade coletiva, cozinha, dispensa, 5 banheiros, expurgo e esterilização. O processo de trabalho é realizado por uma equipe mínima composta por 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem e 8 agentes de saúde, que acolhem as necessidades de um número de famílias equivalente a 1153 famílias. Ainda compõe o quadro de funcionários: 1 agente administrativo, 1 atendente de farmácia, 2 auxiliares de serviços gerais e 2 vigias. A equipe tem as suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde, o que determina as atribuições de cada profissional.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo oito mulheres na faixa etária de 21 a 44 anos. A composição dos participantes se deu por amostragem intencional, aleatória e por saturação, sendo adotado como critérios de inclusão: mulheres residentes no território da UBS Otilha Feitosa da Silva, com faixa etária de 15 a 44 anos (fase reprodutiva), abordadas aleatoriamente, independente do nível de escolaridade, raça e religião; histórico de contaminação por uma IST, e capacidade autodeclarada que demonstrasse condições para responder e compreender as perguntas do roteiro de entrevista.

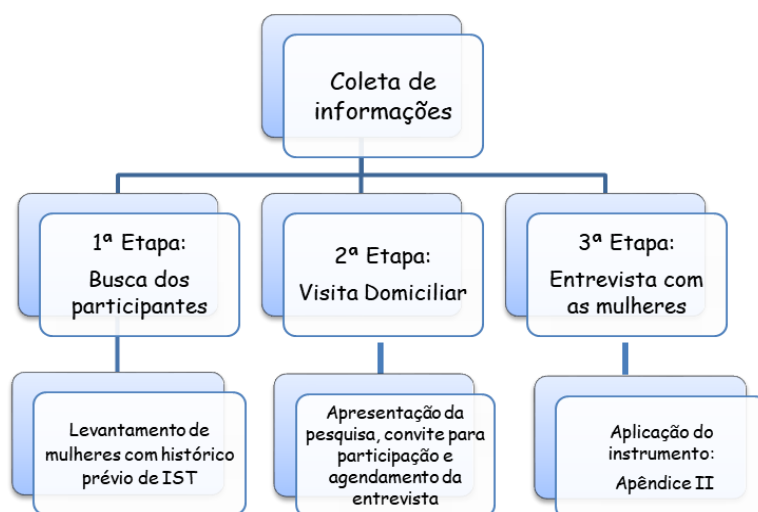
Amostragem por saturação é utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes, baseado no fato de que o acréscimo de novas observações não contribui para um aumento significativo de informações e, desse modo, a inclusão de novos participantes, na avaliação do pesquisador, leva à redundância ou à repetição das informações. Assim, quando os dados coletados não oferecem novas categorias ou representações e respondem ao objetivo do estudo, atinge-se a saturação da pesquisa qualitativa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

4.4 Estratégias e procedimentos da coleta de informações

Inicialmente foi estabelecido um contato e realizada uma reunião com os gestores da Atenção Básica de Saúde de Tururu - Ceará, para apresentação da proposta da pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios, assim como o fornecimento de todos os esclarecimentos necessários, com vista à autorização para o seu desenvolvimento, por meio da assinatura da Carta de Anuência (APÊNDICE I).

O desenvolver dessa pesquisa, realizou-se em 3 etapas, conforme descrição a seguir (Figura 1):

Figura 1 – Esquema gráfico da coleta de informações da pesquisa:



Fonte: Primária

1ª Etapa: No primeiro momento foi realizado um levantamento das mulheres, mediante busca nos prontuários e no livro de registro de exame ginecológico instituído em 2016, com intuito de identificar as que, conforme os critérios estabelecidos poderiam participar do estudo. Foram identificadas 26 mulheres.

2ª Etapa Após a identificação das mulheres que estavam dentro dos critérios para participar do estudo, foi efetuado o primeiro contato por meio de visita domiciliar, momento em que ocorreu a apresentação da pesquisa, o convite para participação e conforme aceite agendada a entrevista.

3ª Etapa: Foi aplicado um instrumento de roteiro de entrevista com as mulheres (APÊNDICE II), previamente selecionadas, com o intento de analisar os contextos de vulnerabilidade. Salienta-se que das 26 mulheres selecionadas foram realizadas oito

entrevista, haja vista que a amostra atingiu a saturação, e nenhuma delas se recusaram a participar da pesquisa.

A coleta de informações foi realizada a partir de um roteiro de entrevista estruturada, cuja elaboração foi embasada em quatro marcadores de vulnerabilidade e seus respectivos itens, extraídos do instrumento de pesquisa intitulado “*Marcadores de Vulnerabilidades de mulheres a DST/HIV*” (ANEXO 1) desenvolvido e validado pela pesquisadora De la Torre-Ugarte-Guanilo (2012): Marcador 1 - Não abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das IST/HIV: visa identificar situações que limitam a abertura no relacionamento, para discutir aspectos relacionados a prevenção à IST/HIV; Marcador 2 - Não percepção da vulnerabilidade à IST/ HIV: visa identificar aspectos que limitam a percepção das mulheres sobre sua vulnerabilidade às IST; Marcador 3 - Desconsideração da vulnerabilidade às IST/HIV: visa identificar motivos que contribui para que a mulher desconsidere sua vulnerabilidade às IST; Marcador 4 - Não reconhecimento de si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos: visa identificar situações que expressa o desrespeito do homem para com a mulher, dificultando a autoconfiança, autorrespeito e o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Ademais, para que o estudo contivesse elementos que atenda satisfatoriamente os critérios científicos e potencialize o aperfeiçoamento da apresentação dos resultados, utilizou-se como parâmetros de confiabilidade para elaboração e avaliação de pesquisas em saúde, o guideline internacional Critérios Consolidados para Relatar Pesquisa Qualitativa (COREQ) (TONG; SAINSBURY, 2007).

Optou-se por empregar como técnica de coleta de informações a entrevista estruturada, por ser um instrumento que permite obter dados de natureza subjetiva, captando o que cada uma das participantes percebia e significava sua realidade individual e social. Os dados de natureza subjetiva em uma entrevista são os que referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões (MINAYO, 2013).

A entrevista é a técnica de coleta de informações que permite conhecer o que as pessoas sentem e como imaginam os eventos relacionados à saúde e doenças e os significados que atribuem às experiências de vida e doença. Faz parte da relação mais formal do trabalho de campo de uma pesquisa qualitativa, em que intencionalmente o pesquisador recolhe informações através da comunicação verbal com atores sociais, propósito definido pelos objetivos da pesquisa (MINAYO, 2013; BONILHA; OLIVEIRA, 2016).

Conforme Guanilo (2014), os marcadores são considerados uma relevante ferramenta que subsidia a operacionalização do conceito de vulnerabilidade na atenção básica, visto que

possibilita caracterizar a vulnerabilidade de mulheres, fomentando nesse contexto o planejamento de ações de prevenção pautadas na realidade e na troca de saberes, crenças e valores vinculados à forma pela qual a mulher vivencia sua sexualidade e as possibilidades de enfrentamento das suas vulnerabilidades, a partir de ações inter/multidisciplinares e inter/multisetoriais.

Como o tema da entrevista versou acerca da sexualidade e as ISTs, adentraram-se em um campo do fórum íntimo que em algumas situações impõe limitações entrelaçadas pelo constrangimento dos atores envolvidos. Portanto, embasados no objetivo do estudo, buscou-se um contato acolhedor a partir de uma conversa inicialmente informal, descontraída que permitiu potencializar os vínculos entre a pesquisadora e as entrevistadas, fazendo fluir de forma tranquila a aproximação do objeto do estudo aos atores, para que os possíveis riscos possam ser minimizados.

As entrevistas foram aplicadas em local reservado sugerido pelas participantes para não se sentirem coagidas a responderem. Logo, estas aconteceram por sugestão delas na UBS, em uma sala fechada, livre de interferências, o que garantiu confidencialidade e ininterrupção ao processo. Tiveram duração de 60 min, com perguntas mediadas pelo pesquisador responsável, gravadas em aparelho digital com prévia autorização das participantes, sem induções por parte do pesquisador, e posteriormente transcritas, o que assegurou informações na íntegra e a essência das falas.

4.5 Análise das informações

Tendo em vista a coerência entre os pressupostos teóricos e metodológicos, além da maneira mais apropriada de análise dos conteúdos surgidos mediante a aplicação do instrumento, foi adotada a análise temática proposta por Bardin (2016) e utilizou-se como referencial teórico, o modelo conceitual de Vulnerabilidade em Saúde elaborado por Florêncio (2018) que define a VS como uma “condição humana, construída na interação entre o sujeito e o social, caracterizada por uma relação de poder que se movimenta em direção a uma condição de precariedade quando o empoderamento não é vivenciado pelo sujeito ou coletivo”.

De acordo com Bardin (2016) a análise de conteúdo tem por objetivo compreender o sentido das comunicações e suas significações explícitas e/ou ocultas; obter a sistematização e descrição dos conteúdos das mensagens, as quais permitem a inferência de conhecimentos

relativos às condições de produção/percepção (variáveis inferidas) e são analisadas quantitativamente por meio da análise das frequências e percentuais (BARDIN, 2016).

A autora defende que para análise de entrevistas é interessante haver duas fases sucessivas: a análise estrutural e a análise qualitativa do conteúdo das falas, onde são complementares e se enriquecem mutuamente. A realização da análise de conteúdo pode-se partir de diversas perspectivas: a divisão em temas, a identificação de características associadas ao tema central da investigação, a sequência das falas na entrevista, das oposições identificadas, a enunciação e o esqueleto da entrevista (BARDIN, 2016).

O método de análise propriamente dito divide-se em três etapas principais: a pré-análise, a análise, o tratamento dos resultados e interpretação. A pré-análise consiste na escolha e organização do material coletado (constituição do *corpus*), leitura flutuante e preparação desse material. A análise é a ocasião em que se explora o material para a aplicação da técnica de análise de conteúdo, com constituição de subcategorias e codificações, e categorização do mesmo, que é a classificação dos elementos constitutivos por diferenciação e posterior reagrupamento segundo critérios de afinidade. E o tratamento dos resultados, consiste nas inferências e interpretações feitas sobre os dados analisados (BARDIN, 2016).

Nesta pesquisa o processo de formação das categorias se concretizou da forma prevista por Bardin (2016) após a seleção do material e a leitura flutuante, a exploração foi realizada através da codificação. A codificação se deu realizada segundo o critério semântico, por ser o mais adequado à análise temática, que uma vez triangulada com os resultados observados, foram constituindo-se em unidades de registro, para então efetuar-se a categorização progressiva.

Resultaram desse processo 99 categorias iniciais que se configuram como as primeiras impressões sobre a realidade organizacional estudada; 23 categorias intermediárias que emergiram dos agrupamentos das categorias iniciais e 7 categorias finais, que representam a síntese do aparato das significações nas categorias anteriores, construídas com intuito de respaldar as interpretações e inferir os resultados. As categorias finais/subcategorias foram agrupadas em tres categorias temáticas, a saber: conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres com relação às IST; relações de gênero e poder que envolvem o universo da mulher com IST e percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade as IST (APÊNDICE III).

4.6 Considerações éticas

Por tratar-se de uma pesquisa científica envolvendo seres humanos foram assegurados os princípios éticos e legais postulados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/12, onde incorpora, sob a ótica do indivíduo e dos coletivos, os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012).

O projeto da pesquisa, que serviu de substrato a presente dissertação de mestrado, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA, sendo aprovado, sob o parecer de nº 3.378.814/ CAEE - 13897819.2.0000.5053 (ANEXO II). A todos os participantes do estudo foi apresentado um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e Consentimento Pós-Informado (APÊNDICE IV), sendo prestados os devidos esclarecimentos pertinentes à pesquisa. Como garantia da confidencialidade e anonimato, foi utilizada para identificar os participantes da pesquisa nome de flores.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Conhecendo as participantes do estudo

Foram entrevistadas oito mulheres, com faixa etária entre 21 a 44 anos, denominadas nesse estudo como as flores do jardim: Margarida, Hortência, Jasmim, Áster, Camélia, Dália, Gardênia e Magnólia, que embora tenham vivenciado situações semelhantes, cada uma tem suas peculiaridades.

 Margarida, 21 anos, união estável, parda, católica, ensino fundamental incompleto, não exercia atividade remunerada, residia com parceiro e dois filhos, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Iniciou sua vida sexual aos 15 anos, teve relacionamento com 6 parceiros nos últimos tres anos e foi diagnosticada com sífilis em 2017. Embora em relacionamento estável há 6 anos, teve envolvimento com parceiros ocasionais.

 Hortência, 33 anos, casada, branca, católica, ensino médio completo e curso profissionalizante, trabalhava como cabelereira em seu próprio negócio, renda familiar de 2 a 3 salários mínimos, residia com esposo e dois filhos. Iniciou sua vida sexual aos 18 anos e desde que casou só teve envolvimento afetivo-sexual com seu esposo. Foi diagnosticada com HPV em 2016 e herpes genital em 2019.

 Jasmim, 22 anos, união estável, parda, católica, ensino fundamental incompleto, não exercia atividade remunerada, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, residia com o pai do seu primeiro filho e seus dois filhos. Desde que iniciou sua vida sexual aos 14 anos, só se envolveu com dois parceiros. Tem dois filhos, sendo o primeiro fruto de uma relação estável e o segundo de um envolvimento casual. Manteve uma relação estável, por um período de ano, com o genitor do seu segundo filho, que se desfez em virtude da mesma se recusar a ter relação sexual sem o preservativo, após o diagnostico de IST. Foi acometida por tricomoníase durante sua gestação em 2018.

 Áster, 43 anos, união estável, parda, ensino fundamental incompleto, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos; residia com parceiro, a qual tem um relacionamento há 17 anos, e seus oito filhos. Iniciou sua vida sexual aos 17 anos e se envolveu com mais de vinte parceiros nos últimos tres anos. Embora em união estável, se relacionou com outros parceiros como meio de subsistência. Afirmou que o companheiro desconhecia que a mesma era profissional do sexo. Diagnosticada com tricomoníase em 2013, com recidiva em 2017.

 Camélia, 27 anos, união estável, branca, evangélica, ensino médio incompleto, trabalho autônomo como vendedora de material artesanal, residia com o parceiro, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Iniciou sua vida sexual aos 16 anos e teve relacionamento com 2 parceiros nos últimos tres anos. Embora em união estável há cinco anos, teve um envolvimento casual. Ainda não tem filhos e há mais de um ano está tentando engravidar. Foi diagnosticada com clamídia em 2015 e gonorreia em 2018.

 Dália, 39 anos, união estável, parda, católica, ensino fundamental incompleto, não exercia atividade remunerada, residia com parceiro e quatro filhos, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Iniciou sua vida sexual aos 17 anos, teve relacionamento com 3 parceiros nos últimos tres anos. Embora em relacionamento estável há 12 anos, teve envolvimento com parceiros ocasionais. Diagnosticada com tricomoníase em 2017.

 Gardênia, 30 anos, união estável, branca, católica, ensino médio incompleto, recepcionista, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, residia com a mãe e dois filhos e o parceiro, genitor de seu segundo filho, encontrava-se preso, no entanto considerava seu estado civil como “união estável”. Iniciou sua vida sexual aos 15 anos, teve relacionamento com 2 parceiros nos últimos tres anos. Embora em relacionamento estável há 5 anos, teve envolvimento casual. Foi acometida por gonorreia durante sua gestação em 2018, que associada a outros fatores ocasionou natimorto.

 Magnólia, 21 anos, casada, parda, evangélica, ensino médio incompleto, não exercia atividade remunerada, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos, residia com o parceiro. Iniciou vida sexual aos 18 anos, com seu esposo e só teve relação sexual com o mesmo. Ainda não tem filhos e há seis está tentando engravidar. Foi diagnosticada com cancro mole em 2019.

5.2 Conteúdos apreendidos pelas entrevistas

O corpus foi constituído por 08 entrevistas, realizadas com mulheres em idade fértil e histórico prévio de IST. Ao analisar o conteúdo das entrevistas, emergiram aspectos comuns que favoreceram a construção progressiva de tres categorias simbólicas e 7 subcategorias formuladas em conformidade com as informações que as constituíram, a partir dos trechos selecionados das falas dos entrevistados, subsidiado pelo referencial teórico, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição das categorias e subcategorias

CATEGORIAS	CONCEITO NORTEADOR	SUBCATEGORIAS
Conhecimentos, atitudes e praticas de mulheres com relação às IST	Conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres face as IST que potencializam as vulnerabilidades vivenciadas pelas mesmas.	O conhecimento sobre as IST: o preservativo é importante, mas não uso!
		Porque elas não usam?: o olhar e as atitudes das mulheres frente ao preservativo
Relações de gênero e poder no universo da mulher com IST	Participação da mulher na sua sexualidade e saúde sexual, baseados em normas de gênero que limitam a capacidade dela na tomada de decisão sobre sua vida sexual e reprodutiva e promovem situações de vulnerabilidade as ISTs.	Reconhecimento da mulher como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos: sou livre?
		Barreiras comunicacionais no relacionamento para dialogar sobre IST.
Percepção de mulheres quanto a sua vulnerabilidade às IST	Percepção das mulheres em relação às vulnerabilidades as ISTs, que as levam a se sentirem protegidas e limitam a sua consideração de vulnerabilidade para realizar ações concretas de prevenção, situações estas que fortalecem as VS.	Infecção contraída pelo ato sexual: vai acontecer comigo?
		Relacionamentos estáveis: são grupos de riscos ou proteção?
		Desconsideração da vulnerabilidade as IST: eu sei, mas não me importo!

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

5.3 Conhecimentos, atitudes e praticas de mulheres com relação às IST

Nesta categoria emergiram situações relacionadas aos conhecimentos, atitudes e práticas das mulheres face as IST que potencializam as vulnerabilidades vivenciadas pelas mesmas. É composta por duas subcategorias: o conhecimento sobre as IST: o preservativo é importante, mas não uso! e porque elas não usam?: o olhar e as atitudes das mulheres frente ao preservativo.

5.3.1 O conhecimento sobre as IST: o preservativo é importante, mas não uso!

Essa subcategoria aborda questões referentes à concepção das mulheres sobre as IST com principal enfoque para os conhecimentos sobre a transmissão e a prevenção destas infecções, partindo da inferência de que a vulnerabilidade das mulheres às IST pode estar relacionada à escassez de informações. Nessa perspectiva, se o profissional de saúde reconhecer tal vulnerabilidade e proporcionar espaços de discussão e esclarecimento, considerando a cultura da sociedade envolvida, de forma que seus saberes sejam respeitados e sua identidade seja reconhecida, é vital para a efetivação de medidas que visem minimizar a problemática em questão (CIRIACO *et al.*, 2019).

As mulheres do estudo revelaram em sua maioria um conhecimento limitado sobre as ISTs, explicitando dúvidas; informações imprecisas, incompletas e incorretas, o que pode ser revérbero de falta de esclarecimento em relação à temática e ao nível de escolaridade, já que a maioria tem poucos anos de estudo. A carência de informações a respeito das IST são fatores que favorecem concepções errôneas, expressam estigma e preconceito, e influenciam diretamente no comportamento feminino, mediante a adoção de um comportamento sexual seguro (SANTOS, 2014):

“Eu acho que é uma infecção ou alguma coisa né não?” (Margarida).

“Da tipo uma inflamação na pessoa, que a pessoa pensa ate que é outra coisa sem ser. A pessoa fica escorrendo” (Áster).

“Eu sei pouco sobre essas doenças aí (...). Mas de doença assim, do que significa e tudo não sei. Na verdade não tenho nenhuma informação não.” (Camélia).

“Acontece muito né, sobre esse negocio assim, como por exemplo, tem a inflamação, tem aquele negocio sobre o colo de útero também né, e sobre esse negócio sério também né.” (Dália).

“São poucas informações né, eu sei mais quando eu venho aqui, quando a enfermeira fala, na prevenção, ela falou muito, ajudou muito, eu descobri muita coisa (...)” (Magnólia).

As pessoas com maiores níveis de escolaridade apresentam mais preocupação quanto a não se infectarem com alguma IST, quando comparados com um grupo de nível educacional inferior, o que contribui para atitudes positivas frente ao uso do preservativo, reafirmando o

acesso à educação também como um caminho contributivo na forma de idealizar melhores hábitos para prevenção de doenças (MIRANDA *et al.*, 2013; ANDRADE, 2015).

Florêncio (2018) aborda em seu estudo que o letramento funcional, definido como “o conhecimento e as competências dos sujeitos para acessar, compreender, avaliar e aplicar informações gerais, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia-a-dia incorporadas por meio da aprendizagem”, vem recebendo um lugar característico no cenário da discussão da vulnerabilidade em saúde, uma vez que pôde potencializar ou fragilizar os processos de vulnerabilização.

Quando se tem um conhecimento prejudicado, seja pelo déficit na aprendizagem ou por dificuldades cognitivas, influenciadas principalmente pela baixa escolaridade, o sujeito é submetido a um letramento funcional inadequado, e esse elemento é uma característica da VS, que pode favorecer o empoderamento ou levar a precarização do sujeito, respectivamente (FLORÊNCIO, 2018).

As práticas de cuidado desenvolvidas pelos indivíduos são influenciadas pelas suas crenças e saberes em saúde. Com base nessa premissa, se afirma que somente conhecendo a pessoa é possível uma ação eficiente e permanente em saúde e isso implica compreender suas crenças, seus hábitos e papéis diante da doença, bem como as circunstâncias em que esse processo foi construído (HERMIDA *et al.*, 2016).

Tais percepções reforçam a importância de um processo educativo, relacionado à aprendizagem, que seja desenhado para conceber oportunidades da pessoa pensar, repensar, sentir e transformar a sua realidade, e assim promover a sustentação de um estilo de vida saudável.

São tangíveis a restrição e ineficiência de informações que as mulheres em sua maioria evocam sobre as IST, tendo em vista, por exemplo, a dificuldade que tiveram para nomear as infecções que conheciam. Um fato que despertou atenção, é que não souberam falar nem mesmo sobre a doença a qual foram acometidas. Foi demonstrado que o conhecimento é maior em relação às infecções mais difundidas nos meios de comunicação, como o HIV/AIDS. Santos *et al.* (2016) evidenciam que, nos dias atuais, a falta de informações da população sobre as IST é uma realidade alarmante:

“Só a que eu sei mesmo, só é essa da AIDS (...). E essa que peguei (Tricomoniase), eu não conhecia (...).” (Yasmim).

“A que eu conheço é só o HIV mesmo (...).” (Áster).

“ (...) já ouvi falar da sífilis, mas informações certamente completas eu não sei.” (Camélia).

“(...) tem outra doença também que fica saindo tipo o couro né.” (Gardênia).

As investigações têm demonstrado que existem falhas no processo de informação sobre as IST, com ineficácia quanto à visibilidade das infecções e suas respectivas formas de transmissão, incidência, sinais e sintomas e das consequências para a saúde, o que suscita luta com o desconhecido e demanda incerteza e dúvida entre as mulheres que não conseguem identificar o perigo que as circundam. Esses fatores contribuem para aumentar a vulnerabilidade feminina na aquisição de IST (CARVALHO *et al.*, 2015).

Apenas uma entrevistada demonstrou em seus relatos, um conhecimento diferenciado das demais, fator relacionado à sua experiência anterior com as infecções e provavelmente ao seu nível de escolaridade, por ser a única das participantes que possui mais anos de estudos. Ademais, observou-se que ela busca pelo conhecimento sobre a sua situação de saúde, principalmente através de tecnologias virtuais, como forma de acesso ao saber, conteúdos e informações. A mesma apresenta a concepção, de que a IST é uma doença que, caso não tratada, pode ocasionar câncer de colo de útero e que o HPV é um vírus que não tem cura e sua recidiva esta relacionada com a imunidade da pessoa:

“E uma doença que caso você não tratar, como por exemplo, essa HPV, se você não tratar com dez anos ela vira um câncer de colo de útero. Só o HPV que eu aprofundei que é um caso que eu estou vivendo. Ah eu sei de tudo, tudo que você me perguntar eu sei, porque quando acontece alguma coisa comigo eu corro e vou pesquisar, leio livro, vejo na internet tudo sobre DST (...).” (Hortência).

Consoante aos depoimentos apreendeu-se que a maioria das participantes entende que a transmissão das IST ocorre pela via sexual, sendo que uma delas reconhecem também outras formas de contaminação além desta, como uso de seringa ou outros materiais perfuro-cortantes contaminados. Todavia, é notório salientar a existência de muitas mulheres que desconhecem as vias de transmissão dessas doenças:

“Passa para outra pessoa, através do sexo” (Margarida).

“Ah não ser que usa seringa, sem ser descartável, ou algum tipo de procedimento, sem ser com coisas descartáveis, lamina descartável, com certeza pegaria algum vírus, o HIV com certeza se tivesse.” (Hortência).

“São doenças que pega pelo sexo (...)” (Yasmim).

“(...) a AIDS mesmo né, é pelo sangue, se a pessoa for fazer a barba dum e encostar né (...)”. (Gardênia).

Baseados nessas afirmações, uma hipótese que justifica os resultados encontrados é a de que indivíduos com mais tempo de estudo possuem um interesse maior em obter novos conhecimentos e têm mais acesso a fontes confiáveis de informação. Outra explicação se deve o fato de que esse grupo compreende de forma mais adequada os conteúdos que lhes são apresentados, por meio dos meios de comunicação (ANDRADE, 2015).

A ampla acessibilidade da população a dispositivos tecnológicos associados ao avanço da internet na contemporaneidade propicia a busca no ambiente virtual dos mais diversos conteúdos e fontes informativas relacionadas à saúde, configurando um processo paralelo e informal de investigação, muitas vezes com fontes inseguras. No entanto, utilizar os diversos meios de comunicação e interação amplia a possibilidade de adquirir conhecimento sobre sua condição de saúde, o que pode contribuir para um autocuidado mais efetivo (SANTOS *et al.*, 2017).

Observou-se nas narrativas a transparência de lacunas, visto que algumas mulheres desconhecem ou não dispõem de conhecimentos adequados sobre os meios de transmissão das IST, trazendo elementos que não condizem com a verdade, muitas vezes imbuídas por mitos. Elas acreditam que o homem é o único responsável pela transmissão, sendo que esta ocorre em virtude da liberação de sangue deste durante o ato sexual. Foi mencionado também que a transmissão pode ocorrer pelo contato com o sangue de outra pessoa, por meio dos poros da pele; sentar em locais quentes e usar roupas de outras pessoas e até mesmo pelo contato com a mão não higienizada:

“É quando o homem sai com a mulher, coloca e o sangue passa de um pro outro, né não. É o sangue do cara que passa (...). É o homem que faz, que passa. (...) pega até pela a mão se tiver suja” (Áster).

“Não sei não. Faço sexo, mas eu não sei sobre transmissão, pra mim pode passar, mas num sei não.” (Dália).

“(...) então se você está no local, tiver sujo de sangue e pega pelos poros, mesmo.” (Gardênia).

“(...) muitas vezes transmite, por você sentar em lugar quente, dá aquelas inflamações, pode passar pra ele, depois ele volta pra você com mais força, usar a roupa dos outros, muitas vezes ninguém sabe o que a pessoa tem, ninguém nunca sabe. “(...) que eu não sabia que homem transmitia doença pra mulher, nunca eu imaginei isso né.” (Magnólia).

Resultado semelhante foi encontrado em uma pesquisa que intuiu avaliar o conhecimento de mulheres sobre prevenção, transmissão e percepção de vulnerabilidade em relação às IST/AIDS. Foi referido pelas mulheres que a transmissão das IST acontece através do uso de objetos íntimos de outras pessoas, como calcinhas, toalhas e sabonetes, bem como pelo contato com sangue contaminado (RUFINO *et al.*, 2016).

No tocante à prevenção, as depoentes referiram mais especificamente como método eficaz, a utilização do preservativo na relação sexual, porém uma das entrevistadas reconhece outra medida preventiva para uma prática sexual segura, haja vista que emergiu em seus relatos, que a mulher deve realizar avaliação de sua saúde sexual na APS com periodicidade:

“Para se prevenir o preservativo, só isso não tem outro meio” (Hortência).

“Se previne usando camisinha.” (Yasmim).

“(...) sei que pra você se prevenir dessas doenças você tem que usar a camisinha, e tem sempre que procurar um posto de saúde para fazer as consultas, só isso mesmo que eu sei.” (Camélia).

“(...) é só se usar o preservativo.” (Dália).

Outros estudos corroboram com essa ideia de perceber o uso de preservativo como uma das formas mais concretas de prevenção contra IST/AIDS (MOURA *et al.*, 2017; LOBO *et al.*, 2019). Não obstante, ainda que o sujeito reconheça as formas de infecção e o modo de prevenção das IST/HIV, nem todos aplicam este conhecimento para se proteger e, assim, aumentam a sua vulnerabilidade (LUNA *et al.*, 2013).

Foi perceptível que tem mulheres que apresentam um conhecimento inadequado e limitado sobre como se prevenir de IST, pois desvelam dúvidas e entendem que evitar o contato com o sangue de outras pessoas, é uma forma de prevenção. Tais declarações permitem ressaltar que essas mulheres estão fragilizadas pelo desconhecimento sobre as ISTs e pelas suas formas de transmissão e prevenção, ficando sujeitas ao adoecimento na

perspectiva do referencial da vulnerabilidade (AYRES, 2003; AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012):

*“Eu acho que a gente pega ela se não usar preservativo, né não?”
(Margarida).*

*“(...) e tendo o cuidado pra não encostar no sangue de qualquer
pessoa.”(Gardênia).*

Os conteúdos demonstram que as informações que as mulheres têm sobre as IST não são suficientes para alterar comportamentos que induzem ao aumento da vulnerabilidade. Foi possível aferir que o ser vulnerável é expresso pelas participantes, por meio da insegurança proporcionada pelo déficit de conhecimentos teóricos acerca das IST. Salienta-se, portanto que as estratégias para a ampliação do conhecimento relacionado às IST não devem ser negligenciadas, uma vez que seria o primeiro passo na direção da percepção correta de vulnerabilidade dessas infecções (MIRANDA *et al.*, 2013).

Sabe-se que o conhecimento por si só não é garantia da adoção de comportamentos preventivos responsáveis, no entanto o conhecimento adequado sobre as formas de prevenção e transmissão de IST, e o entendimento de vulnerabilidade, pode favorecer condutas preventivas, como o uso do preservativo. É preciso pensar em ações que visem à maior aderência às práticas sexuais seguras, partindo do pressuposto de que a mudança de atitude é gerada a partir da introjeção do senso de responsabilidade, despertado e assumido pelo indivíduo, e não por imposição ou obrigação (RUFINO *et al.*, 2016).

Para Fontes *et al.* (2017) o alto grau de vulnerabilidade às IST e de outros agravos está relacionado a falta de informação adequada, o que pode ser reflexo da ausência de uma política de saúde mais efetiva e resolutiva, assim como de um trabalho educativo permanente junto à população, principalmente entre mulheres, a medida que há uma velocidade de crescimento dessas infecções neste grupo. Enfatiza-se, portanto a necessidade de ampliar os olhares sobre essa temática, além de incentivar a adoção de práticas educativas participativas e emancipatórias, no contexto dos serviços de saúde, com vistas a melhorar a realidade dessas mulheres.

A redução da magnitude das IST é baseada no conhecimento da população sobre estas infecções, no uso de preservativo e no acesso aos serviços de saúde com a finalidade de promover atenção efetiva à saúde, inclusive com vacinação das pessoas expostas (PINTO *et al.*, 2018). Entende-se que o conhecimento é um componente importante nos contextos do

cuidado e deve consistir em um processo educativo, procedido por ações dialógicas que visem empoderar as pessoas para alcançarem domínios sobre sua saúde e acerca dela possam tomar decisões com maior propriedade.

5.3 2 Porque elas não usam?: o olhar e as atitudes das mulheres frente ao preservativo

Esta subcategoria revela diferentes situações que estão intrinsecamente relacionadas à vivência de uma relação sexual insegura. Esses achados evidenciam que o uso do preservativo envolve uma discussão delicada, que traz à tona elementos da vida íntima e sexual que podem implicar na instabilidade das relações afetivas e da família, predispondo a maiores vulnerabilidades de contaminação por IST.

Com base nos depoimentos das participantes foi perceptível que algumas mulheres se negam a usar o preservativo por iniciativa própria referindo uma relação sexual sem prazer, inclusive manifestaram que o parceiro não se oporia em utilizar o método. Nota-se, então, que na busca por mais prazer, as mulheres em seus intercursos sexuais, não costuma empregar de modo continuado, mecanismos de proteção, e assume o risco de contrair uma IST:

“É eu mesmo que não tenho vontade de usar mesmo (...). Eu não sinto prazer não com uso da camisinha não, não gosto não.” (Margarida).

“(...) eu não consigo chegar o orgasmo, eu não consigo chegar com a camisinha, é de mim mesmo (...). Ele aceitaria numa boa (...) ele vai muito pelo que eu gosto, com o que eu sinto prazer.” (Gardênia).

(...) é por mim, entendeu, o problema é comigo, com ele não tem problema em usar (...)” (Hortência).

Esse resultado se assemelha a outros achados nos quais as mulheres se recusam a utilizar o preservativo por considerar que afeta o prazer sexual. Mesmo diante de inúmeros estudos que comprovam a eficácia do referido método no combate à transmissão de IST, grande parte da população feminina persiste em não aderir ao seu uso, visto que a preocupação de aumento do prazer físico e emocional se sobressai ao risco de adquirir IST (SOUSA *et al.*, 2011; EATON *et al.*, 2012).

O fenômeno envolto no uso do preservativo abarca uma multiplicidade de fatores, tanto biológicos, como psicossociais, sociais, religiosos ou programáticos. As queixas de ordem física (perda da sensibilidade ou ereção), em geral, são mais valorizadas, no entanto,

outras interpretações podem estar atreladas ao uso do preservativo, como a ausência de confiança, a não aceitação pela religião, dificuldade de aquisição pelo preço e falta de acesso à unidade de saúde (FRANCISCO *et al.*, 2016).

Entre essas mulheres, tiveram aquelas que elucidaram as reações adversas e o planejamento de engravidar, como justificativas para negar-se a utilizar o preservativo, conforme se pode verificar nas falas a seguir:

“Mas eu tenho sensibilidade quando eu uso fica mais irritado (...). No mesmo dia que eu uso, sinto inchaço e uma coceira horrível” (Hortência).

“No meu caso eu não estou usando muito porque eu estou querendo engravidar (...).” (Camélia).

“(...) eu ficava com muita queimadura assim, muito quente, sentia que quando eu usava ele ficava muito quente (...). Eu não uso porque desejo engravidar (...).” (Magnólia).

Em pesquisa, com homens e mulheres, presumivelmente heterossexuais, as mulheres atribuíram pouco valor ao preservativo, em virtude da interferência no prazer e impedimento de sentir o sêmen durante relação sexual, temor de que o preservativo rompesse durante o ato sexual ou até mesmo medo de prurido e queimação (SILVA e VARGENS, 2009).

Cabe então salientar que o uso inconsistente do preservativo é um fator que expõem consideravelmente as mulheres às IST, já que o preservativo é a maneira mais eficaz de se prevenir contra tais doenças, pois os maiores índices de transmissão são por via sexual (DUARTE; PARADA; SOUSA, 2014).

Outro entrave sinalizado pelas mulheres como um impeditivo de ter uma atitude adequada nas suas práticas sexuais foi à dependência financeira do parceiro. Para elas a escolha em permanecer com o companheiro em detrimento a exposição aos fatores de vulnerabilidade, continua sendo mais importante, intuindo a garantia do apoio emocional e também do suporte financeiro, já que, às vezes, é o único meio de amparo de que dispõem. Somado a isso, tem-se ainda o uso de violência ou ameaças para forçá-las a ter relações sexuais desprotegidas ou se submeterem a outros comportamentos de risco, aumentando a probabilidade de infecção, principalmente quando se trata de profissionais do sexo (SOARES *et al.*, 2017).

“(...) Ai eu não sabia como ficar na vida, porque ele que ajudava a colocar as coisas dentro de casa. (...) Eu estava passando algumas coisas, dificuldades na vida.” (Yasmim).

“(...) eu fazia, porque o dia que a gente não faz, (...) não da nada a gente, deixa a gente sem nada (...).” (Áster).

Ao analisar os conteúdos dessa subcategoria, verificou-se que emergiram elementos que representam a percepção dessas mulheres sobre o uso do preservativo, imbuída diretamente na conduta de utilização desse artefato preventivo. Para maioria das mulheres, embora percebam a importância do preservativo, faltam-lhes informações adequadas quanto ao modo de prevenção, já que estas atribuem o uso do preservativo a contracepção, inclusive teve relatos enaltecendo-o como método de escolha para uma gravidez indesejada; utilizam o preservativo para outras finalidades, totalmente divergente do verdadeiro objetivo deste, conforme se pode evidenciar nas seguintes falas:

“Nós faz normal mesmo, não usa preservativo não, o que uso é só o comprimido mesmo.” (Margarida).

“Quando precisou, num tempo aí que eu estava fazendo uso de uma pomada, ele usou, entendeu? (...).” (Hortência).

“Aqui acola eu uso, mas eu estava usando mermo era os comprimidos.” (Dália).

“(...) é mais importante para evitar a gravidez, porque a doença a pessoa pode tratar e a gravidez que a pessoa não sabe nem que é o pai.” (Gardênia).

“A gente ate usou um tempo né, uns dois meses no início, porque tinha medo de engravidar (...).” (Magnólia).

Pesquisas retratam que geralmente, a adoção do preservativo nos relacionamentos estáveis está mais associada ao controle da reprodução do que como método de prevenção das IST, sobretudo quando as mulheres não se adaptam a outros tipos de técnicas contraceptivas, o que compromete a proteção quanto à contaminação por via sexual (FRANCISCO *et al.*, 2016).

Estudos apontam para necessidade de rever as práticas preventivas que estão sendo realizadas na APS, com vistas à implementação de estratégias que possam viabilizar no programa de atenção a saúde da mulher, tais como o planejamento reprodutivo e o acompanhamento pré-natal, a associação da prevenção de IST com a gravidez indesejada (COSTA *et al.*, 2014).

Nesse sentido, destaca-se que as estratégias preventivas voltadas para a problemática em discussão, devem ser ressignificadas, permitindo a inclusão da troca de experiências, o compartilhamento de conhecimentos e abordagem de temáticas, que possam instigar a reflexão sobre a vulnerabilidade em face das IST.

Ainda tiveram mulheres que apontaram um dos métodos contraceptivo comportamental, o coito interrompido, como um fator de proteção, dispensando até mesmo o preservativo; e o órgão genital masculino, como uma situação limitante, já que a depender do tamanho, é impossível usá-lo, como se pode verificar nas falas abaixo:

“(...) a gente ia ter relação, aí ele “Oh eu estou sem preservativo aqui, aí o que aconteceu, a gente fez a relação e na hora que ele gozou, gozou fora. (...) como fica dentro a mulher fica com mais infecção.” (Camélia).

“Depende também, nem todo homem é duma iguala, tem homem diferente, uns dos outro (...), tem uns médios, tem os grandes, tem de todo jeito (...), em muitos homens não cabe à camisinha, acho que não faz é da porque tem que ficar folgada, e não dá nela.” (Áster).

Outro aspecto observado que mereceu atenção foi o fato de que o uso do preservativo está atrelado à ideia de comportamentos sexuais desviantes do modelo monogâmico, que prezam a fidelidade e a confiança, com a compreensão equivocada que só há necessidade de usá-los com parceiros ocasionais.

Quando as mulheres acreditam que o homem faz parte do seu universo pessoal, independente do seu compromisso com a fidelidade, a sensação de segurança se estabelece, dispensando de forma muito constante o uso do preservativo (SOUSA *et al.*, 2017). Esse modo de organizar as estratégias próprias de proteção, quando estão em dissonância com o que está comprovado cientificamente como eficaz, é considerado proteções imaginárias (MENDÊS-LEITE, 2012).

Sobre isso, uma pesquisa realizada por Andrade *et al.* (2015) aponta diferenças estatisticamente significativas em relação ao uso do preservativo associado ao estado civil, sendo que mulheres com relação estável apresentaram maiores proporções de comportamento inadequado, confirmando a ideia de que com um parceiro ocasional, conseguem ser mais incisivas sobre o uso do preservativo. Elas idealizam uma relação estável como uma forma de prevenção das infecções, passando a não reconhecer o quanto estão vulneráveis a contraí-las:

“Eu usava com outros parceiros (...) agora eu junta mesmo não uso não.” (Margarida).

“(...) quando é parceiro que a gente não conhece, com certeza é com preservativo (...), só com esse mesmo que já estou há dez anos e o pai da minha filha.” (Hortência).

“Eu uso com nos outros homens que eu saio; no marido mesmo não” (Áster).

“Assim com o meu parceiro não, mas com esse outro que eu lhe disse ne que foi só uma vez, foi com camisinha (...).” (Gardênia).

Essa constatação evidencia que a escolha pelo uso do preservativo não está ligada apenas ao conhecimento sobre os meios de transmissão, mas também ao tipo de relacionamento considerado, aos sentimentos dos parceiros envolvidos e ao contexto sociocultural no qual estes se inserem (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Em relações sexuais casuais, onde evidentemente não se estabeleceu vínculos afetivos que garantam a confiança nos parceiros escolhidos, pela impossibilidade de conhecer os antecedentes sexuais de cada um, a adoção ao uso da camisinha é mais frequente (DE ARAÚJO *et al.*, 2014). Dessa maneira, como único método preventivo eficaz contra as IST é facilmente aceitável em relações instáveis.

Observou-se que algumas mulheres do estudo não percebem os riscos do ato sexual desprotegido, deixado explícito que a impulsividade, o envolvimento afetivo do momento, se sobrepõe a consciência de se proteger. Salienta-se também que ainda existe a situação daquelas que só compreendem a importância de se prevenir após ter sido contaminada por uma IST. Esse é um dado preocupante, pois a baixa prevalência do uso de preservativos torna a mulher, sobretudo a casada, mais vulnerável para adquirir doenças de transmissão sexual (MEDEIROS *et al.*, 2016):

“Tinha o preservativo, mas acho que é porque eu me entreguei mesmo demais, quando eu percebi já tinha rolado” (Margarida).

“(...)Não pensei na possibilidade de pegar alguma coisa, não pensei em nada disso!” (Camélia).

“Depois que eu descobrir, que eu estava doente (Tricomoniase), eu mandava ele usar (...) aí eu rejeitei, eu não quis mais fazer relação” (Jasmim).

Mediante às entrelinhas dos discursos das entrevistadas, foi possível apreender as concepções e significados sobre os preservativos. Acredita-se que a maioria das mulheres apresenta um conhecimento adequado, pois entendem que o preservativo é o principal meio de prevenir IST. Este fato chama atenção, haja vista que embora as mulheres possuam conhecimento de que o ato sexual sem proteção aumenta as chances de transmissão das IST, elas, em sua maioria, não utilizam o preservativo:

“Porque a gente se previne de um bucado de coisa, da AIDS, da sífilis, de pegar uns corrimentos, uma coceira, qualquer coisa assim.” (Margarida).

“Acho muito importante, para prevenir, porque ninguém sabe o que a gente tem, questão de doença, de vírus, fungos alguma coisa assim” (Hortência).

Essa informação vai ao encontro do estudo de Silva e Oliveira (2015) no qual a maioria julgou ter um conhecimento satisfatório, porém disseram não fazer o uso de preservativo durante a relação sexual. Costa et al. (2014) em seu estudo, também identificou que algumas mulheres apresentavam consciência do risco, mas não adotavam medidas preventivas.

Entretanto, constatou-se também que algumas mulheres denotaram desconhecimento e que o senso comum está imbricado a significados distorcidos, de uma visão limitada e tomada por mitos e estereótipos, atribuídos ao método. É notório a necessidade de reconstrução dessas concepções, que favorecem a estagnação em uma vivência vulnerável:

“(...) faz medo também dela ficar dentro da pessoa, já ficou uma vez já (...), passou bem uns tres dias com uma caminha dentro, presa sem eu consegui tirar (...).” (Áster).

“Do uso do preservativo eu não sei de nada, eu preciso de ajuda, pra poder saber o que usar o que não usar, no dia que usar, entendeu. (...) me deu muitos corrimentos (...), ficava escorrendo muito corrimento. Eu achava que era porque ele era um plástico né, ai eu achava que era por ele.” (Magnólia).

Os pensamentos míticos e errôneos das mulheres são considerados um fator condicional de vulnerabilidade, pois o grau de qualidade das informações que o indivíduo possui pode aumentar ou diminuir sua vulnerabilidade as IST, traduzindo em práticas ou atitudes insatisfatórias. Tais equívocos conceituais podem ser fundamentados em elementos culturais como, por exemplo, crenças, mitos e tabus que apresentam grande significado para

os indivíduos, não representando fontes corretas e confiáveis de informações (PANOBIANCO *et al.*, 2013; SANTOS, 2014).

As relações vivenciadas por algumas mulheres às vezes são marcadas por situações de dependência afetiva, conformismo, permissividade, ocultamento que as fragilizam, impondo-as ao não pertencimento de seu corpo e domínio da própria sexualidade, o que potencializa a exposição de práticas sexuais desprotegidas. De acordo com os depoimentos observou-se como fatores determinantes para o uso inconsistente do preservativo, o medo de rejeição e da insatisfação do parceiro; comprometer o relacionamento e ainda se torna vítima de violência:

“Eu pensava que ele ia me deixar (...). Sei lá, acho que foi uma aventura da vida e eu tinha medo de perder ele, e ele não queria usar a camisinha.” (Jasmim).

“Depois que a pessoa esta na mão da pessoa é o jeito aceitar, ne não (...) é perigoso (...), aí dá medo de acontecer alguma coisa (...). E você tem que aceitar o que eles quer. (...) às vezes eles querem agredir a pessoa; a pessoa não quer e eles querem, quer pegar a pessoa, aí eu ficava com medo.” (Áster).

“A gente fica com receio dele ter essas reação, (...) aí eu fico com medo mesmo de insistir nisso daí. (...), pra esta chateando mais ele, eu acabo não insistindo. (...) de comprometer a relação também, por outro lado, eu já conheço ele muito bem, já sei que ele não quer.” (Camélia).

“(...) dizendo uma coisas, que vai arranjar outra, porque ele gosta de ficar sem isso aí (...).” (Dália).

Uma situação comum às mulheres vítimas de violência é a submissão ao sexo marital sem desejo, que pode se associar a não percepção de situação de violência sofrida nessa relação não consentida, tornando-a vulnerável às IST. E isso vai além dos impactos físicos e psicológicos da violência, mas também expõe as mulheres diretamente a uma gravidez indesejada, IST, quadros de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos (LIMA; DESLANDES, 2014).

A violência contribui para os riscos em relação às IST, visto que nesta circunstância a mulher não tem sequer chances de proteção e escolha aos tipos de comportamentos sexuais, pois ela se submete ao seu parceiro por medo e, com isso, é obrigada a tais práticas que a expõem a essas doenças (MARTINS *et al.*, 2018).

5.4 Relações de gênero e poder que envolvem o universo da mulher com IST

Nessa categoria foram abordados elementos relacionados à participação da mulher na sua sexualidade e saúde sexual, baseados em normas de gênero que limitam a capacidade dela na tomada de decisão sobre sua vida sexual e reprodutiva e promovem situações de vulnerabilidade as IST. É composta por duas subcategorias: reconhecimento da mulher como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos: sou livre? e barreiras comunicacionais no relacionamento para dialogar sobre as IST.

5.4.1 Reconhecimento da mulher como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos: sou livre?

O direito sexual e reprodutivo feminino apesar de ser uma discussão recente passa a ser reconhecido e compreendido como parte integrante do movimento dialético que baliza a democracia. A condição de sujeitos de direitos permite às mulheres o rompimento com a heteronomia a que sempre estiveram sujeitas, em especial no uso dos próprios corpos uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens. A repressão e o controle do corpo e da sexualidade são elementos centrais da dominação e reprodução dos valores patriarcais (SILVA, 2017).

Entretanto, a desigualdade de gênero fez-se construir uma linha de pensamento preconceituosa contra o sexo feminino, que é marcado por uma padronização desprivilegiada, com relacionamentos balizados pelo fator hierarquia de um sexo em detrimento do outro (DAMASCENO *et al.*, 2017).

A mulher faz parte de um dos grupos mais vulnerável as IST, tendo como principal fator o papel cultural e social ao qual ela é submetida ao longo dos anos, de exclusão da tomada de decisões tanto na sua vida pública como na pessoal. Em comparação ao sexo masculino tem menor autonomia em sua vida sexual e, conseqüentemente, menos poder de decisão acerca do sexo com proteção, impactando cada vez mais em situações de vulnerabilidade as IST (HANKIVSKY, 2012).

Para algumas entrevistadas, depreendem-se limitações de uma vivência democrática na relação conjugal, esta enraizada por uma relação de poder, impetrada pela figura masculina. Pode-se identificar a restrição do papel feminino, visto que a mulher não consegue

viver com plenitude seu direito sexual e reprodutivo, já que a prática sexual continua sendo vivenciada de maneira desigual para ambos os sexos, permanecendo a mulher numa posição na qual apenas realiza os desejos de seu parceiro, situação esta a ser considerada fortalecedora da vulnerabilidade:

“Eu me acho livre, mas os homens dizem que não sou. Eles dizem que quem manda, são eles (...).” (Áster).

“Não tenho de jeito nenhum, porque depende do parceiro (...), não porque assim eu acho, em minha opinião, no caso eu quero uma coisa e ele não quer” (Camélia).

“A liberdade aqui é pra seguir por ele, para não perder né, eu faço tudo pela vontade dele, tudo é consultado com ele, tudo é o gosto dele né (...), às vezes eu tenho vontade de fazer as coisas, de fazer relação assim, e de ter as coisas que quero e não posso.” (Dália).

Diante de um cenário repressivo e moralizador denota-se um bloqueio à liberdade sexual e reprodutiva das mulheres, na medida em que diariamente estão submetidas as variadas formas de violência, seja física, psicológica, moral ou institucional, funcionando como mecanismo ideológico de manutenção da dominação de variados aspectos da vida feminina.

Os papéis tradicionais aprendidos por mulheres e homens, vistos socialmente como naturais e inquestionáveis permanecem condicionando as práticas em saúde sexual e reprodutiva. Compreende-se que seja reflexo dos determinantes históricos e sociais imbricados na manutenção das relações de poder entre os sexos e da ausência de proteção da mulher frente às vulnerabilidades (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Os argumentos de algumas mulheres estão entranhados em pensamentos simplistas sobre a influência de gênero na sua relação conjugal, que centralizam no homem as dinâmicas relacionais e os significados dos contextos afetivo-sexuais, robustecendo as relações de poder exercida pelo sexo masculino. Mostram a tácita passividade em que as mulheres se posicionam de autorresponsabilizar-se pela relação, não percebendo a responsabilidade do parceiro em exercer o seu papel sob a ótica do cuidado e assim não reconhecendo a si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos:

“(...) eu acho que o meu erro foi por isso, eu peguei essa doença porque eu não perguntei ele né (...).” (Jasmim).

“Eu acho que tenho que lutar mais do que ele, por tudo. (...) o homem quando ele quer alguma coisa, ele domina a mulher (Áster)

Essas percepções contribuem, substancialmente, para a ocorrência de sentimento de passividade das mulheres, diante dos desejos masculinos. Dessa forma, a identidade de gênero traduz o comportamento ativo e viril dos homens, e passivo das mulheres que não percebem e não conseguem transcender alguns espaços, pois são cativas por estereótipos de gênero, não possuem o pertencimento de si e, conseqüentemente, violentam-se em prol dos desejos de seus parceiros e não se empoderam nas relações (ARRAE *et al.*, 2013; VON MUHLEN; MARLI SATTLE, 2016).

Dentro desse contexto, observou-se uma vivência delineada pelas iniquidades de gênero, com uma relação alicerçada pela subordinação ao parceiro e muitas vezes vitimizada pela violência familiar, o que coloca as mulheres em situações de desvantagens em relação ao parceiro, tornando-as vulneráveis às vontades dele, principalmente no que se refere à relação sexual. As narrativas, a seguir, resume concretamente a representação da hegemonia masculina, dita anteriormente:

“Ele já chegou a dizer se eu não fizesse com ele sem camisinha, ele me deixava (...), pois então eu vou te deixar eu não vou querer uma mulher só para dormir.” (Yasmim).

“Ele é violento, se a gente fala coisa que ele não se agrada, se a gente não tiver cuidado ele bate. Ele já me bateu, o que ele tiver na mão abarca, e diz: tu apanhou porque tu mereceu, tu levou aquela pisa, porque tu mereceu. “Pra eu fazer o gosto deles (...), aí para pessoa não passar muita coisa, e então a gente se obriga a fazer o gosto deles” (Áster).

“(...) Eu aceito a vontade dele para evitar problema. (...) porque às vezes ele fica me ameaçando que tem mulher que fica sem isso aí (...)”. (Dália).

A violência doméstica é entendida como aquela que permeia relacionamentos íntimos e afetivos, no qual um dos parceiros agride emocionalmente, física ou sexualmente o outro, incluindo abuso psicológico, coerção sexual, agressão física e comportamentos controladores. Tal violência produz impactos negativos no bem estar social e emocional de toda a família (OMS, 2012). Conforme Santos et al. (2014) esta violência tem sido considerada um sério fator de risco, pelo fato de tornar suas vítimas altamente suscetíveis, ocasionando sérios agravos à sua qualidade de vida e ao desenvolvimento de comportamentos de risco.

A violência dos homens contra as mulheres são violências baseadas em gênero, construídas a partir de processos históricos, culturais, institucionais e psicossociais em que a sociedade define padrões de gênero que reproduzem a ideia que homens são naturalmente violentos. Portanto, existe uma zona de interseção entre as questões da sexualidade e da violência, que inclui assédio, abuso e a exploração sexual, ou até mesmo o “forçar a barra” que não é percebido pelos homens como forma de abordagem violenta, trazendo implicações desastrosas para o bem estar biopsicossocial da mulher, como práticas sexuais inseguras e o aumento da incidência de IST (BRASIL, 2018d).

Uma das grandes dificuldades em relação à efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres está intimamente relacionada às assimetrias de gênero, consequentemente gerando relações desiguais de poder, que vão desde o sexo praticado sem proteção à violência de gênero exercida pelos parceiros, quando o que está em jogo é o livre exercício da sexualidade (DE SOUSA; COSTA, 2015).

Neste contexto, julga-se necessário refletir sobre a instrumentalização do discurso preventivo de saúde, no que concerne o direito sexual e reprodutivo, que sejam alinhados por estratégias inovadoras, viáveis a fortalecer as abordagens sobre esse tema, ao passo que, muitas vezes são estruturadas por ações que não permitem um espaço para uma escuta qualificada das mulheres (DIUANA *et al.*, 2016). É importante desmistificar as práticas restritivas ao estabelecimento de laços afetivos e sexuais, que desconsideram as mulheres como protagonistas de sua vida, capazes de tomar suas decisões sobre sua sexualidade e vida reprodutiva, livres de constrangimentos, coerção e violência.

Em algumas entrevistas percebeu-se que uma das várias situações já mencionadas que também requer parcimônia, é a fragilidade explícita na relação conjugal de uma inexistência de compromisso do parceiro com a saúde sexual e reprodutiva do casal, que conforme os relatos se isentam de qualquer responsabilidade, o que torna as mulheres mais susceptíveis às vulnerabilidades e facilita o aumento da cadeia de transmissão. Sabe-se que a opção de lidar sobre o cuidado é individual, mas envolve uma responsabilidade que deve ser compartilhada:

“Uma vez eu até mandei ele marcar uma consulta, para saber se ele tinha algum tipo de doença, aí ele se zangou. (...) quando eu estava doente (tricomoniase), que era pra ele também tomar os remédios ele, não queria, fez foi se zangar também. Ele não quer saber de nada (...).” (Yasmim).

“Ele é uma pessoa que pra ele tanto faz como tanto fez, tanto faz não está nem aí.” (Áster).

“(...) não esta para os dois, tipo ele não esta nem ai. (...) ele disse: “pois, se cuida, que eu não posso fazer isso por ti.” (Camélia).

“Ele não liga de querer ir no medico (...), ele esta ate com problema nas partes dele, mas ele não quer ir (...). “Ele não ta ligando nada, tai acontecendo isso com ele, e ele não liga.” (Magnólia).

Sobre esse aspecto, Lévinas (2013) acrescenta que a responsabilidade é algo que está intimamente ligada ao conceito de cuidar, traduzida como o ato que humaniza o homem e as suas relações. Na relação de cuidado para com o outro, a responsabilidade tem que ser de serviço, diálogo e, sobretudo, proximidade.

As concepções sobre masculinidade e saúde são barreiras socioculturais que modelam tanto os entendimentos sobre a saúde e a doença, quanto às escolhas e trajetórias percorridas pelos homens na busca de cuidado, e podem dificultar a iniciativa de alguns a buscarem algum serviço de saúde, a partir da ideia, ainda que controversa, de que homem não gosta ou não valoriza o cuidado com sua saúde (KUROKAWA, 2016).

O Programa Nacional de Atenção a Saúde dos Homens (PNAISH) enfatiza a necessidade de mudar a percepção da população masculina em relação ao cuidado com sua saúde, sobretudo porque se sabe que é mais comum que essa população acesse o sistema de saúde tardiamente, com as doenças e os agravos já instalados e, muitas vezes, de forma grave, o que resulta em maior sofrimento ao usuário e sua família, e menor resolutividade (BRASIL, 2018d).

No ativismo, identificamos muito claramente que a mulher busca o serviço de saúde e cumpre todas as etapas, já a conduta masculina é oposta. Por isso, é preciso estimular a sensibilização e alcançar este homem em termos de conhecimento da doença, de diagnóstico oportuno e de tratamento adequado, e preferencialmente com compreensão da importância, porque ele também é responsável pela cadeia de transmissão das IST (BRASIL, 2018d).

Essas questões de gênero revelam representações simbólicas muito fortes e extremamente nocivas à saúde da mulher. Por isso, faz-se necessário refletir sobre a igualdade de gênero como desafio a ser alcançado e pensar em intervenções e desdobramentos no campo da saúde a partir de um viés de gênero e de direitos sexuais e reprodutivos, na perspectiva transformadora das relações sociais e da luta contra os preceitos ideológicos do patriarcado, enquanto contributo para o enfrentamento às situações de violência institucionalizada, que conformam um grau de autoritarismo, discriminação e

conservadorismo, refletem mecanismos de normatização das relações sociais, constituindo práticas avessas a efetivação dos direitos das mulheres (BRASIL, 2003).

As mulheres demonstram em seus relatos que vivenciam uma relação marcada pela falta de amorosidade do parceiro, assumindo ares de desabafo ao longo da narrativa, pois muitas vezes apresentam dificuldades de manifestar suas necessidades de atenção e afeto, implicando em um fio condutor para insatisfação na relação conjugal:

“Ele é muito zangado, não me entende, da pouco carinho, é mais é naquela hora e pronto, e às vezes nem naquela hora (...). Não sou satisfeita não com ele em nada.” (Yasmim).

“Ele me atende com ignorância. Ele diz na minha cara que não tem amor a ninguém, nem gosta de ninguém, só faz se acostumar (...).” (Áster).

“Ai eu sinto dificuldades de dizer o que eu estou precisando, de qual afeto eu estou precisando. (...) eu não fico satisfeita pelo jeito dele agir, dele acariciar, eu não me sinto satisfeita de jeito nenhum, de jeito nenhum.” (Camélia).

Pace et al. (2015) mostraram que a habilidade de se comunicar claramente e discutir problemas com o parceiro ou a parceira diminui a influência negativa das questões associadas a relacionamentos disfuncionais, ligadas a medo de rejeição, além de maior necessidade de aprovação, aceitação e amor. Em outras palavras, famílias que funcionam de maneira positiva produzem níveis altos de satisfação e estabilidade em parceiros, que está relacionada com o quanto feliz os cônjuges estão com várias dimensões de seu relacionamento, como intimidade, conflito, divisão de poder e inclui uma avaliação global da qualidade da relação.

Em um estudo desenvolvido por Black et al. (2013) foi constatado que casais têm dificuldade de reconhecer quando eles se comportam de maneira a instigar conflito. E que aceitar o ponto de vista do outro, seus sentimentos e comportamentos, escutar com a mente aberta e atitude positiva, além do uso do humor (não sarcástico) são fatores, que favorecem a insatisfação ocasionada pelos conflitos da dinâmica relacional conjugal.

Diante desse cenário vivenciado pelas mulheres de uma relação dominadora, apreendeu-se a existência de algumas contradições, revelando que estas não reconhecem o significado de vivenciar com inteireza a liberdade em sua sexualidade, a partir de um relacionamento aberto e espontâneo com os próprios desejos. Percebem-se como livres, embora se subentenda que seja à “opressão” vivenciada por elas. Há também aquelas que não se

julgam livres, entretanto sentem-se satisfeitas na relação com o parceiro. Os depoimentos demonstram esses achados:

“Eu me sinto liberta, quando eu quero assim, quando eu não quero, se insistir e eu não quero e não quero mesmo não.” (Yasmim).

“Ele é carinhoso demais, (...) ele tem amor demais por mim, arre Maria (...). Eu me sinto satisfeita, eu me sinto bem de esta com ele (...).” (Dália).

Para Dattilio (2011) nas relações familiares os parceiros podem ser influenciados pelas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais um do outro, sendo que cada parceiro desenvolve um esquema específico para relação. Assim quanto maior a quantidade de distorções cognitivas mais dificuldades e prejuízos à relação pode apresentar. As mulheres em situação de violência indicam crenças específicas que são resultantes de normas pessoais e sociais a respeito dos relacionamentos afetivos (“ex. incapacidade de viver sem o parceiro”).

Esse comportamento limita sobremaneira a capacidade da mulher para tomar decisão sobre sua vida sexual e reprodutiva, cabendo ao homem, considerado sexo forte, a sua propriedade. Dessa forma, os papéis de gênero, atribuem aos homens à ilusória certeza de poderem desfrutar de uma sexualidade irreprimível, com ampla variabilidade de parceiras que vai muito além do mundo dos prazeres, afetos, e intimidade, mas pode ser vista por eles como a afirmação da identidade.

Assim, os atores envolvidos devem reconhecer que a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres baseasse na premissa de que estas devem poder tomar decisões com liberdade e autonomia sobre sua sexualidade e reprodução, sendo necessários, que sejam disponibilizados os recursos tecnológicos e humanos indispensáveis para efetivação de seus direitos em uma perspectiva de transformação social, humana e emancipatória.

5.4.2 Barreiras comunicacionais no relacionamento para dialogar sobre as IST

As mulheres estão sujeitas a vulnerabilidades que não depende exclusivamente de sua vontade, porém se acentua diante do poder de decisão nas relações afetivo-sexuais que é assimétrico, decorrentes das questões de gêneros (BASTOS, 2013). Isso faz com que as mulheres tenham dificuldades de falar sobre o assunto, impossibilitando que o casal atinja

certo grau de intimidade, responsabilidade e compromisso, necessários para adoção de práticas sexual segura e adequada.

Entende-se que dialogar sobre o assunto pode ser algo constrangedor, considerado como depor contra uma imagem social ideal, pois muitas vezes o pudor impede o pensamento livre e sem preconceitos. Além disso, a falta de conhecimento sobre o tema também contribui para definições reducionistas (PARANHOS; PAIVA; CARVALHO, 2016).

A sexualidade masculina engloba um modelo de masculinidade hegemônica que valoriza o homem nos âmbitos históricos, sociais, culturais e políticos, diferente da mulher. Assim os homens aprendem que falar sobre assunto envolvendo a sexualidade reporta-se exclusivamente a penetração sexual, como forma de confirmação da virilidade masculina, portanto se torna uma dificuldade, já que para eles “sexo” não se fala se faz (BRASIL, 2018d).

A partir das informações obtidas, evidenciou-se que esta é uma realidade vivenciada pelas mulheres, que desvelaram medo de dialogar com o parceiro sobre as IST, circunstância que configura tensões e silêncios conjugais. Este sentimento supracitado interfere na consolidação de uma relação afetiva saudável, podendo trazer sofrimento, sérias repercussões e impacto negativo na vida delas. Elas referiram medo da reação do parceiro e de comportamentos antiéticos de exposição e falta de sigilo do próprio, conforme podemos corroborar nas falas a seguir:

“(...) Eu não gosto de falar não, porque ele gosta de falar para os outros (...), porque ele sai espalhando, eu não digo nada a ele não.” (Hortência).

“Sei lá, eu sinto, que ele vai achar ruim, aí eu não comento muito com ele (...). Às vezes eu tenho medo de falar e ele se zangar.” (Yasmim).

“Não tenho coragem né, porque sei lá eu não tenho coragem de falar com ele sobre isso não (...).” (Dália).

Em consonância, uma pesquisa elucida que a falta de diálogo, muitas vezes relacionadas a relações abusivas, aumenta as chances de uso inconsistente do preservativo ou não usá-lo durante o ato sexual, e conseqüentemente a maior exposição às IST (CHAVES *et al.*, 2019).

As mulheres demonstram que efetivamente existe dificuldade de diálogo entre os casais, mediante as reações manifestadas dos parceiros que, segundo elas, há uma interpretação deturpada destes, que entendem como acusação, quando a mulher fala sobre o

assunto. Existem também aqueles que revelam uma atitude intransigente de culpabilizar as mulheres, impossibilitando efetuar uma conversação.

Maksud (2012) aponta que detalhes do passado podem ser relidos e subtraídos pelo casal, como uma área de tensão, com possíveis acusações entre os parceiros. Os relatos a seguir elucidam insinuações que podem ser geradas no âmbito do par devido à curiosidade sobre a origem da transmissão:

“Ai ele reagiu mal, pensando que eu tipo, tava dizendo que ele tem doença. (...) ele se reagiu mal, entendeu mal a pergunta que eu mandei.” (Yasmim).

“Às vezes eu vou falar com ele, aí ele não num sei que, não é de mim é de tu, (...) porque tudo ele joga pra riba de mim.” (Áster).

“(...) ele sempre diz que o problema estava em mim.” (Camélia).

De acordo com os resultados de uma pesquisa, a intenção de conversar com os parceiros representa um desafio a ser superado, pelo estigma associado às IST, cuja falha ou sucesso podem ser influenciados por fatores como a existência de relações sexuais extraconjugais, o gênero sexual, a estrutura de poder e o tipo de vínculo afetivo-sexual (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Outra situação problema que aparece como tensão foi o fato das mulheres não encontrarem abertura suficiente para discutir com os seus parceiros aspectos relacionados ao problema, reforçando que estas vivenciam situações vulneráveis, mesmo após o diagnóstico de IST. Elas afirmam que os parceiros não gostam de falar sobre o assunto e tem alguns que são obstinados (“cabeça-dura”). A seguir, relatos que reforçam tais situações:

“Porque quando eu vou falar eles se zangam né.” (Yasmim).

“(...) Ai eu fico com dificuldade até de falar com ele, (...), porque justamente ele tem a cabeça muito dura, pra essas coisas. Ai eu evito até falar com ele sobre essas coisas. (...) Mas falar abertamente com ele sobre essas doenças não (...). Ele é meio difícil, não gosta muito de conversa, aí eu já não falo muito, já evito (...).” (Camélia).

“(...) ele não gosta de falar sobre esses assuntos aí, aí eu acho melhor nem conversar nada não (...), aí eu acho melhor deixar pra lá.” (Dália).

Corroborando os resultados aqui expostos, estudo realizado na África em que mulheres encontram dificuldades de discutir métodos de prevenção com o parceiro devido às diferenças

de gênero e poder (LOGIE *et al.*, 2018). Nessa perspectiva, o diálogo possibilita o compartilhamento de responsabilidades sobre a saúde sexual do casal retirando do homem a exclusividade das decisões.

Em uma pesquisa realizada por Silva *et al.* (2019) verificou-se que um dos fatores associados ao uso consistente do preservativo foi o diálogo com o parceiro. Neste estudo, 59% das mulheres que faziam uso consistente deste, referiram que discutem com o parceiro o uso do preventivo, o que indica que a manutenção da comunicação é fundamental para a negociação na prevenção da transmissão sexual das IST.

Ainda foram realçadas pelas participantes as barreiras no processo de negociação do uso do preservativo com os parceiros, que cerceiam seu poder de decisão e comprometem a possibilidade de adotar medidas preventivas. A não adesão ao uso do preservativo entre os casais heterossexuais apresenta-se como um grande problema e ao mesmo tempo um desafio, uma vez que as mulheres sentem dificuldade em dialogar com seus parceiros (SOARES *et al.*, 2017):

“Cheguei a pedir muitas vezes para usar o preservativo, e ele disse que não gostava de usar porque não sentia prazer.” (Yasmim).

“Ate cheguei a insistir com ele pra usar o preservativo, não resolveu (...).” (Camélia).

“Eu insisto, mas ele diz num sei, que acha melhor fazer sem camisinha (...).” (Dália).

Resultado semelhante foi evidenciado em um estudo realizado sobre as dificuldades em viver com HIV/aids, aonde os relatos enfatizaram que mulheres apresentam dificuldades na negociação do preservativo devido a resistência dos homens, indicando práticas sexuais desprotegidas e de risco (JESUS *et al.*, 2017).

Entre mulheres afro-americanas, o uso consistente do preservativo foi predito pelas seguintes variáveis: ter maior percepção da relevância da negociação do preservativo, menor medo de negociar o uso do preservativo e ter conversado com parceiros sexuais sobre prevenção (CROSBY *et al.*, 2013).

Muitas mulheres que mantêm relação de inferioridade com o parceiro, geralmente, apresentam baixo poder de escolha nas suas relações amorosas e dificuldade de negociação no que se refere à prevenção, aumentando, dessa forma, sua situação de vulnerabilidade. Essa subalternidade de gênero é descrita como um fator determinante para vulnerabilidade feminina (CHAVES *et al.*, 2019; SANTOS, 2016).

Os estereótipos que reforçam as concepções de masculinidade e feminilidade têm impacto direto no que significa o início da vida sexual para homens e mulheres, ou seja, enquanto a sexualidade e a liberdade do uso do corpo para as mulheres é algo mais delicado que deve ser escondido, já para alguns homens o sentimento é inverso, é algo que deve ser mostrado. Isso é percebido, por exemplo, na negociação do uso do preservativo (TAQUETTE; MEIRELLES, 2012).

Embora a sexualidade possa ser prazerosa, pode ser colocada pelas questões de masculinidade como estratégia de violência e desigualdade, tais como a violência simbólica na própria negociação do ato sexual, que inclui, por exemplo, a negociação do uso do preservativo. Assim, também é fundamental compreender o poder masculino nas relações sexuais, que interfere diretamente na negociação do uso de preservativos, no próprio consentimento da relação sexual, que acaba muitas vezes acontecendo pelo desejo do homem apenas (BRASIL, 2018d).

Segundo o Ministério da Saúde (2019) ofertar e promover a utilização do preservativo feminino é essencial em situações nas quais existe a dificuldade de negociar o uso do preservativo masculino com os parceiros, contribuindo, assim, para o enfrentamento de vulnerabilidades e iniquidades entre as relações.

Normalmente, as mulheres tem receio de propor o uso do preservativo, pois pode remeter o incentivo às traições ou multiciplidade de parceiros, desconfiança do parceiro, infidelidade ou ainda insubordinação por parte delas, podendo culminar em situações de violência ou ruptura da relação, já que o tabu está em torno da fidelidade exigida dentro dos vínculos amorosos estabelecidos entre os parceiros (COSTA *et al.*, 2014).

A falta de abertura entre o casal para falar sobre o assunto agrava a situação, pois as mulheres temem ser responsabilizadas e recriminadas por terem a doença, além de não conseguirem lidar com a possibilidade da infidelidade. Essa dificuldade de comunicação dos casais pode resultar no não rompimento da cadeia de transmissão (MIRANDA *et al.*, 2012).

Torna-se evidente que a menção dessas barreiras comunicacionais dificulta o fortalecimento dos vínculos afetivo-sexuais, visto que suscita um ressentimento em relação ao parceiro produzindo mágoa e, posteriormente, o desencontro, afetando o relacionamento. Compreende-se que as mulheres participantes deste estudo, vivenciam um emaranhado de situações vulneráveis as doenças sexuais, pois demonstram uma postura de submissão e inferiorização ao sexo masculino, perpetuando, assim, uma relação de gênero desigual pela dificuldade de dialogar e negociar com seu parceiro uma relação sexual segura.

Para que ocorra uma harmonia sexual é importante que as pessoas compartilhem opiniões e respeite um ao outro na tomada de decisão. A manutenção do diálogo entre as partes e a convivência harmoniosa nas relações afetivas assegura a autonomia no exercício da sexualidade. É oportuno que haja um canal de comunicação entre os casais, sendo este um elemento imprescindível para compreensão e superação de dificuldades.

Contudo, acredita-se que as estratégias de prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade em mulheres devem levar em consideração as relações sociais de gênero, visto que, quando associado ao feminino automaticamente constrói-se um sinônimo de submissão e opressão, enraizado desde os primórdios da civilização. As mulheres devem ser empoderadas por meio de intervenções que estimulem a autoeficácia para a negociação do sexo seguro, que possam ser protagonistas e detentoras do conhecimento sobre seu próprio corpo.

5.5 Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às IST

Nesta categoria foram discutidos aspectos sobre a percepção da mulher em relação às vulnerabilidades as IST, que as levam a se sentirem protegidas e limitam a sua consideração de vulnerabilidades para realizar ações concretas de prevenção, situações estas que fortalecem as VS. É composta por tres subcategorias: infecção contraída pelo ato sexual: vai acontecer comigo?; relacionamentos estáveis: grupos de riscos ou proteção? e desconsideração das vulnerabilidades as IST: eu sei, mas não me importo!

5.5.1 Infecção contraída pelo ato sexual: vai acontecer comigo?

A análise do texto permitiu evidenciar que as mulheres no geral se percebem vulneráveis, apontando algumas situações que as justificam, como por exemplo, a inconsistência do uso do preservativo. Entretanto a maioria das entrevistadas, inclusive estas que se veem vulneráveis, esboçam elementos que as postulam em situação de proteção, sinalizando a baixa percepção de vulnerabilidade entre as mulheres. Logo, esses elementos favorecem a prática sexual insegura, sem amadurecimento psicoafetivo e responsabilidade, expondo-as a extremas vulnerabilidades.

Portanto, salienta-se que a partir das informações obtidas buscou-se lançar um olhar para as vulnerabilidades nelas envolvidas, partindo do pressuposto da compreensão de vulnerabilidade como a possibilidade de exposição das pessoas ao adoecimento resultante não somente de um conjunto de aspectos individuais, mas de fatores coletivos e contextuais que acarretam aos indivíduos maior suscetibilidade frente à disponibilidade de recursos para se protegerem (AYRES, 2014). Destarte, ao olhar para as mulheres, deve-se buscar entender a subjetividade do ser mulher, ir além dos sintomas, considerar também a sexualidade, o vir a ser e não somente o estar.

As depoentes compreendem que as práticas sexuais desprotegidas geram impacto na saúde sexual e podem contribuir para ocorrência de infecções, pois se percebem como vulneráveis as IST, em virtude do comportamento sexual de risco, de não usar o preservativo, embora tenham parceiros fixos. Inclusive tiveram relatos de algumas que se sentem responsáveis e conscientes da sua vulnerabilidade, no entanto permanecem com as mesmas atitudes inconsequentes em relação à prática do sexo seguro, conforme os recortes das falas a seguir:

“Porque não gosto de fazer relação com camisinha. (...) Eu sei se qualquer coisa acontecer é por causa de mim mesmo porque eu não gosto.” (Margarida).

“(...) entre agente não existe o uso do preservativo. A gente não se protege com camisinha.” (Hortência).

“A minha vulnerabilidade é justamente por isso, porque eu sei a situação, sei o histórico do que se passou, mas eu continuo no mesmo caminho. (...) porque eu não me previno de jeito nenhum aí eu acho que tenho mais possibilidades de ter essas.” (Camélia).

“(...) porque eu não uso o preservativo.” (Dália).

Silva et al. (2015) encontraram resultados parecidos ao identificar que as mulheres percebem a importância da relação sexual com proteção e a vulnerabilidade relacionada a esta causa, no entanto por diversos motivos não utilizam, sendo que na maioria das vezes porque não querem. O que difere dos resultados encontrados por Rufino et al. (2016) em que muitas mulheres apesar de reconhecerem que o uso do preservativo é uma das principais medidas para prevenção das IST/HIV e de se perceberem como praticantes de comportamento de risco, não admitem que possam chegar a contrair essas infecções.

Acredita-se que o fato de algumas mulheres terem a percepção de vulnerabilidade as IST, vinculada principalmente ao desuso ou uso inconsistente do preservativo, aponta-se para um avanço relativo junto a elas, podendo ser considerado, de certa forma, como ressignificação positiva, haja vista que as infecções sexualmente transmissíveis ainda são culturalmente associadas a segmentos da população com práticas e parcerias consideradas duvidosas e/ou questionadas, como por exemplo, nas práticas homossexuais, prostituição e em relações extraconjugais.

De acordo com os relatos, apreendeu-se que a vida sexual ativa é representada como situação indutora de uma pessoa ser vulnerável a essas infecções, independente do uso do preservativo, atribuindo como única forma de está imune às ISTs, a mulher se abster da relação sexual, reconhecendo em si as possibilidades de adquirir IST, justamente por essa causa. Estas evidências já foram observadas em outros estudos, onde se verificou que algumas mulheres apresentavam consciência do risco, mas não adotavam medidas preventivas (COSTA *et al.*, 2013; LOBO *et al.*, 2019):

“Agora acho, que uma mulher seria imune a DST, só se ela não tivesse nenhum tipo de relação ou fosse virgem, essas coisas.” (Hortência).

“Eu acho que todo mundo tem alguma possibilidade se ter relação.” (Camélia).

“Eu tenho possibilidade de pegar porque eu tenho relação sexual, com preservativo ou sem preservativo, porque o preservativo vem dá 80 por cento de garantia.” (Gardênia).

Foi também verificado que algumas mulheres acreditam que a vulnerabilidade está atrelada a experiências anteriores, pois o fato de já terem sido contaminadas as tornaram mais expostas e com maior facilidade a outras possíveis contaminações. Até mesmo uma delas inferiu que tal condição é característica do seu próprio corpo, pois tem predisposição a contrair essas infecções:

“Porque eu já peguei, aí acho que posso pegar também de novo.” (Margarida).

“Eu acho que meu organismo esta adapto a pegar outras coisas.” (Hortência).

“Acho, pelo o que eu passei com essa doença (,,).” (Yasmim).

“Que qualquer coisinha eu estou doente (IST)” (Áster).

A autopercepção de vulnerabilidade esboçada pelas mulheres remete ao seguinte questionamento: “Por que não adotar prática sexual segura, se existe a consciência das possibilidades de uma recontaminação?”. Essas e outras indagações prescindem de respostas e reflexões sobre estas, que pode facilitar a abertura de um espaço para uma abordagem na saúde, que aproxime os profissionais com as mulheres, a fim de que seja possível compreender os arranjos imbricados ao problema para então, programar estratégias resolutivas, imantada pelas vulnerabilidades vivenciadas.

Os questionamentos não se esgotaram apenas nessa pergunta, certamente outras surgiriam, no entanto esta remete ao discurso das vulnerabilidades descrito por Florêncio (2018, p. 126),

“Condição humana, construída na interação entre o sujeito e o social, caracterizada por uma relação de poder que se movimenta em direção a uma condição de precariedade quando o empoderamento não é vivenciado pelo sujeito ou coletivo.”

Em concordância, entende-se que, em algum momento, todos são vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis, tendo em vista que existem circunstâncias comumente vividas pelos seres humanos, no universo do sexo, que podem levá-los a ser vulneráveis para contrair uma IST. Essas vulnerabilidades dependerão não apenas das informações, condições sociais ou acesso aos serviços de saúde, mas também das opções que dispõem, tomadas de decisões e responsabilizações.

Vale lembrar que foi em meio a este complexo e conturbado contexto de perguntas sem respostas que surgiu o conceito de vulnerabilidade em saúde. Como descreve Ayres et al. (2006) que o conceito de vulnerabilidade aflora no momento em que alguns questionamentos ficam sem respostas, como por exemplo, qual comportamento arriscado em relação ao HIV apresenta uma mulher dona de casa, em relacionamento estável e com parceiro único?

A vulnerabilidade apresenta nexos com a responsabilidade, seja de forma individual, coletiva e programática, uma vez que pressupõe o conhecimento de si próprio e das possibilidades, limites e conscientização, assim como o conhecimento do outro e o despertar no outro com a conscientização para ações, além de atitudes educativas e preventivas no contexto das ISTs (CHAVES *et al.*, 2019).

Conforme Florêncio (2018) a compreensão deve ser despertada, para questões mais amplas no sentido “integral”, que possam repensar e reconhecer os processos que irrompe a vulnerabilidade, não somente em seu caráter individual, mas também no social que é um de seus elementos como processos contínuos de forças que desenham os caminhos pelos quais o indivíduo-social é reconhecido na cena social. Para autora, os elementos essenciais da vulnerabilidade em saúde são diversos e múltiplos, e não são compreendidos como dimensões, haja vista que cada um tem suas características e conceitos, porém interconectados, ou seja, só existem na presença do outro, ao mesmo tempo em que por diversas vezes suas características podem se confundir.

Acredita-se então que para compreender a vulnerabilidade, é preciso desdobrar de forma crítica e reflexiva os desafios e tensões envoltos na realidade das pessoas e não somente percebe-la como mero exercício intelectual, no sentido de se efetivar a perspectiva de políticas públicas de saúde proativa, preventiva e protetiva.

Sob a ótica de algumas participantes, a vulnerabilidade é remetida ao “outro”, visto que as ISTs são próprias daquelas que tem um estilo de vida sexual de promiscuidade, desregramento e comportamentos não aceitos moralmente, estando estas “protegidas” por não se enquadrarem nesses critérios que julgam centrais para dar sentido ao termo aqui estudado. Inclusive as que vivenciam essa realidade se sentem vulneráveis exatamente por isso, isto é, compartilham do mesmo pensamento, que estariam protegidas caso tivesse parceiro fixo:

“(...) se está só com aquela pessoa, não faz sexo com outras pessoas, eu acho assim né (...).” (Yasmim).

“(...) porque a pessoa que sai com caras pega. (...) eu saio com outros homens, aí tenho capacidade de pega (...).” (Áster).

“(...) se a mulher tiver relação com um, com outro e com outro, aí sim.” (Camélia).

“(...) só se for o caso assim, se a mulher tiver outros homens, aí é perigosos mermo pegar, mas eu só tenho esse que eu vivo (...).” (Dália).

Destarte, essa autopercepção revelada entre a maioria das participantes foi justificada pela crença de estarem engajadas em relações afetivo-sexuais estáveis, nas quais pressupunham a exclusividade sexual mútua. As participantes sustentaram que esse cuidado preventivo era prescindível em suas relações, uma vez que tinham um único parceiro e acreditavam que este não tivesse outra parceira. Suas concepções de vulnerabilidade estavam,

em grande parte, vinculadas à multiplicidade de parceria, passível de acontecer quando não há compromisso de exclusividade ou quando este compromisso não é mantido.

As mulheres com parceiro fixo apresentam representações que as tornam mais vulneráveis às IST, por considerarem a relação estável como uma zona de segurança, que as isentam de qualquer situação de risco. Esse comportamento sexual de risco entre os parceiros fixos pode ter inúmeras causas, desde a atitude negativa do parceiro em relação ao preservativo como a associação do uso do método com a falta de confiança (CHAVES *et al.*, 2019).

Esse achado também foi apontado em um estudo realizado sobre a percepção das mulheres com relacionamento estável quanto à vulnerabilidade feminina para contrair AIDS, no Campus Universitário do Rio de Janeiro. Conforme os autores as entrevistadas percebem as outras mulheres como vulneráveis, não se reconhecendo como tal, uma vez que se excluem desse grupo (SILVA; VARGENS, 2015).

De acordo com Meneses *et al.* (2017) a baixa percepção de vulnerabilidade para uma IST geralmente está relacionada à sensação de proteção, principalmente, quando as mulheres são casadas ou têm parceiro fixo e estável, assim como quando não têm mais a possibilidade de engravidar. Portanto, indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas.

Para Lobo *et al.* (2019) a percepção da vulnerabilidade está ligada à confiança no parceiro, na situação em que o parceiro se encontra e ao uso do preservativo na relação sexual. Grande parte das mulheres continua não se percebendo vulnerável às ISTs/AIDS ou tem consciência da importância e não se protege.

A percepção de vulnerabilidade em adquirir uma IST varia de pessoa para pessoa, e sofre mudanças ao longo da vida. Considerando esse preceito, faz-se necessário ponderar sobre a abordagem do cuidado, que este seja realizado tendo como premissa os diversos aspectos da saúde sexual, fundamentada na ampliação da perspectiva para avaliação e gestão de risco, além das possibilidades que compõem a oferta de preservativo, uma vez que geralmente o termo “sexo seguro” é associado ao uso exclusivo deste insumo (BRASIL, 2019).

Embora o preservativo seja uma estratégia fundamental a ser estimulada, possui limitações. Sendo assim, outras medidas complementares são essenciais para ampliar as possibilidades de prevenção e tornar o cenário mais completo e efetivo para uma prática sexual segura. É papel do profissional de saúde oferecer orientações centradas na pessoa com

vida sexual ativa e em suas práticas, com o intuito de ajudá-la a reconhecer e minimizar seu risco (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019).

As mulheres também manifestaram a insegurança quanto ao comportamento do parceiro, não sendo possível controlá-los em relação à infidelidade; desconhecimento ou próprio conhecimento da situação sexual de saúde dele; descuido do parceiro em relação a sua saúde e falta de higienização destes como situações que as fazem sentir vulneráveis às ISTs, colocando no outro o potencial para contrair. Rufino et al. (2016), identificou em seu estudo, que as mulheres apesar de não se protegerem, reconhecem que a sua susceptibilidade às ISTs, está vinculada a desconfiança do parceiro.

Dessa forma, elas constroem a premissa de que o “outro” é quem se contamina por tal maneira, justificando essa contaminação. Tal situação pode ser evidenciada nos discursos abaixo:

“(...) ai a gente foi fazer um exame de sangue ai deu que ele tinha herpes genital (...). Sim, por isso, sei lá.” (Hortência).

“Por que eu não sei a situação que ele esta, se ele tem alguma doença, se ele não tem. (...) ele disse que nunca usou, e já pensei nisso, em ficar com doenças (...)” (Yasmim).

“Eu tenho medo, sei lá, porque do jeito que hoje em dia está ninguém pode nem confiar, tipo ele trabalha fora (...) eu não o que ele está fazendo por lá.” (Camélia).

“Tem homens que é sujo, uns são limpos outros são sujos, da ate um ranço na pessoa.” (Áster).

“(...) porque ele não cuida da saúde dele. Não adianta só eu cuidar de mim, sem ele ta cuidado dele. Porque não adianta só eu matar as inflamações que esta dentro de mim, se eu posso pegar dele, acaba pegando de novo, tem cuidar os dois (...).” (Magnólia).

Corroborando com esses achados, Costa et al. (2016) identificaram em seu estudo que às representações de vulnerabilidade para as mulheres está relacionada a determinadas limitações e particularidades, presente no “outro”, parecendo que estariam elas mesmas excluídas de tais situações e possibilidade. Outro fator importante é o julgamento de que as pessoas vulneráveis tem um perfil determinado, já que na concepção delas quem estaria em risco seriam as mulheres com múltiplos parceiros que não se protegem usando o preservativo.

Afunilando olhares para esse panorama, observa-se a teia regada por situações de vulnerabilidades a qual as mulheres estão envolvidas, tendo em vista que não são conscientes

e sensibilizadas com concretude quanto à vulnerabilidade a qual estão expostas na vida sexual, fazendo com que elas assumam um comportamento despreocupado ou de não percepção frente à vulnerabilidade e à prevenção de IST.

Embora que na maioria dos casos as práticas sexuais sem proteção, sejam voluntárias e conscientes, convida-se a pensar em que circunstâncias acontecem, tornando-se imprescindível o não julgamento. Há que se equacionar a problemática e ampliar a compreensão sobre essas atitudes percebidas como de risco eminente à contaminação por IST.

Como explica Silva et al. (2019), é preciso levar em consideração as circunstâncias e maneiras em que pode ocorrer o sexo desprotegido; acredita que seja fundamental reconhecer os limites atuais do discurso preventivo-epidemiológico, orientado pela ideia do sexo seguro sempre, no sentido (obrigatório) de uso do preservativo. Isso implica reconhecer e discutir abertamente as possibilidades e limites das estratégias, tanto em nível de redução de riscos e danos como nos modelos alternativos de prevenção e proteção, já utilizadas no cotidiano de diferentes pessoas.

Tais informações merecem reflexão sobre o que vem sendo discutido sobre vulnerabilidade, para que as pessoas, em especial as mulheres, percebam situações que podem colocá-las como vulneráveis, ponderando sobre suas vivências e práticas. Enfatiza-se também que quanto menos vulnerável se sentem as pessoas, menos se cuidam para evitar determinados malefícios. Nessa perspectiva, é indispensável fazer com que as mulheres que não tenham noção de vulnerabilidade e nem poder de mudar o comportamento do parceiro compreendam que ser vulnerável também pertence a elas (SILVA; VARGENS, 2015).

A saúde sexual é parte fundamental da avaliação geral de saúde de qualquer pessoa. Desse modo, conhecer a história sexual e identificar as vulnerabilidades é fundamental para uma abordagem centrada na pessoa, permitindo assim conhecê-la como um todo. Essa investigação deve ser estruturada para identificar os fatores de vulnerabilidade relacionados à saúde sexual, reconhecendo práticas e comportamentos sexuais e também oportunidades para intervenções breves de mudança comportamental (CLUTTERBUCK *et al.*, 2018).

Ademais, sabe-se que a vulnerabilidade do sujeito ou do grupo revela as desigualdades existentes no acesso a um atendimento de qualidade e abrangente ligado à promoção de saúde. Muitas das intervenções voltadas para a melhoria da saúde dessa população têm fracassado por possuírem um foco estreito e isolado, resultando, quase sempre, na redução de sua eficácia e eficiência. As práticas promotoras de um cuidado integral, equânime, humanizado, são condutas essenciais para contribuir com a redução das ISTs entre

as mulheres, já que o comportamento sexual não pode ser isolado de influências sociais, econômicas e culturais mais amplas que norteiam a vida do indivíduo (CHAVES *et al.*, 2019).

Nesse contexto, faz-se importante ampliar ações englobando programas de promoção à saúde que seja cada vez mais eficazes e resolutivos com o desafio e a obrigação moral e ética de torná-las acessíveis a todos, principalmente, para os segmentos especialmente vulneráveis como é o caso das mulheres. Os profissionais de saúde devem ser desafiados não só a fornecer educação específica para as mulheres, mas também articular espaços que possibilitem a troca de saberes e práticas sobre a sua sexualidade. Esse seria um caminho para diminuir tal vulnerabilidade.

Infere-se, portanto, que o êxito das ações de educação sexual não depende somente da implantação de políticas e projetos de prevenção e promoção à saúde. Há que se pensar em estratégias de orientação sexual, que dialoguem com as realidades de vida das mulheres, atentando para as relações dos elementos sujeito e social, que tencionam a situações de precariedade e empoderamento, e em conjunto assumem varias nuances, que potencializam ou fragilizam os processos de VS (FLORÊNCIO, 2018).

5.5.2 Relacionamentos estáveis: grupos de riscos ou proteção?

As percepções reveladas nos discursos das entrevistadas refletem que a vulnerabilidade às ISTs das mulheres em relacionamentos estáveis estão ancoradas a grupos de risco e proteção. Mais uma vez, comportamentos considerados não desviantes são excluídos do pensamento crítico da mulher em relação à vulnerabilidade para contrair IST, formando a ideia de que existem grupos de risco e que não se enquadram neste perfil.

Destaca-se como um ponto importante para discussão à baixa percepção de risco entre a maioria das participantes, fator que torna o relacionamento estável um cenário crítico no contexto de vulnerabilidade às ISTs, pois, geralmente, não há adoção de comportamentos protetores. Para Ayres et al. (2006), a percepção de risco e o desenvolvimento emocional são considerados elementos da vulnerabilidade individual.

Verificou-se que a maioria das participantes acredita que os relacionamentos estáveis promovem segurança as mulheres, “protegendo-as” de serem acometidas por IST, com depoimentos de cunho conservador que exclui do risco as mulheres que são monogâmicas com a vida regrada, inclusive percebe nessa relação à garantia para a fidelidade do parceiro. Muitos estudos têm apontado este mesmo padrão de comportamento sexual, cuja base é o

modelo monogâmico com pressuposição de fidelidade dos parceiros, intimidade construída durante os anos de convívio e o comodismo adotado pelo casal em seus hábitos sexuais (GARCIA *et al.*, 2015):

“Não tem risco, só se caso houver a traição, sem o preservativo, só mesmo, tipo uma candidíase, essas coisas, que hoje em dia não é mais considerado DST (...). A gente tem uma união estável, com certeza ele não teria coragem de ir para outra parceira (...).” (Hortência).

“Na minha opinião, não tem não, porque está só com aquela pessoa, não faz sexo com outras pessoas, eu acho assim né, na minha opinião.” (Yasmim).

“Ela só tem risco, se outro não brincar né, se o homem não gostar de namorar por fora, aí ela tem. Agora se ele for mesmo só com ela, acho que não tem não (...).” (Áster).

De acordo com o imaginário das pessoas, a monogamia é considerada um fator de proteção a IST, uma vez que diminui a exposição a uma multiplicidade de parceiros, reduzindo as chances de contaminação. Quanto maior o tempo de convivência, maior a intimidade para uma negociação aberta à proteção contra as ISTs, como também se pode pensar que, quanto maior esse tempo, maior o sentimento de confiança e o abandono das medidas de proteção, isso é atribuído a códigos morais, onde o casamento ou relacionamento estável é apresentado como fator imunizante às doenças (GARCIA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2015).

Mulheres que vivem casadas ou em união estável, em geral, têm baixa percepção de vulnerabilidade por creditar nesses laços afetivos fator de proteção e em decorrência não adotam um comportamento sexual seguro, colocando-as em situações de vulnerabilidade em relação às ISTs. Portanto, esse sentimento de proteção limita a mulher a questionar-se sobre sua vulnerabilidade, e se acometidas por essas infecções, favorece a falta de diagnóstico precoce, impede que o tratamento seja iniciado, contribuindo para as complicações advindas do agravo, além de perpetuar a transmissão (DE LIMA *et al.*, 2016; PINTO *et al.*, 2018).

No tocante àquelas que consideram como “grupos de risco”, observou-se que algumas afirmaram que possuir uma vida sexual ativa já é motivo suficiente para serem vulneráveis às ISTs, mesmo tendo uma relação estável, contudo não tiveram o discernimento de que esta consciência esta atrelada ao fato da dificuldade para se adotar práticas sexuais seguras:

“Eu acho que tem, não sei porque, mas eu acho que tem, porque tem relação ali direto, e de alguma forma transmite, num sei, mesmo ela tendo uma relação estável, eu acho que tem.” (Camélia).

“(...) Ela pode ser transmitida por ele, por alguma bacteriazinha mesmo ela tendo uma relação só com ele.” (Magnólia).

Foi perceptível que entre aquelas que percebem o relacionamento estável como um grupo de risco para contrair IST, atrela este ao comportamento do “outro”, no caso aqui o parceiro, como sendo o principal responsável por colocá-las em situação de vulnerabilidade a essas infecções, pois se sentem inseguras quanto à fidelidade do companheiro e reconhecem que muitas vezes, não é possível conhecer a situação de saúde sexual dele, embora se estabeleça um vínculo afetivo-sexual na relação conjugal. A mulher confia em sua monogamia, porém essa é uma conduta a ser praticada pelo casal, pois a segurança de um não assegura a do outro. Essa condição pode ser identificada pelas falas a seguir:

“No caso ai é perigoso né, ninguém sabe com quem ele fica né, ela num vai saber, e também ninguém vai acreditar também (,,)”. (Yasmim).

“(...) homem é sem vergonha né, as vezes o homem que vive ali junto com a pessoa mesmo, nunca fica só com nos mermo, sempre tem os pulinhos fora. (...) eu acho que sim, por que a gente nunca sabe né, a gente as vezes conhece a pessoa né, mora dentro de casa com a pessoa e as vezes a gente não sabe a situação de saúde né (...).” (Gardênia).

Houve mulheres que realçaram os relacionamentos estáveis como grupo de risco pela naturalização existente das relações extraconjugais, cujos homens e mulheres não têm como fito uma relação construída, com base em preceitos morais de compromisso, respeito e fidelidade. Dessa forma, acredita-se ser fundamental valorizar, promover e incentivar o autoconhecimento, que implica conhecer a si próprio, os valores, os sentimentos, o modo de ver e viver a vida e as relações com os outros, para que seja possível a construção de um envolvimento afetivo saudável que contribua para o crescimento pessoal, superação de dificuldades e fortalecimento da autoestima (BRASIL, 2013):

“A maioria dos homens e as mulheres também se relacionam com outras pessoas, apesar de ser junto.” (Margarida).

Por tantas outras mulheres terem as mesmas percepções, acredita-se que as atividades de promoção de saúde sexual devem ser voltadas para o casal, a partir de estratégias efetivas e viáveis, que enfatizem as diferentes vulnerabilidades, alertando sobre os riscos de infecção e promovendo mudanças nas atitudes de ambos, como o respeito e proteção pela pessoa que ama ou que se relaciona.

A prevenção das infecções sexualmente transmissíveis entre as mulheres depende de sua conscientização sobre a existência de vulnerabilidades. Por conseguinte, a percepção de vulnerabilidade adequada contribuiria para evitar comportamentos e situações de risco, para além da adoção do uso consistente do preservativo (LOBO *et al.*, 2019).

5.5.3 Desconsideração da vulnerabilidade às ISTs: eu sei, mas não me importo!

Os resultados aqui expostos nessa subcategoria correspondem a elementos importantes das características, comportamento e contextos, que conduz as mulheres a uma desconsideração das vulnerabilidades, situação que limita a iniciativa delas a se prevenirem das ISTs. Tais informações são indicativas de um cenário inquietante, ao passo que as mulheres não incorporam em sua vida, atitudes protetoras de forma regular e consistente, mostrando a vulnerabilidade no que tange ao seu comportamento sexual e a outros determinantes sociais.

Ao adentrar no campo subjetivo das mulheres, envolto em seus discursos, percebeu-se uma estranheza revelada frente à problemática das ISTs, visto que algumas naturalizam as relações extraconjugais, seja do companheiro ou a própria. Resultado similar foi encontrado em uma pesquisa realizada por Figueiredo *et al.* (2013), em que a vulnerabilidade feminina também está associada a eventos extraconjugais, principalmente por parte dos homens, sendo que as mulheres sabem destes eventos de infidelidade e os aceitam por considerar como uma necessidade do sexo masculino e não efetivam a cobrança do uso do preservativo, contribuindo, assim, para a aquisição de uma IST:

“Ele não sabe que eu tenho relações por fora. “(...) quando eu vou atrás dum, que eu saio no meio do mundo atrás, já sabe que é atrás dessas coisas né.” (Áster).

“Não me importei não, porque se tivesse me importado eu não tinha voltado pra ele de novo. (...) que já aconteceu comigo sobre traição, sobre isso aí, eu costumo relevar né, eu relevei deixei pra lá. (...) não, ia se importar não, é assim no meu caso é assim, se fosse coisa que (...).” (Dália).

Aponta-se também que apesar de já terem sido acometidas por algum tipo dessas infecções e serem conscientes que podem reincidir se comportam com descuido, desconsiderando uma vida sexual segura. Em outros estudos foram verificadas as mesmas evidências em que as mulheres apresentam consciência do risco, mas não adotam medidas preventivas (COSTA *et al.*, 2013; LOBO *et al.*, 2019):

“Eu sei se qualquer coisa acontecer é por causa de mim mesmo porque eu não gosto.” (Margarida).

“Ai no caso que eu tenho relação com ele, não apareceu nele, mas com certeza o vírus esta nele também, porque a gente tem relação sem preservativo.” (Hortência).

“(...) porque eu sei que pode ocasionar dele transmitir pra mim, mas eu não me previno.” (Magnólia).

È indubitável ate mesmo o quanto algumas mulheres pareceram imparciais a situação discutida, quando declaram não se importar em contrair novamente uma IST, priorizando a satisfação sexual do momento, o que não é possível com uso de preservativos; são conhecedoras que o parceiro é portador de doença sexual, mesmo assim mantinham relação desprotegida, inclusive houve aquelas que se abstinham do ato sexual com o parceiro, não por ele está com uma IST, mas pela impossibilidade relacionada a desconfortos deste, conforme se corrobora nos depoimentos:

“(...) Deu que ele tinha herpes genital (...). Porem entre agente não existe o uso do preservativo.” (...) quando ele estava com a feridinha não tive relações com ele, não tem como ter (...).” (Hortência).

“Ele estava sentindo isso, a gente passou um monte de dias sem ter nada porque ele não estava aguentava fazer, porque ele estava muito dolorido.” (Magnólia).

Outra realidade observada e divergente da supracitada são aquelas mulheres, que embora exponha sentimento de medo mediante a possibilidade de se contaminar novamente

por uma IST, permanece com a mesma conduta, de persistir com o ato sexual desprovido de proteção:

“(...) Tenho medo de pegar outra doença, porque quando ele estava separado de mim ele pegou outras mulheres, e a gente não usa camisinha” (Yasmim).

Evidenciou-se que a confiança no parceiro, é indiscutivelmente um elemento que condiciona sobremaneira as mulheres a se envolverem cada vez mais num emaranhado de situações que aumenta as probabilidades de recorrências dessas infecções em suas vidas, pois viver convictas na fidelidade do companheiro contribui para que elas desconsiderem totalmente a adoção de práticas sexuais seguras. Entre as mulheres entrevistadas a palavra confiança se reveste de outro sentido, que não necessariamente seria acreditar na fidelidade, mas a crença na prevenção do parceiro em caso de relações extraconjugais:

“É altamente fiel, tenho certeza disso (...) e principalmente, por ele ter medo por já estar passando por isso ele não ia sem o preservativo, claro que não porque a gente conversa realmente sobre isso sobre isso.” (Hortência).

“Eu acho que ele é (...), ele disse que não quer outra fora eu, só quer eu. Várias vezes já veio pra ele, mas ele disse que não quer.” (Áster).

“(...) é claro que eu confio muito nele, eu confio demais (...). Eu acho que se ele tivesse tido alguma coisa ele teria me dito. Ele sempre me fala tudo.” (Camélia).

“(...) acho que é porque eu confio demais nele, se eu tiver pegado dele foi de muito tempo atrás, já vem guardado (...).” (Gardênia).

Garcia et al. (2015) encontraram realidade parecida em uma pesquisa realizada com o objetivo de compreender o processo de vulnerabilização de segmentos populacionais específicos. Segundo eles, uma das motivações declaradas pelas mulheres para não se protegerem é a confiança no parceiro, já que a convivência e a intimidade construídas na relação parecem afastar o risco de contágio para IST. Também foi identificado que a expressão confiança é interpretada pelas mulheres como a atitude preventiva do marido em seus possíveis relacionamentos extraconjugais.

Indiscutivelmente a confiança é uma convicção, mas não confere uma garantia que não aconteça uma traição haja vista que os relacionamentos se desgastam e pessoas

interessantes ao outro pode se constituir em uma oportunidade de quebra de rotina afetiva, A mulher pode confiar companheiro e ele em outra pessoa, assim o ciclo de contaminação se perpetua. Portanto, as mulheres acabam por desconsiderar sua vulnerabilidade, ao depositar segurança em seus relacionamentos, se expondo aos riscos, se não houver fidelidade por parte dos seus parceiros.

Em contraponto, constatou-se que outro fator imbricado a desconsideração da sua vulnerabilidade é o fato das mulheres desconhecerem a situação de saúde sexual do parceiro, conquanto devesse reprimir determinados comportamentos, já que naturalmente o desconhecido acarreta sentimentos de insegurança, incerteza, receio mediante as circunstancias iminentes de possível exposição a perigo. Assim, pode-se confirmar nos recortes das falas abaixo:

“(...) fiz relação com ele sem saber que ele tinha doença.” (Yasmim).

“Sei não, conheço não. Ele disse que pegou quando era rapaz e deu foi trabalho para ficar bom (...).” (Áster).

“Não. Não sei. (...).” (Magnólia).

A mudança de comportamentos não é caracterizada pela prática pontual, mas regular, quando internalizada pelo indivíduo em seu cotidiano. Quando não há a produção de um comportamento realizado de maneira consciente e não instintiva, as vivências dos sujeitos podem sinalizar um processo destrutivo e conseqüentemente potencializador da VS, uma vez que tem um de seus atributos fragilizados construídos a partir da não opção pelo autocuidado e adesão, estilo de vida não saudável, práticas de risco à saúde, rotina e cotidiano automatizado e comunicação inefetiva (FLORÊNCIO, 2018).

Desse modo, a compreensão das situações que expõe as mulheres a maior vulnerabilidade proporcionará subsídios relevantes à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde sexual, a partir de estratégias específicas, sólidas e de longo prazo que atuem para a transformação e a incorporação de hábitos sexuais saudáveis, de forma prazerosa a seu estilo de vida (FONTES *et al.*, 2017).

Além das situações referidas, às falas reportam que a desconsideração da vulnerabilidade também está relacionada a atitudes do parceiro, que geralmente não se percebem como vulneráveis às ISTs, logo são irredutíveis quando o assunto é relação sexual com proteção. Esse comportamento do parceiro contribui para dificultar as iniciativas de prevenção baseadas principalmente na noção de sexo mais seguro, já que o uso do

preservativo é mais controlado pelo homem, o que deveria ser uma cooperação mútua entre os casais. As falas transparecem essa realidade:

“(...) ele sempre disse que não tem doença nenhuma.” (Yasmim).

“(...) mas ele disse que não pega nada (...). Ele disse que não em medo de morrer. (...) Os homens dizem que não tem doença, não tem nada. Uma coisa que ele não quer de jeito nenhum é usar a camisinha (...).” (Áster).

“(...) ele até disse: oh eu te disse que no meu caso não tem nada.” (Dália).

Pesquisa realizada com mulheres em outro estado do nordeste, demonstrou que a adoção do preservativo depende da concordância masculina, o que é um percalço à prevenção, já que eles não gostam de métodos de barreira, por acreditarem que estes interferem no prazer sexual. Nesse contexto, acredita-se que a inclusão do homem em estratégias preventivas se constitui um ponto de mudança positiva ao enfrentamento dessas doenças, já que seu comportamento atinge diretamente a companheira (ANDRADE *et al.*, 2015).

O direito de livre escolha e autonomia das mulheres torna-se minguado ou mesmo inexistente ante a recusa do uso do preservativo pelo parceiro. Diante desta limitação as mulheres se arriscam nas relações ao se submeterem a esta recusa, não considerando as vulnerabilidades a qual estão expostas (RUFINO *et al.*, 2016).

O conhecimento associado ao uso do preservativo constitui uma alternativa eficaz de prevenção das ISTs pela via sexual, entretanto por envolver inúmeros aspectos socioculturais, a negociação do sexo seguro é restrita, pois ainda que as mulheres compreendam sua vulnerabilidade, muitas delas sabem que seu poder para reduzir ou eliminar o risco é limitado pelo parceiro, e outras ainda tratam a confiança e a fidelidade como elementos vinculados à proteção (RODRIGUES *et al.* 2012).

Nos processos de vulnerabilidade em saúde, a relação de poder entre o sujeito e o social é um campo aberto de respostas, reações, resultados, e possíveis invenções, que podem resultar em condições de precariedade e empoderamento. As condições de precariedade envolvem situações de diferentes formas que representam uma esfera de iniquidades sociais, e assim acabam por reforçar as situações de VS. De outro modo, existe a possibilidade de transformar esses processos, por meio da vivência do empoderamento, uma vez que o sujeito pode obter meios para enfrentar e minimizar as situações de VS (FLORENCIO, 2018).

A ideia embutida nessa perspectiva é a de aprofundamento da democracia do ponto de vista individual e social, em que as pessoas são protagonistas de suas vidas e projetos. No processo de empoderamento as mulheres reconhecem que podem desenvolver um senso de si capaz de se autodefender, conquistar, avançar e superar não somente as adversidades, mas também obstáculos humanos comuns. É o ato de se apossar desses recursos internos que as tornam sujeitos ativos, autônomos e emancipados, do processo de suas existências, seja no exercício de uma conjugalidade igualitária, a prevenção ou tratamento de uma doença, a denúncia por maus tratos, a administração da sua sexualidade. No entanto, não basta que isso fique somente no plano individual, pois o se empoderar é relacional e depende das interações com o ambiente em que as mulheres estão circunscritas (VON MUHLEN; SALDANHA; STREY, 2014).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar nesta etapa da pesquisa, cabe tecer algumas considerações sobre os achados, buscando de modo sintetizado transmitir uma ideia geral das interpretações construídas a partir dos compilados de informações reportadas pelas mulheres, estas fundamentadas nos referenciais teóricos selecionados para estudo.

Enfatiza-se que a produção de conhecimento sobre a realidade da população feminina possibilitou identificar aspectos inerentes à subjetividade das mulheres, que estão envoltos por suas determinações individuais, históricas, socioeconômicas e culturais, e nesse contexto compreendeu-se os fatores que limitam a capacidade delas na tomada de decisão relacionada à sua saúde sexual, e predispõe o aumento da vulnerabilidade as infecções sexualmente transmissíveis. Portanto, foi possível compreender a vulnerabilidade em sua dimensão individual e social, levando em consideração a correlação das duas dimensões conceituais.

A pesquisa permitiu constatar que as mulheres possuem um conhecimento fragilizado sobre a IST, com conceitos errôneos relacionados principalmente a transmissão e a prevenção dessas infecções, fator condicionante para as práticas sexuais desprotegidas. As pesquisadas, embora tenham informações sobre a importância do preventivo, vivenciam sua sexualidade desprovida de proteção, em algumas circunstâncias por iniciativa própria, e em outras relacionadas ao medo da reação do parceiro e por dependência econômica deste. Tal prática latente predispõe as mulheres à maior situação de vulnerabilização.

Associada a estas questões, a hegemonia masculina retrai as mulheres em posição de submissão, refletindo a forte influência de gênero nas relações afetivas conjugais, não lhe dando o direito de livre escolha sobre sua vida sexual e reprodutiva, situação esta que dificulta o diálogo, a negociação de uma relação sexual segura, além de contribuir para que a mulher não se reconheça como um sujeito de direitos sexuais e reprodutivos, fazendo com elas se exponham cada vez mais ao risco de reinfecções bem como a possibilidade de manutenção da cadeia de transmissão das IST. Portanto, a naturalização desse modelo de gênero pode causar impacto à saúde, pois para cumprir os padrões do que é ser mulher, é preciso desempenhar uma prática sexual que, por vezes, lhes é nociva do ponto de vista de vulnerabilidade as IST e à própria vida.

Constatou-se a baixa percepção da mulher em relação às vulnerabilidades à IST, situação que as levam a se sentirem protegidas e limitam a sua consideração de

vulnerabilidade para realizar ações concretas de prevenção, fortalecendo assim as VS. Elas acreditam que a possibilidade de adquirir IST está vinculada a comportamentos considerados desviantes, sendo provável apenas na vida de quem não vivencia um relacionamento estável, perpetuando ideias sobre tais doenças que já deveriam ter sido desconstruídas.

Diante dos resultados encontrados, o principal desafio é traduzir as soluções para a superação dos diferentes contextos de vulnerabilidade das mulheres às IST, a partir da elaboração de políticas efetivas e ações concretas que assegurem o acesso aos programas de promoção e prevenção, disponíveis no sistema de saúde, com garantia de uma assistência holística e integral para a saúde da mulher. É necessário reorientar os serviços da APS a fim de que os profissionais e gestores percebam que questões políticas, sociais, culturais, econômicas permeiam as situações de vulnerabilidade a que as mulheres estão expostas no que diz respeito às IST.

Nesse cenário, vale ressaltar que é fundamental analisar o papel dessa mulher enquanto sujeito ativo no processo de promoção da saúde, tanto a nível individual quanto a social, uma vez que, de posse de condições de educação e de saúde, esta possa elaborar representações que orientem os seus conhecimentos, comportamentos, e suas práticas, e dessa forma a torne menos vulnerável às IST. Concluindo que para efetivação do princípio da integralidade, devem-se fomentar os processos dialógicos entre os atores envolvidos na busca de soluções das vulnerabilidades encontradas.

Partindo do princípio de que a identificação das necessidades em saúde propicia o enfrentamento das vulnerabilidades relacionadas ao universo das atividades sexuais, com maior propriedade e conhecimento, é extremamente salutar repensar nossas práticas profissionais junto às populações tradicionais, através da escuta sensível, possibilitando que a mulher seja protagonista de sua saúde, o que fortalecerá políticas públicas inerentes a suas realidades e vulnerabilidades.

Considera-se que essa pesquisa contribuirá para nortear o planejamento de ações de prevenção, não limitadas somente ao repasse de informações, mas a troca de saberes, crenças e valores vinculados à forma pelo qual a mulher vive sua sexualidade; sensibilização e o preparo dessas mulheres para tomar decisões acertadas e modificar comportamentos que possam trazer vulnerabilidades. Ademais, para o adequado planejamento do cuidado se constitui como imprescindível conhecer primeiramente os sujeitos para os quais este será direcionado e, principalmente, incluí-los na formulação de propostas e definição de prioridades.

Por fim, cabe destacar como limitações desse estudo o fato de que não se adentrou nos aspectos da vulnerabilidade social relacionados à situação programática, que corresponde às características e processos das instituições que ofertam serviços à população, principalmente aquele pertinente à saúde; fator que fundamentaria ainda mais os achados encontrados, de forma a contribuir com as lacunas existentes na APS, pois, acredita-se que para os serviços de saúde conseguir oferecer aquilo que a comunidade precisa, são necessárias avaliações contínuas dos processos de trabalhos e identificação de estratégias que garantam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, este estudo não esgota a compreensão da vulnerabilidade de mulheres às IST, dada a complexidade do assunto, logo se propõe a aplicação de pesquisas que tragam soluções para os equívocos encontrados entre os conhecimentos e percepções das mulheres quanto a sua vulnerabilidade as IST, as práticas de prevenção adotadas e as relações de gênero. Além disso, julga-se necessário o desenvolvimento de outros estudos, que possam investigar mais conceitos e subconceitos, e as relações estabelecidas pelas mulheres que envolvam os processos de vulnerabilidade em saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, S. S. D. C. et al. Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 49, n.3, p. 364-371, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000300002>. Acesso em: 10 set. 2019.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**. v. 23, n. 4, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-347.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; FRANÇA, J. I. Aids, vulnerabilidade e prevenção. In: **Seminário saúde reprodutiva em tempos de AIDS**. Rio de Janeiro RJ, 1997.
- AYRES J. R. C. M. Educational practices and the prevention of HIV/Aids: lessons learned and current challenges. **Interface _ Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n. 11, p. 1124. 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000200002>. Acesso em: 15 nov. 2018.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C; FRANÇA, J. R. I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde. Novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D; MACHADO, C, organizadores. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- AYRES, J. R. C. M; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Livro I. Curitiba: **Juruá Editora**. p. 9-22, 2012.
- AYRES, J. R.C.M. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: BARROS, S.; CAMPOS, P.F.S.; FERNANDES, J.J.S. (Orgs). **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. Barueri, SP: Manole, 2014.
- ARRAES, C. O.; PALOS, M. A.; BARBOSA, M. A.; TELES, S. A.; SOUZA, M. M.; MATOS, M. A. Masculinity, vulnerability and prevention of STD/HIV/AIDS among male adolescents: social representations in a land reform settlement. **Rev Lat Am Enfermagem**. v. 21, n. 6, p.1266-73, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3059.2363>. Acesso em: 17 set. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARBOSA, J. A G.; FREITAS, M. I. F. Vulnerabilidade em face das infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS nos roteiros sexuais de mulheres com transtornos mentais. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 15, n. 2, p. 217-224, 2011. Disponível em: [https://Downloads/v15n2a09%20\(2\).pdf](https://Downloads/v15n2a09%20(2).pdf). Acesso em: 15 nov. 2018.

BASTOS, D. C.; PAIVA, M. S.; CARVALHO, E. S. D. S.; RODRIGUES, G. R. S. Representações sociais da vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo HIV/aids. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 3, p. 330-336, 2013. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7515>. Acesso em: 10 out. 2018.

BESERRA, P. J. F.; NÓBREGA, M. M. L.; NOGUEIRA, J.A.; BITTENCOURT, G. K. G. Produção sobre vulnerabilidades de mulheres ao HIV/aids: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Pesqui Cuid Fundam** [online]. V. 7(supl.), p. 105-118, 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5618306>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BONILHA, A.L.L; OLIVEIRA, D. L. L. C. A entrevista na coleta de dados. In: LACERDA, M. R; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da Pesquisa para Enfermagem e Saúde: da teoria à prática**. 1 ed. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016. p. 423-432.

BLACK, M. P. et al. Toward automating a human behavioral coding system for married couples' interactions using speech acoustic features. **Speech Communication**. v. 55, p. 1–21. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.specom.2011.12.003>. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres/Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids**. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/c_d0419.pdf. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Presidência da República, Secretaria Especial de Políticas para as mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres** [Internet]. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2008a. Acesso em: 10 out. 2018. Disponível em: <http://www.observatoriodegenero.gov.br/eixo/politicas-publicas/pnpm/comite-de>.

BRASIL. Programa Nacional de DST E AIDS; Secretaria de Vigilância em Saúde; Ministério da Saúde. **Manual de Prevenção das DST/HIV/AIDS em Comunidades Populares**. 2008b. Acesso em: 10 out. 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_hiv_aids_comunidades.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/Aids** [Internet]. 2014. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/boletim-epidemiologico-2014>. Acesso em: 15 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Brasil reafirma compromisso pelo fim de epidemias até 2030**. Brasília: MS; 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais e IST. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. v. 20 – Brasília: 2017a.. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/387532>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, **Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais trabalhadores e gestores de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais e IST. **Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais**. v. 49, n. 31– Brasília: 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2018>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais e IST. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**, v 48, nº 01– Brasília: 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Local. 2018 c. Disponível em: http://www.saude.gov.br/sinan_net. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **I Simpósio de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina e Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde do Homem: relatório final** [recurso eletrônico], Brasília, 127 p. 2018d. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/simposio_saude_sexual_reprodutiva_encontro_nacional.pdf. Acesso em: 17 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 248 p. Disponível em: http://Downloads/pcdt_ist_fnal_24_06_2019_web.pdf. Acesso em: 18 set. 2019. Acesso em: 18 set. 2019.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00101417, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00101417>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CARVALHO, P. M. R. S.; GUIMARÃES, R. A.; MORAES, P. Á.; TELES S. A.; MATOS, M. A. Prevalência de sinais e sintomas e conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 95-100, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3070/307035336016.pdf>. Acesso em: 14 set. 2019.

CAVALCANTE, A. E. S.; SILVA, M. A. M.; RODRIGUES, A. R. M.; NETTO, J. J. M.; MOREIRA, A. C. A.; GOYANNA, N. F. Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 24, n. 4, p. 239-245, 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012>. Acesso em: 10 nov. 2018.

CAVALCANTE, E. G. F.; MIRANDA, M. C. C.; DE LIMA, I. C. V.; GALVÃO, M. T. G.; Notificação de parceiros sexuais com infecção sexualmente transmissível e percepções dos notificados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 50, n. 3, p. 450-457, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0450.pdf. Acesso em: 18 set. 2019.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). Perfil Básico Municipal: Tururú. Fortaleza, 2016.

CEARÁ. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará – Ano 2018. **Boletim Epidemiológico das IST, HIV/Aids e Hepatites Virais**. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/boletins>. Acesso em: 02 dez. 2018.

CIRIACO, N. L. C.; PEREIRA, L. A. A. C.; CAMPOS-JÚNIOR, P. H. A.; COSTA, R. A. A importância do conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) pelos adolescentes e a necessidade de uma abordagem que vá além das concepções biológicas. **Revista Em Extensão**, v. 18, n. 1, p. 63-80. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/REE-v18n12019-43346>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CHAVES, A. C. P. et al. Vulnerabilidade à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana entre mulheres em idade fértil. **Rev Rene** [online]. v. 20, n. 1, p. e40274-e40274, 2019. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/40967/1/2019_art_acpchaves.pdf. Acesso em: 18 set. 2019.

COSTA, A. C. P. D. J.; LINS, A. G.; ARAÚJO, M. F. M. D., ARAÚJO, T. M. D.; GUBERT, F. D. A.; VIEIRA, N. F. C. Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em imperatriz-maranhão. **Rev. gaúch. Enferm.** v. 34, n. 3, p. 179-186, 2013.

COSTA, F. M. D.; MENDES, A. C. F.; MARIA, D. C.; SANTOS, J. A. D.; COSTA, G. M. D.; CARNEIRO, J. A. A percepção feminina quanto à vulnerabilidade de se contrair DST/AIDS. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 12, n. 2, p. 880-889, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1744>. Acesso em: 10 out. 2018.

COSTA, S. P. et al. Saberes e representações de vulnerabilidade para DST/HIV/AIDS por jovens universitárias. **ID ON LINE REVISTA MULTIDISCIPLINAR E DE PSICOLOGIA**. v. 10, n. 31, p. 25-42, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v10i31.483>. Acesso em: 02 out. 2019.

CLUTTERBUCK, D. J; ASBOE, D.; BARBER, T. et al. United Kingdom national guideline on the sexual health care of men who have sex with men. **Int. J. STD AIDS**. v. 0, n. 0, p. 1-46, 16 jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0956462417746897>. Acesso em: 12 out. 2019.

CROSBY R. A. et al. Predictors of consistent condom use among young African American women. **AIDS Behav** [online]. v. 17, n. 3, p. 865-71, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1007/s10461-011-9998-7>. Acesso em: 20 set. 2019.

DATTILIO, F. M. **Manual de terapia cognitivo-comportamental para casais e famílias**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DAMASCENO, C. K. C. S.; SANTOS, F. T. G. D.; SILVA, D. M. F.; GUIMARÃES, N. L. M.; VERAS, J. M. D. M. F. Vulnerabilidade da mulher à infecção pelo vírus HIV. **Revista de Enfermagem UFPE** [online]. v. 11, n. 3, p. 1320-1325, 2017. Disponível em: <http://10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1103sup201701>. Acesso em: 10 out. 2018.

DE ARAUJO, J. L.; DE OLIVEIRA, J. G.; ALCHIERI, J. C.; PEREIRA, A. K. A. D. M.; DO NASCIMENTO, E. G. C.; DE VASCONCELOS, R. B.. Conhecimento e comportamento sexual dos universitários diante a vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 37, n. 3, p. 702-724, 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n3/a4470.pdf>. Acesso em: 14 set. 2019.

DE LIMA, I. M. B.; DE OLIVEIRA, A. E. C.; DE ANDRADE, J. M.; COÊLHO, H. F. C.; LIMA, K. S. Modelo de decisão sobre o uso de preservativos: Uma regressão logística

multinomial. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v. 10, n. 2, p. 67-80, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i2.1649>. Acesso em: 16 out. 2019

DE SOUZA, A. F.; COSTA, L. H. R. Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 61, n. 4, p. 343-350, 2015. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_61/v04/pdf/05- Acesso em: 17 set. 2019.

DIUANA, V.; VENTURA, M.; SIMAS, L.; LAROUZÉ, B.; CORREA, M. Direitos reprodutivos das mulheres no sistema penitenciário: tensões e desafios na transformação da realidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2041-2050, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015217.21632015>. Acesso em: 17 set. 2019.

DUARTE, M. T. C.; PARADA, C. M. G. L.; SOUZA, L. R. Vulnerability of women living with HIV/aids. *Rev Latino-am Enfermagem*. v. 22, n. 1, p. 68-75, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2837.2377>. Acesso em: 15 set. 2019.

EATON, L. A.; CAIN, D.N.; POPE H.; GARCIA J.; CHERRY C. The relationship between pornography use and sexual behaviours among at-risk HIV-negative men who have sex with men. **Sex Helth**. v. 9, n. 2, p. 166-170, 2012. Disponível em: <http://www.publish.csiro.au/sh/SH10092>. Acesso em: 14 set. 2019.

FAGUNDES, L. J; VIEIRA E. E. J. R.; MOYSES AC, DE LIMA FD, DE MORAIS F. R.; VIZINHO N.L. Sexually transmitted diseases in a specialized STD healthcare center: epidemiology and demographic profile from January 1999 to December 2009. **Anais brasileiros de dermatologia**. v. 88, n. 4, p. 523-9, 2013.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132149>. Acesso em: 05 nov. 2018.

FIGUEIREDO, L. G.; SILVA, R. A. R.; SILVA, I. T. S.; SOUZA, K. G. S.; SILVA, F. F. A. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo HIV e o comportamento preventivo. **Rev Enferm UERJ** [online]. v. 21(esp.2), p. 805-11, 2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a18.pdf>. Acesso: 02 out. 2019.

FONTES, M. B.; CRIVELARO, R. C.; SCARTEZINI, A. M.; LIMA D. D.; GARCIA A. A.; FUJIOKA R. T. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Cien Saude Colet** [online]. v. 22, n.4, p.1343-52, 2017 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401343>. Acesso em: 14 set. 2019.

FLORÊNCIO, R. S. **Vulnerabilidade em saúde: uma clarificação conceitual**. 2018. 148 f. Tese (Doutorado). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 148p, 2018.

FRANCISCO, M. T. R. et al. O uso do preservativo entre os participantes do Carnaval- perspectiva de gênero. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 106-113, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127744318015.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

GARCIA, S.; BERQUÓ, E.; LOPES, F.; DE LIMA, L. P.; DE SOUZA, F. M. Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. **E-book**. v. 2, p. 417-

447, 2015. Disponível em: <http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/ebook>. Acesso em: 02 out. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOMES, A. M. T.. A vulnerabilidade como elemento organizador do cuidado de enfermagem no contexto do HIV/Aids: conceitos, processos e representações sociais. **Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, 2011.

GUANILO, M. C. T. U.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis–DST e ao HIV: construção e validação de marcadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 48, p. 152-159, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600022>. Acesso em: 10 out. 2018.

GUANILO, M.C.T.U. **Construção e validação de marcadores da Vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na atenção básica à saúde**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 217 p. 2012. Disponível em: <http://10.11606/T.7.2012.tde-08012013-115000>. Acesso em: 10 out. 2018.

HANKIVSKY O. Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. **Soc sci med** [Internet]. v. 74, n. 11, p. 1712-20, jun, 2012. Disponível em: <http://dx.doi: 10.1016/j.socscimed.2011.11.029>. Acesso em: 17 set. 2019.

HERMIDA, P. M. V.; MARÇAL, C. C. B.; EBSSEN, E. S.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; MEIRELLES, B. H. S. Educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, 2016. Disponível em: DOI: 10.18471/rbe.v30i2.15726. Acesso em: 10 set. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociais Municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico** [Internet]. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>. Acesso em: 10 out. 2018.

JESUS, G.J.; OLIVEIRA, L.B.; SOUZA C. J.; QUEIROZ A. A. F. L.; GIR E.; REIS R. K. Difficulties of living with HIV/aids: Obstacles to quality of life. **Acta Paul Enferm** [online]. v 30, n. 3, p. 301-7, 2017. Disponível: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307053015014>. Acesso em: 20 set. 2019.

KUROKAWA, N. E. et al. Imaginário social sobre o SUS e vulnerabilidade de homens ao acesso a diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. v. 10, n. 1, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v10i1.1041>. Acesso em: 17 set. 2019.

LÉVINAS, E. **Ética e Infinito**. Edições 70, Lisboa, 2013

LIMA, C. A.; DESLANDES S.F. Sexual violence against women in Brazil: achievements and challenges of the health sector in the 2000. **Saúde Soc.** [online]. v. 23, n. 3, p.787-800, 2014.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0787.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

LOBO, L. M. D. G. A.; ALMEIDA, M. M.; DOS SANTOS, T. S.; BRUNO, W.; MORAES, S.; DE FREITAS, D. E. S.; OLIVEIRA, F. B. M. Vulnerabilidade feminina para infecções sexualmente transmissíveis durante visita íntima. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 11, n. 8, p. e653-e653, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e653.2019>. Acesso em: 14 set. 2019.

LOGIE, C. H.; OKUMU, M.; RYAN, S. YEHDEGO, D. M.; LEE-FOON, N. Adapting and pilot testing the Healthy Love HIV and sexually transmitted infection prevention intervention with African, Caribbean and Black women in community-based settings in Toronto, Canada. **Int J STD AIDS** [online]. v. 29, n. 8, p.751-9, 2018. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1177/0956462418754971>. Acesso em: 18 set. 2019.

LUNA I.T; COSTA A.G.M.; COSTA M.S.; ALVES M.D.S.; VIEIRA N.F.C. Conhecimento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes em situação de rua. **Cienc Cuid Saude** [online]. v. 12, n. 2, p. 46-55, abr-jun, 2013. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18693/pdf>. Acesso em: 14 set. 2019.

MAKSUD, I. Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 28, p. 1196-1204, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2012.v28n6/1196-1204/pt>. Acesso em: 18 set. 2019.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e Aids. In: Parker R, organizador. **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p.276- 300.

MARTINS, D. C.; PESCE, G.B.; DA SILVA, G.M.; FERNANDES, C.A.M. Comportamento sexual e de saúde entre mulheres de apenados: estudo exploratório. **Brazilian Journal of Nursing** (online). vol. 17, n. 1, p. 43, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2568.3043>. Acesso em: 15 set. 2019.

MEDEIROS, T. F. R. D.; SANTOS, S. M. P. D.; XAVIER, A. G.; GONÇALVES, R. L., MARIZ, S. R.; SOUSA, F. L. P. D. Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 37, n. 2, 2016. Disponível: (<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n2/0102-6933-rgenf-1983-144720160257350.pdf>). Acesso em: 14 set.2019.

MENDÈS-LEITE, R. " Identité et altérité. Protections imaginaires et symboliques face au VIH/sida ": communication au Vè Congrès Ibéro-américain de recherche qualitative en santé, Université de Lisbonne, Francia: 2012. Disponível em: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/hal-00968352>. Acesso em: 14 set. 2019.

MENESES, M. O. et al. O perfil do comportamento sexual de risco de mulheres soropositivas para sífilis. **Rev. enferm. UFPE** [on line]. v. 11, n. 4, p. 1584-1594, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/15226/17989>. Acesso em: 02 out. 2019.

MICHAELS. Dicionário brasileiro da língua portuguesa. **Vulnerabilidade**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/VULNERABILIDADE/>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13.ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIRANDA, A. E.; FIGUEIREDO, N. C.; PINTO, V. M.; PAGE, K.; TALHARI, S. Risk factors for syphilis in young women attending a family health program in Vitória, Brazil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 1, p. 76-83, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000100009>. Acesso em: 10 ago. 2019.

MIRANDA, A.E.; RIBEIRO, D.; REZENDE, E.F.; PEREIRA, G.F.M.; PINTO, V.M.; SARACENI, V. Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2007. **Cien Saude Colet**. v. 18, n. 2, p. 489-497, 2013. disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232013000500020&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 10 ago. 2019.

MOTTA, M.G.C.; DIEFENBACH, G.D.F. Dimensões da vulnerabilidade para as famílias da criança com dor oncológica em ambiente hospitalar. **Esc Anna Nery**. v.17, n.3, p.482-90, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300001>. Acesso em: 15 nov. 2018.

MOURA, D.S.; PESSOA R.M.C.; ALMEIDA M.M. Sexualidade na terceira idade: uma discussão acerca das medidas de prevenção do HIV/AIDS. **ReonFacema**. v. 3. n.1, p.407-415, Jan-Mar, 2017. Disponível: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/135>. Acesso em: 14 set. 2019.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 319-324, 2007.

NASCIMENTO, E. G. C. D.; CAVALCANTI, F.; ABRANTES, M.; ALCHIERI, J. C. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do brasil. **Revista de Salud Pública**, v. 19, p. 39-44, 2017.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela Enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008.. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>. Acesso em: 15 nov. 2018

NICHIATA, L. Y. I. et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. spe2, p. 1769-1773, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800023>. Acesso em: 15 nov. 2018.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social?. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**. v. 11, n. 2, 2012. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12173/8639>. Acesso em: 15 nov. 2018.

OLIVEIRA MATOS, S. D.; DE FRANÇA OLIVEIRA, T. M.; DA COSTA ANDRADE, S. S. Comportamento de risco e autopercepção de vulnerabilidade às ist e aids entre mulheres. **Revista de enfermagem UFPE** [online]. v. 10, n. 1, p. 137-142, 2016. Disponível em: <http://10.5205/reuol.8423-73529-1-RV1001201618>. Acesso em: 10 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Tradução: B&C Revisão de Textos Ltda – ME. Genebra: OMS; 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf. Acesso em: 17 set. 2019.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 19, p. 237-250, 2015. Disponível em: <http://10.1590/1807-57622014.0436>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PACE, G. T., SHAFER, K., JENSEN, T. M.; LARSON, J. H. Stepparenting issues and relationship quality: The role of clear communication. **Journal of Social Work**. v. 15, n. 1, p. 24-44, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1468017313504508>. Acesso em: 18 set. 2019.

PANOBIANCO, M. S.; LIMA, A. D. F, OLIVEIRA, I. S. B, GOZZO, T. O. O conhecimento sobre o HPV entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem. **Texto Contexto Enferm** [online]. v. 22, n. 1, p. 201-7, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_24.pdf. Acesso em 14 set. 2019.

PARANHOS, R. F. B.; PAIVA, M. S.; CARVALHO, E. S. D. S. Vivência sexual e afetiva de mulheres com incontinência urinária secundária ao HTLV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29. 1, pp.47-52, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600007>. Acesso em: 18 set. 2019.

PINTO, V. M.; BASSO, C. R.; BARROS, C. R. D. S.; GUTIERREZ, E. B. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, p. 2423-2432, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.20602016>. Acesso em: 10 out. 2018.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico** / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

POLIT, D.F; BECK, C.T.; HUNGLER B.O. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RAWRE, J. et al. Sexually transmitted infections: Need for extragenital screening. **Indian journal of medical microbiology**. v. 36, n. 1, p. 1, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24068122>. Acesso em: 10 out. 2018.

RODRIGUES, L.S.A.; PAIVA, M.S.; OLIVEIRA, J.F.; NOBREGA S.M. Vulnerability of women in common-law marriage to becoming infected with HIV/AIDS: a study of social representations. **Rev Esc Enferm USP** [online]. v. 46, n. 2, p:349-55. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200012>. Acesso em: 10 out. 2018.

ROSSELÓ, F. A. T. radical vulnerabilidade do ser humano. In: _____. **Antropologia do cuidar**. Tradução Guilherme Laurito Summa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, p 57-68.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

RUFINO, É. C.; ANDRADE, S. S. C.; LEADEBAL, O. D. C. P., SILVA, F. M. C.; DOS SANTOS, S. H. Conhecimento de mulheres sobre IST/AIDS: intervindo com educação em saúde/Women's knowledge about sti/aids: working with health education. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 15, n. 2, p. 304-311.2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i2.26287>. Acesso em: 15 nov. 2018.

SÃO PAULO. Diretrizes para implementação da rede de cuidados em IST/HIV/AIDS – **Manual de Prevenção CRT – DST/AIDS**. CCD. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2017. Disponível em: www.crt.saude.sp.gov.br. Acesso em: 15 nov. 2018.

SANTOS, A.C. et al. Incidência de HPV em clientes soropositivo para HIV - uma revisão bibliográfica. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**. São Luís de Montes Belos v. 9, n. 2, p. 17-27, 2016. Disponível em: <http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/view/222/199>. Acesso em 14 set. 2019.

SANTOS, G. S. et al. Mídia virtual como apoio aos adolescentes com doença crônica que buscam informação em saúde. **Avances en Enfermería**. v. 35, n. 2, p. 121-130, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.59859>. Acesso em: 14 set. 2019.

SANTOS, K. M. M. S. et al. A Violência Doméstica Contra a mulher por companheiro e a Lei Maria da Penha. **Cadernos de Graduação Ciências Humanas e Sociais. UnitAracaju**, v.1, pág 79-86, 2014. Acesso dia 10 de outubro de 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows%207/Downloads/1259-4532-1-PB.pdf>. Acesso em 12 out. 2019.

SANTOS, J. L. G. D.; ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. D.; LANZONI, G. M. D. M.; MELO, A. L. S. F. D.; LEITE, J. L. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**. v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: <http://10.5935/1414-8145.20160056>. Acesso em: 15 nov. 2018

SANTOS, M.F. Concepções de mitos e relações com a saúde. **Bol Mus Int Roraima** [online]. v.8, n. 2, p. 53-60. 2014. Disponível em: <http://uerr.edu.br/bolmirr/wp-content/uploads/2014/12/BOLMIRR-v82-Santos.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saude Soc** [online]. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00602.pdf>. Acesso em: 15 nov.2018.

SILVA, B.C.; OLIVEIRA M.C. Percepções sobre sexualidade em relação às doenças sexualmente transmissíveis de pessoas adultas na atenção básica. *Rev Gespevida* [online]. v. 1, n. 1. P. 86-99, 2015. Disponível em: <http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida/article/view/68/42>. Acesso em: 14 set. 2019.

SILVA, C. M.; DA COSTA VARGENS, O. M. Aids como doença do outro: uma análise da vulnerabilidade feminina. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental** [online] v. 7, n. 4, p. 3125-3134, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750948001.pdf>. Acesso em: 02 set. 2019.

SILVA, C. M.; DA COSTA VARGENS, O. M. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200020>. Acesso em: 02 set. 2019.

SILVA, L. M. Direitos sexuais e reprodutivos femininos: Reflexões ao trabalho do assistente social no âmbito dos serviços de saúde pública. *In: II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social*, n. 2, 2017, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. **Anais eletrônicos [...]**. Santa Catarina: RI UFSC, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180089>. Acesso: 15 set. 2019.

SILVA, W. S.; OLIVEIRA, F. J. F.; SERRA, M. A. A. O.; ROSA C. R. A. A.; FERREIRA, A. G. N. Factors associated with condom use in people living with HIV/AIDS. **Acta Paul Enferm.** v. 28, n. 6, p. 587-92, 2015. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500096>. Acesso: 12 out. 2019.

SILVA, T. C. F. D.; SOUSA, L. R. M.; JESUS, G. J. D.; ARGOLLO, J. G. M.; GIR, E.; REIS, R. K. Fatores associados ao uso consistente do preservativo masculino entre mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Texto & Contexto-Enfermagem**. v. 28, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0124>. Acesso em: 18 set. 2019.

SOARES, J. P.; DE OLIVEIRA, A. C.; DA SILVA, D. M.; FREIRE, M. E. M.; DE ALMEIDA NOGUEIRA, J. Prevalência e fatores de risco para o HIV/AIDS em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 46, n. 4, p. 182-194, 2017. Disponível: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/viewFile/126/216>. Acesso em: 12 set. 2019.

SOUSA L.B.; CUNHA D.F.F.; XIMENES L.B.; PINHEIRO A.K.B.; VIEIRA N.F.C. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres acerca do uso do preservativo. **Rev. Enferm. UERJ** [on line]; v.19, n.1, jan/mar, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a24.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

SOUSA, R. M. R. B.; FROTA, M. M. A.; CASTRO, C.; SOUSA, F. B.; KENDALL, B. C.; KERR, L. R. F. S. Prostituição, HIV/Aids e vulnerabilidades: a “cama da casa” e a “cama da rua”. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 423-428, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700040242>. Acesso em: 12 out. 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE TURURU. **Plano de Ação Municipal**. Tururu, 2014.

SILVA, M. H.P. *Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática* [monografia]. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia; 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18346/1/Marcos%20Henrique%20Paraíso%20Silva.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2018.

TAQUETTE, S. R.; MEIRELLES, Z. V. Convenções de gênero e sexualidade na vulnerabilidade às DSTs/AIDS de adolescentes femininas. **Adolesc. Saude**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 56-64, jul/set 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/loray/Downloads/v9n3a08.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

TARANTOLA, D.; GRUSKIN, S. Human Rights approach to Public Health Policy. In: Heggenhougen K, Quah S, editors. **International Encyclopedia of Public Health**. San Diego: Academic Press; 2008. v. 3, p. 477-86.

TONG, A.; SAINSBURY, P. critérios Craig J. Consolidados para relatar pesquisa qualitativa (COREQ): uma lista de verificação de 32 itens para entrevistas e grupos focais. **Int J Qual Health**. v. 19, n. 6, p.349-357, 2007. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>. Acesso em: 15 nov. 2018.

VON MUHLEN, B. K.; SALDANHA, M.; STREY, M. N. Mulheres e o HIV/AIDS: intersecções entre gênero, feminismo, psicologia e saúde pública. **Revista Colombiana de Psicologia**. v. 23, n. 2, p. 3, 2014. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5016328>. Acesso em: 17 set. 2019.

VON MUHLEN, B. K.; SATTLER, M. Empoderando mulheres nas relações conjugais: rumo à satisfação conjugal. **Pensando famílias**. v. 20, n. 2, p. 192-201, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v20n2/v20n2a14.pdf>. Acesso em: 17 set. 2019.

WALDOW, V.R. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de transcendência. **Index Enferm**. v. 23, n. 4, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009>. Acesso em: 15 nov. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Strategy for Intervention and Control of Sexually Transmitted Infections**: 2006-2015. Geneva: WHO; 2007. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475>. Acesso em: out. 2018.

_____. **Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en/>. Acesso em: 10 out. 2018.

_____. **Sexually Transmitted Infections (STIs): The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html. Acesso em: 10 de out. de 2018.

____. **Sexually Transmitted Infections (STIs). 2015.** Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/news/stis-estimates-2015/en/>. Acesso em: 10 out. 2018.

WORKOWSKI, K. A.; BOLAN, G. A. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. **Recommendations and reports.** v. 64, n. RR-03, p. 1, 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>. Acesso em: 10 out. 2018.

APÊNDICE I – CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo Sr. (a),
Secretário Municipal de Saúde de Tururu – CE.

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“VIVÊNCIAS DE VULNERABILIDADES DE MULHERES ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**, a ser realizada com as mulheres adstritas ao território da UBS Otilha Feitosa da Silva e os enfermeiros atuantes na APS do município de Tururu - Ceará, pela pesquisadora Samy Loraynn Oliveira Moura, sob orientação da Profa. Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva, com objetivo de compreender as situações de vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis vivenciadas por mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS), necessitando por tanto ter acesso aos dados a serem colhidos em prontuários e outros documentos necessários para o desenvolvimento da pesquisa. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final desta pesquisa.

A aceitação está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta instituição, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Tururú, _____ de _____ de _____.

(Pesquisadora Responsável)

(Orientadora)

Secretário Municipal de Saúde de Tururu – CE

APÊNDICE II – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MULHERES

I – Dados de identificação

Nome:

Idade:

Tipo de união conjugal:

Anos de estudo:

Profissão/ocupação:

Renda familiar:

Número de parceiros nos últimos 3 anos:

IST e tempo do diagnóstico:

II – Roteiro

- VULNERABILIDADE INDIVIDUAL E SOCIAL

1. Você sente dificuldades em conversar com seu parceiro sobre as IST? Quais? Por quê?
2. Você considera importante o uso do preservativo? Por quê?
3. Você sente dificuldades em propor ao seu parceiro o uso do preservativo? Quais? Por quê?
4. Você se submete a uma relação sexual desprotegida com seu parceiro, sem conhecer a situação sexual dele, por coerção ou dependência econômica?
5. Qual a informação você tem sobre as IST? Sabe como se transmite e previne?
6. Você se acha vulnerável às IST? Se sim ou se não, por quê?
7. Você conhece a situação de saúde sexual do seu parceiro? Ele já foi acometido ou é portador de alguma IST?
8. Você acha que seu parceiro é fiel ao relacionamento? Se não, considera algo natural ou lhe causa insegurança?
9. Você acha que uma mulher com relacionamento estável, tem risco de ser acometida por uma IST? Se sim ou se não, por quê?
10. Você acha que tem liberdade para decidir sobre sua vida sexual e reprodutiva? Se não, por quê?

11. Você sente que a responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva do casal é somente sua? Se sim, por quê?
12. Você sente dificuldades em manifestar suas necessidades de atenção e afeto ao companheiro? Se sim, quais e por quê.
13. Você encontra satisfação na relação com o parceiro? Se sim, quais? Se não, por quê?

APÊNDICE III - CATEGORIZAÇÃO TEMÁTICA

CATEGORIAS INICIAIS E INTERMEDIÁRIAS

Não gosta de usar o preservativo	<i>A mulher nega-se a usar o preservativo</i>
Não sente prazer na relação sexual com uso do preservativo	
Apresenta reação adversa com uso do preservativo	
Não usa o preservativo pelo desejo de engravidar	
Não usa o preservativo por medo de rejeição do parceiro	<i>Relação sexual desprotegida por medo da reação do parceiro</i>
Não usa o preservativo por medo de prejudicar o relacionamento	
Não usa o preservativo por medo de chatear o parceiro	
Não usa o preservativo por medo de violência/ relacionada à profissão (profissional do sexo)	
Não usa o preservativo porque o parceiro é quem assume as despesas de casa	<i>Relação sexual desprotegida por dependência econômica</i>
Não usa o preservativo porque o parceiro sustenta a filha (de outro parceiro)	
Não usa o preservativo em virtude das suas condições de renda	
Utilização dos preservativos relacionados aos parceiros ocasionais	<i>Percepção sobre o uso preservativo</i>
Utilização do preservativo para outras finalidades	
Só percebe a importância do preservativo, após contrair IST	
Falta de percepção sobre os riscos do ato sexual desprotegido	
Atribui o uso do preservativo com o tamanho do órgão genital masculino	
Atribui uso do preservativo a contracepção	
Acredita que a ejaculação fora do órgão genital dispensa o uso do preservativo	
Acredita que preservativo ocasiona doenças	<i>Concepção sobre o preservativo</i>
Desconhecimento sobre o preservativo	
Mitos relacionados ao preservativo	
Conhecimento adequado sobre o preservativo	
Entende que a transmissão das IST é pela via sexual	<i>Conhecimento sobre a transmissão das IST</i>
Reconhece formas de contaminação além das vias sexuais	
Entende que a transmissão das IST é por meio do sangue do homem	
Entende que a transmissão das IST ocorre do homem para mulher	
Dúvidas quanto à transmissibilidade das IST	
Entende que a transmissão ocorre pelo contato com o sangue/ poros da pele	
Entende que a transmissão ocorre por sentar em locais quentes e usar roupas de outras pessoas	
Desconhecimento sobre a transmissão das IST	

Entende que a prevenção das IST é por meio do uso do preservativo	Conhecimento sobre a prevenção das IST
Entende que a prevenção das IST é por meio de consultas na UBS	
Entende que a prevenção é evitando o contato com o sangue de outras pessoas	
Dúvidas quanto à forma de prevenção das IST	
	Concepção sobre as IST
Entende que as IST é uma inflamação	
Entende que a IST é uma doença, que caso não tratada, pode ocasionar câncer de colo de útero	
Entende que o HPV é um vírus que não tem cura e que a recidiva esta relacionada com a imunidade	
Através da vivência da doença	
Dúvidas quanto ao conceito de IST	
Mitos relacionados à transmissão das IST	
Desconhecimento sobre o conceito de IST	Conhecimento sobre os tipos de IST
Conhecimento limitado sobre os tipos de IST	
	Medo de dialogar com parceiro sobre as IST
Dificuldade em dialogar sobre as IST por medo da reação do parceiro	
Medo de conversar sobre IST com o parceiro pela exposição e falta de sigilo do próprio	Dificuldade em dialogar com parceiro sobre as IST em virtude de sua reação
O parceiro interpreta que a mulher esta lhe acusando quando ela fala sobre as IST	
O parceiro culpabiliza a mulher quando ela fala sobre as IST	Falta de abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados às IST
Dificuldade em dialogar sobre as IST com o parceiro por este ser obstinado	
O parceiro não gosta de conversar sobre as IST	
Dificuldade de negociar o uso do preservativo com parceiros ocasionais	
Dificuldade de negociar o uso do preservativo com o seu parceiro	Autopercepção de vulnerabilidade
Sente-se vulnerável por ter facilidade em contrair IST	
Sente-se vulnerável por experiência anterior de IST	
Sente-se vulnerável por ter múltiplos parceiros	
Sente-se vulnerável por ter vida sexual ativa	
Sente-se vulnerável por não usar do preservativo	
Sente-se vulnerável por ter consciência da sua vulnerabilidade e permanecer com a mesma conduta	
Acredita que a sua vulnerabilidade esta relacionada a fatores biológicos	
Percebe-se como responsável pela sua vulnerabilidade	
Não se sente vulnerável	Percepção da vulnerabilidade relacionada ao parceiro
Sente-se vulnerável em virtude do parceiro nunca ter usado preservativo	
Sente-se vulnerável em virtude da situação sexual de saúde do parceiro	
Sente-se vulnerável por desconhecer a situação sexual de saúde do parceiro	

Sente-se vulnerável porque o parceiro não se cuida o	
Sente-se vulnerável pela insegurança quanto ao comportamento do parceiro	
Sente-se vulnerável pelas sujidades dos parceiros	
Vulnerabilidade relacionada a experiências anteriores com IST	<i>Significados/ sentidos da vulnerabilidade as IST</i>
Vulnerabilidade relacionada a relações com múltiplos parceiros	
Atribui a abstenção da relação sexual como imunidade as IST/ não ser vulnerável	
Reconhece que toda pessoa com vida sexual ativa é vulnerável	
	<i>Relação de poder no relacionamento</i>
Submissão da mulher na relação	
Violência da mulher na relação	
A mulher não tem liberdade de decisão sobre sua vida sexual e reprodutiva	
	<i>Falta de amorosidade do parceiro na relação</i>
Falta de afetividade do parceiro na relação	
Insatisfação na relação com o parceiro	
Dificuldades de manifestar suas necessidades de atenção e afeto	
	<i>A responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva conjugal recai sobre a mulher</i>
O parceiro se isenta de responsabilidades pela saúde sexual e reprodutiva do casal	
Sente-se culpada por ter contraído IST	
	<i>A percepção da mulher sobre a influência de gênero na relação conjugal</i>
Percebe a relação de poder relacionada ao gênero	
Percebe a responsabilidade pela saúde sexual relacionada a gênero/ autorresponsabiliza	
	<i>Percepção dos relacionamentos estáveis ancorados aos “grupos de riscos”</i>
Percebe os relacionamentos estáveis como grupo de risco pela naturalização das relações extraconjugais	
Percebe os relacionamentos estáveis como grupo de risco por ter vida sexual ativa	
Percebe os relacionamentos estáveis como grupo de risco pela infidelidade do parceiro	
Percebe os relacionamentos estáveis como grupo de risco pelo desconhecimento da situação de saúde sexual do parceiro	
	<i>Percepção dos relacionamentos estáveis ancorados aos “grupos de proteção”</i>
Percebe os relacionamentos estáveis como grupo de risco se houver traição sem o preservativo	
Percebe a união estável como garantia da fidelidade do parceiro	
Percebe os relacionamentos estáveis como grupo de risco se houver falta de autocuidado	

Abstinência sexual com o parceiro com IST, relacionada à dor. (Não porque ele estava com uma IST, mas em virtude da dor).	<i>A mulher desconsidera sua vulnerabilidade as IST</i>
A mulher se expõe a relações extraconjugais	
A mulher naturaliza o fato de o parceiro ter outras parceiras	
Não se preocupa em contrair IST	
Medo de contrair novamente IST e não se previne	
Não usa o preservativo, embora tenha sido contaminada por IST	
Tem consciência que pode contrair novamente uma IST, porém não se previne	
Sabe que o parceiro esta com uma doença sexual mesmo assim tem relação sem o preservativo	
Relação sexual com parceiros ocasionais sem o uso do preservativo	
Confiança no parceiro	
Des/conhecimento sobre a situação de saúde sexual do parceiro	
Os parceiros não se percebem como vulneráveis as IST	<i>A mulher desconsidera sua vulnerabilidade em virtude do parceiro</i>
Resistência dos parceiros em usar o preservativo	

CATEGORIAS FINAIS

<i>A mulher nega-se a usar o preservativo</i>	Porque elas não usam?: o olhar e as atitudes das mulheres frente ao preservativo
<i>Relação sexual desprotegida por medo da reação do parceiro</i>	
<i>Relação sexual desprotegida por dependência econômica</i>	
<i>Percepção sobre o uso preservativo</i>	
<i>Concepção sobre o preservativo</i>	
<i>Conhecimento sobre a transmissão das IST</i>	Conhecimento das mulheres sobre as IST: o preservativo é importante, mas não uso!
<i>Conhecimento sobre a prevenção das IST</i>	
<i>Concepção sobre as IST</i>	
<i>Conhecimento sobre os tipos de IST</i>	
<i>Medo de dialogar com parceiro sobre as IST</i>	Barreiras comunicacionais no relacionamento para dialogar sobre as IST
<i>Dificuldade em dialogar com parceiro sobre as IST em virtude de sua reação</i>	
<i>Falta de abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados às IST</i>	
<i>Autopercepção de vulnerabilidade</i>	Infecção contraída pelo ato sexual: vai acontecer comigo?
<i>Percepção da vulnerabilidade relacionada ao parceiro</i>	
<i>Significados/ sentidos da vulnerabilidade as IST</i>	
<i>Relação de poder no relacionamento</i>	Reconhecimento da mulher como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos: sou livre?
<i>Falta de amorosidade na relação</i>	
<i>A responsabilidade pela saúde sexual conjugal recai sobre a mulher</i>	
<i>A percepção da mulher sobre a influência de gênero na</i>	

<i>relação conjugal</i>	
<i>Percepção dos relacionamentos estáveis ancorados aos “grupos de riscos”</i>	Relacionamentos estáveis: grupos de riscos ou proteção?
<i>Percepção dos relacionamentos estáveis ancorados aos “grupos de proteção”</i>	
<i>A mulher desconsidera a vulnerabilidade as IST</i>	Desconsideração da vulnerabilidade as IST; eu sei, mas não me importo!
<i>A mulher desconsidera sua vulnerabilidade em virtude do parceiro</i>	

CATEGORIAS TEMÁTICAS

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DE MULHERES COM RELAÇÃO ÀS IST	Conhecimento das mulheres sobre as IST: o preservativo é importante, mas não uso!
	Porque elas não usam?: o olhar e as atitudes das mulheres frente ao preservativo
RELAÇÕES DE GÊNERO E PODER NO UNIVERSO DA MULHER COM IST	Barreiras comunicacionais no relacionamento para dialogar sobre IST
	Reconhecimento da mulher como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos: sou livre?
PERCEPÇÕES DE MULHERES QUANTO A SUA VULNERABILIDADE ÀS IST	Infecção contraída pelo ato sexual: vai acontecer comigo?
	Relacionamentos estáveis: são grupos de riscos ou proteção?
	Desconsideração da vulnerabilidade as IST: eu sei, mas não me importo!

APÊNDICE IV - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE E TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Prezado Sr.(a),

Sou Samy Loraynn Oliveira Moura, enfermeira, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família / nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú - RENASF/UVA Ceará, estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“VIVÊNCIAS DE VULNERABILIDADES DE MULHERES ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**. Neste sentido, você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa, que tem como objetivo compreender as situações de vulnerabilidade às IST vivenciadas por mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS). Sua colaboração será no sentido de responder a uma entrevista com tempo estimado de 90 minutos.

Os dados serão apresentados em eventos científicos (Congressos, Seminários, Fóruns, dentre outros) para divulgação do conhecimento científico aos profissionais da área e demais interessados, respeitando o caráter confidencial das identidades. Garanto-lhe que a sua participação ficará no anonimato, portanto não será divulgado seu nome em nenhum momento desta pesquisa. Caso concorde com a participação ser-lhe-ão assegurados os princípios éticos de que trata a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que define as pesquisas com seres humanos.

Ressalto que não haverá despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo, assim como também não há nenhum tipo de compensação financeira relacionada à sua participação. Caso haja qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. A sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se participar mesmo tendo aceitado; se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Salienta-se que sua colaboração e aceitação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para o aprimoramento das ações realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, além de proporcionar uma reflexão crítica construtiva por parte dos profissionais de saúde, dos gestores da saúde e da comunidade acadêmica.

Para possíveis esclarecimentos estamos disponíveis nos endereços:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA Av. Comandante Mauro Célio Rocha Pontes, 150, CEP: 62041-630, Derby, Sobral, Ceará. Telefone: 3677-4255.

UBS Otilha Feitosa da Silva – PSF V, localizado na Rua da Raimundo Feitosa, S/N, no município de Tururú-Ce. Telefone: (85) 9. 91667208.

Assinatura do pesquisador

CONSENTIMENTO PÓS – INFORMADO

Declaro que tomei conhecimento do estudo descrito anteriormente realizado pela pesquisadora Samy Loraynn Oliveira Moura, que compreendi seus propósitos e assumo a participação e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício.

Tururú-CE, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

ANEXO I

MARCADORES DE VULNERABILIDADES DE MULHERES ÀS DST/HIV

CrITÉrios para a avaliação do marcador: Na Planilha de Avaliação dos marcadores consideram-se três critérios de avaliação: **PRESENTE**, quando o componente do marcador está presente nas informações obtidas; **AUSENTE**, quando o componente do marcador não é identificado nas informações obtidas e, **NÃO APLICÁVEL**, quando o componente do marcador é inapropriado para a realidade da mulher que fornece as informações. A presença de pelo menos um dos componentes do marcador evidencia a vulnerabilidade às DST/HIV.

MARCADOR 1 (M1): NÃO ABERTURA NO RELACIONAMENTO PARA DISCUTIR ASPECTOS RELACIONADOS À PREVENÇÃO DAS DST/HIV			
Planilha do marcador			
Componentes	P	A	NA
A mulher sente dificuldade para iniciar uma conversa sobre a transmissão e prevenção das DST/HIV.			
A mulher sente dificuldade em propor o uso do preservativo masculino ou feminino.			
A mulher manifesta preconceito em relação às mulheres que portam preservativo, cotidianamente.			
MARCADOR2(M2): PERCEPÇÃO DA VULNERABILIDADE ÀS DST/HIV			
Planilha do marcador			
Componentes	P	A	NA
A mulher desconhece se o parceiro/companheiro é portador de DST/HIV.			
A mulher desconsidera o uso do preservativo, embora tenha tido experiências anteriores de DST/HIV.			
A mulher desconhece ou não tem conhecimento adequado sobre transmissão e prevenção das DST/HIV.			
A mulher sabe que o companheiro tem IST, se está em tratamento ou se já tratou anteriormente.			
A mulher associa as DST/HIV aos “grupos de riscos”, e “proteção” aos relacionamentos estáveis.			
A mulher não se sente vulnerável às DST/HIV			
A mulher não tem acesso ao preservativo masculino ou feminino e, mesmo assim, tem relação sexual.			
Desconhecimento ou incerteza quanto aos serviços que oferecem aconselhamento para a prevenção das DST/HIV, quanto à realização do teste anti-HIV na UBS, ou quanto a encaminhamentos da UBS para Centro de Testagem e Aconselhamento–CTA (3NC).			
A mulher sabe que o companheiro tem múltiplas parceiras.			
A mulher sabe que o companheiro é soropositivo ao HIV.			
MARCADOR3(M3): DESCONSIDERAÇÃO DA VULNERABILIDADE ÀS DST/HIV			
Planilha do marcador			
Componentes	P	A	NA
A mulher considera natural o fato de o companheiro ter múltiplas parceiras.			
O parceiro nega-se a usar preservativo com qualquer justificativa.			
A desconsideração do uso do preservativo pela mulher, por desejo de engravidar, não é objeto de atenção por parte do serviço de saúde.			

A mulher se submete(eu) a relacionamento sexual desprotegido com parceiro desconhecido por dependência econômica do parceiro			
MARCADOR4(M4): RECONHECIMENTO DE SI PRÓPRIO COMO SUJEITO DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS			
Planilha do marcador			
Componentes	P	A	NA
A mulher sente dificuldades em manifestar suas necessidades de atenção e afeto ao companheiro.			
A mulher não encontra satisfação na relação com o parceiro.			
A responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva recai sobre a mulher.			
MARCADOR 5 (M5): AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE LIMITAM O ACESSO DAS MULHERES À PREVENÇÃO DAS DST/HIV			
Planilha do marcador			
Componentes	P	A	NA
As ações de prevenção dirigidas à população em geral são realizadas esporadicamente (em determinadas ocasiões, como: carnaval, dezembro vermelho), sem longitudinalidade no cuidado.			
O serviço de saúde não está aberto diariamente à população.			
Ações de prevenção de DST/HIV não são incorporadas transversalmente nas práticas de saúde.			
O aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV não é realizado pelos profissionais da saúde.			
A população masculina é excluída das ações de prevenção.			
As ações de prevenção não são avaliadas			
Ações de prevenção estão mais voltadas para as mulheres de determinados grupos			
Os profissionais de saúde desconhecem o perfil epidemiológico de DST/HIV de seu território de atuação, limitando o planejamento das ações de prevenção.			
Os profissionais de saúde desconhecem contextos locais de vulnerabilidade das mulheres às DST/HIV, como índices de agressão física, psicológica, outras DST/HIV.			
Comunicação limitada, nos Conselhos Gestores, sobre as vulnerabilidades das mulheres às DST/HIV.			
As ações de prevenção não são multi/intersetoriais e multi/interdisciplinares.			

Legenda: P: Presente; A: Ausente; NA: Não Aplicável.

ANEXO II – PARECER DO CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

1 / 3

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADES ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS VIVENCIADAS POR MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: SAMY LORAYNN OLIVEIRA MOURA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13897819.2.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.378.814

Apresentação do Projeto:

A pesquisa terá como cenário o território adstrito da UBS Otilha Feitosa da Silva do município de Tururu-Ceará, com mulheres voluntárias à participação na pesquisa (n=12) acometidas por alguma IST, intuindo compreender as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, como também com os enfermeiros da ESF (n=3) para aprofundamento da investigação das vulnerabilidades programáticas. A coleta de dados (entrevistas semiestruturadas) se dará entre junho e julho de 2019. O desenvolver dessa pesquisa, realizar-se-á em 3 etapas: 1ª Etapa: levantamento das mulheres com idade reprodutiva, histórico prévio de IST, mediante busca nos prontuários e no livro de registro de exame ginecológico, com intuito de identificar as que, conforme os critérios estabelecidos poderão participar do estudo. Será realizado também, sorteio dos enfermeiros que atuam na ESF, com a intenção de selecionar os profissionais que participarão do estudo. O primeiro contato com as mulheres será realizado por meio de visita domiciliar, momento em que será apresentada a pesquisa e realizado o convite para participação. 2ª Etapa: Será aplicado um instrumento de roteiro de entrevista com as mulheres, com o intento de identificar os contextos de vulnerabilidade as IST. 3ª Etapa: Aplicar-se-á um instrumento de roteiro de entrevista com os enfermeiros, intuindo investigar informações complementares, a fim de caracterizar as vulnerabilidades programáticas. Tendo em vista a coerência entre os pressupostos teóricos e metodológicos e a maneira mais apropriada de análise dos conteúdos surgidos mediante a aplicação dos instrumentos, será adotada como técnica de análise e

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 3.378.814

tratamento dos dados, a categorização temática proposta por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender as situações de vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis vivenciadas por mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta baixo risco, caso os participantes se sintam constrangidos ou incomodados em responder alguma pergunta ou questionamento durante as entrevistas, podendo deixar a pesquisa a qualquer momento sem ônus ao seu acompanhamento terapêutico a IST.

Benefícios (diretos/indiretos):

Impacto positivo na saúde das mulheres e auxílio a gestores e equipes de saúde no desenvolvimento de estratégias que proporcionem ações eficazes de prevenção a ISTs para toda a população local que procura o serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para área de Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora anexou à juntada documental os termos de apresentação obrigatória: Folha de rosto assinada/carimbada; Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Tururu-CE, Projeto detalhado/brochura do investigador (contendo Instrumento de roteiro de entrevista com as mulheres e com enfermeiros) e TCLE, em conformidade ética. De forma complementar, ainda constam em arquivos separados: Cronograma e Orçamento factíveis com a execução físico-financeira da pesquisa, Declaração de compromisso assinada por pesquisadora e orientadora e Ofício de encaminhamento ao CEP-UVA.

Recomendações:

Recomendo aprovação deste projeto de pesquisa pelo CEP-UVA.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

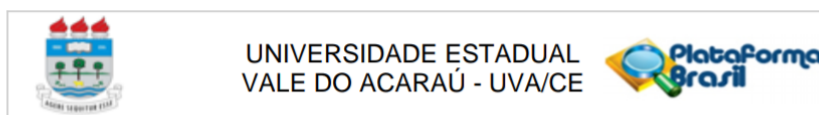
Sem pendências documentais ou éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após aprovação deste projeto, a pesquisadora se compromete a encaminhar a este CEP, via Plataforma Brasil, relatório parcial anual da pesquisa e ao término do projeto.

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **Município:** SOBRAL **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Telefone:** (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 3.378.814

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1349554.pdf	15/05/2019 19:53:11		Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	15/05/2019 19:50:48	SAMY LORAYNN OLIVEIRA MOURA	Aceito
Outros	Doc2.pdf	15/05/2019 19:49:31	SAMY LORAYNN OLIVEIRA MOURA	Aceito
Outros	Doc3.pdf	15/05/2019 19:48:59	SAMY LORAYNN OLIVEIRA MOURA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	15/05/2019 19:44:10	SAMY LORAYNN OLIVEIRA MOURA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Doc1.pdf	15/05/2019 19:42:32	SAMY LORAYNN OLIVEIRA MOURA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	15/05/2019 19:42:05	SAMY LORAYNN OLIVEIRA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/05/2019 19:41:51	SAMY LORAYNN OLIVEIRA MOURA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	15/05/2019 18:39:14	SAMY LORAYNN OLIVEIRA MOURA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 08 de Junho de 2019

Assinado por:
 Maria do Socorro Melo Carneiro
 (Coordenador(a))