



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DIANA SANTOS SANCHEZ

EXPERIÊNCIA DE MULHERES EM TRATAMENTO DE INFECÇÕES VAGINAIS:
PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO E DO SERVIÇO DE SAÚDE

SALVADOR

2021

DIANA SANTOS SANCHEZ

**EXPERIÊNCIA DE MULHERES EM TRATAMENTO DE INFECÇÕES VAGINAIS:
PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO E DO SERVIÇO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa Cuidado à saúde das mulheres, relações de gênero e etnicorraciais.

Orientadora: Prof^a Dr^a Edméia de Almeida Cardoso
Coelho.

Coorientadora: Prof^a Dr^a Jamile Guerra Fonseca.

SALVADOR

2021

S211 Sanchez, Diana Santos.

Experiência de mulheres em tratamento de infecções vaginais: participação do parceiro e do serviço de saúde/Diana Santos Sanchez. – Salvador, 2021.

67 f.: il.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.

Inclui referências e anexos.

1. Vulnerabilidade em saúde. 2. Saúde sexual. 3. Gênero e saúde.
4. Saúde da mulher. 5. Doenças sexualmente transmissíveis. 6. Educação em saúde – Bahia – Brasil. I. Coelho, Edméia de Almeida Cardoso.
II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083

DIANA SANTOS SANCHEZ

**EXPERIÊNCIA DE MULHERES EM TRATAMENTO DE INFECÇÕES VAGINAIS:
PARTICIPAÇÃO DO PARCEIRO E DO SERVIÇO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa Cuidado à saúde das mulheres, relações de gênero e etnicorraciais.

Aprovada em 30 de julho de 2021.

BANCA EXAMINADORA

Edméia de Almeida Cardoso Coelho Edméia de A. C. Coelho
Doutora em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia.

Cleuma Sueli Santos Suto Cleuma Sueli Santos Suto
Doutora em Enfermagem e Saúde. Universidade do Estado da Bahia (UNEB).

Mariza Silva Almeida Mariza Silva Almeida
Doutora em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia.

Andiara Rodrigues Barros Andiara Rodrigues Barros.
Doutora em Enfermagem e Saúde. Universidade Federal da Bahia.

AGRADECIMENTOS

“Que darei eu ao Senhor, por todos os benefícios que me tem feito?”. Servirei ao amor, trazendo esperança aos que precisarem, pois, a vida é linda e rara; e sem Ele nada poderia.

À minha mãe, Cilene, por abrir mão dos próprios sonhos para caminhar e sonhar comigo. Essa conquista é nossa.

Ao meu pai, Fernando, pelo aporte e ensinamentos, por fazer-se presente mesmo estando longe.

Ao meu namorado, Samuel, pelo incentivo e otimismo desde o início, pelo apoio nos momentos mais difíceis, pela compreensão em todas as horas, por todo cuidado e amor.

Às minhas amigas e amigos que sempre me incentivaram e apoiaram, em especial à Cristiane, Rafael, Rafaela e Lorena.

À minha “boadrasta”, Lígia, pelos conselhos, apoio e incentivo.

Às minhas avós Sônia e Marina, aos familiares e demais amigos que contribuíram na minha caminhada.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Edméia, pelo cuidado, paciência, ensinamentos, pelo acolhimento e humanização no momento que mais precisei, por ter acreditado que daria certo e por não ter desistido de mim.

À minha coorientadora Prof^a Dr^a Jamile, pelo apoio, paciência e contribuições.

Às professoras e professores da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial à Jeane, Telmara, Lilian, Larissa, Nadirlene, Mariza, Mirian, Darci e Gilberto, pelos ensinamentos e apoio. Vocês são essenciais.

À Cleuma, Andiará, Mariza e Lilian pela disponibilidade e contribuições na banca examinadora.

Às minhas colegas de mestrado, em especial à Railene e Gleice pela parceria.

Aos colaboradores da Escola de Enfermagem da UFBA, em especial à Márcia, Ticiane e Cleber, pelo zelo e pela disponibilidade em ajudar.

Às colegas do grupo de pesquisa “Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado” pelas trocas e contribuições durante a jornada.

À Secretaria Municipal da Saúde de Salvador por autorizar a execução do estudo na Unidade de Saúde da Família.

À enfermeira da USF, Ana Cláudia, pela disponibilidade em ajudar.

Às participantes da pesquisa pelas trocas e pela confiança. Vocês são maravilhosas.

À todas e todos que me ajudaram, que acreditaram em mim e torceram pelo meu crescimento.

Gratidão à vida, onde tudo se transforma, aprimora. Sigo lutando, aprendendo e evoluindo.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) pela concessão da bolsa de mestrado.

RESUMO

SANCHEZ, Diana Santos. **Experiência de mulheres em tratamento de infecções vaginais: participação do parceiro e do serviço de saúde.** 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 2021. 67p.

A atenção em ginecologia constitui oportunidade para rastrear vulnerabilidades de mulheres oriundas das experiências sexuais. As Infecções Sexualmente Transmissíveis são consideradas como um problema de saúde pública, principalmente pelas consequências referentes à saúde sexual e reprodutiva. Para as mulheres, preservar a saúde se constitui um desafio e a abstinência sexual durante o tratamento de infecções genitais pode gerar conflitos diante de desigualdades na relação com o parceiro pela assimetria na tomada de decisões. O estudo teve como objetivo geral analisar a experiência de mulheres no tratamento de infecções genitais considerando a relação com seus parceiros e com os serviços de saúde. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório. Foi realizado por meio de entrevistas presenciais e virtuais, no período de novembro de 2020 a junho de 2021, com 13 mulheres em idade reprodutiva, vinculadas a uma Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador-Ba. A análise do material empírico foi feita por meio da técnica de análise de discurso. A pesquisa atende aos requisitos éticos contidos nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde, 466/2012 e 510/2016. Os resultados deste estudo mostram que mulheres estão atentas ao tratamento correto de infecções ginecológicas e alguns parceiros participam respeitando a abstinência sexual necessária ou contrariando-a com jogos de poder e sedução. São em sua totalidade eximidos de responsabilização na ocorrência de infecções ginecológicas, no tratamento e na vulnerabilidade de mulheres. As vulnerabilidades se sedimentam na relação com os parceiros, mas tem participação do serviço de saúde, na medida em que, apesar das orientações preventivas, não envolvem o parceiro, sendo predominante a continuidade da desinformação também para as mulheres.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em Saúde. Saúde Sexual. Gênero e Saúde. Saúde da Mulher. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Educação em Saúde.

ABSTRACT

SANCHEZ, Diana Santos. **Experience of women in the treatment of vaginal infections: partner and health service participation.** 2021. Dissertation (Masters in Nursing and Health) – School of Nursing, Federal University of Bahia, 2021. 67p

Gynecology care is an opportunity to track the vulnerabilities of women arising from sexual experiences. Sexually Transmitted Infections are considered a public health problem, mainly due to the consequences related to sexual and reproductive health. For women, preserving health is a challenge and sexual abstinence during the treatment of genital infections can generate conflicts in the face of inequalities in the relationship with the partner due to the asymmetry in decision-making. The study had as general objective to analyze the experience of women in the treatment of genital infections considering the relationship with their partners and with health services. This is an exploratory study with a qualitative approach. It was carried out through face-to-face and virtual interviews, from November 2020 to June 2021, with 13 women of reproductive age, linked to a Family Health Unit in the Sanitary District of Subúrbio Ferroviário of Salvador-Ba. The analysis of the empirical material was performed using the discourse analysis technique. The research meets the ethical requirements contained in the resolutions of the National Health Council, 466/2012 and 510/2016. The results of this study show that women are attentive to the correct treatment of gynecological infections and some partners participate respecting the necessary sexual abstinence or counteracting it with power and seduction games. They are entirely exempt from liability for the occurrence of gynecological infections, treatment and vulnerability of women. The vulnerabilities are consolidated in the relationship with the partners, but the health service participates, as, despite the preventive guidelines, they do not involve the partner, and the continuity of misinformation is predominant for women as well.

Keywords: Health Vulnerability. Sexual Health. Gender and Health. Women's Health. Sexually Transmitted Diseases. Health education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO.....	16
2.1 INFECÇÕES GENITAIS: SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E VULNERABILIDADE DAS MULHERES.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 RELAÇÕES DE PODER, SEXO E SEXUALIDADE.....	19
3.2 GÊNERO COMO CATEGORIA ANALÍTICA	21
4 METODOLOGIA.....	25
4.1 TIPO DE ESTUDO	25
4.2 LOCAL DO ESTUDO	25
4.3 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	26
4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	27
4.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	29
4.6.1 Riscos e benefícios	30
5 RESULTADOS	31
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	31
5.2 VULNERABILIDADES NO TRATAMENTO DE INFECÇÕES GINECOLÓGICAS E ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PARCEIRO.....	32
5.3 PERMANÊNCIA DE VULNERABILIDADES NA EXPERIÊNCIA DAS MULHERES COM O SERVIÇO DE SAÚDE	36
6 DISCUSSÃO	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	54

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados e roteiro da entrevista.....	57
ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	60
ANEXO 2- Autorização da Secretária de Municipal de Saúde de Salvador-Ba.....	65
ANEXO 3- Termo de Anuência Institucional.....	67

1 INTRODUÇÃO

A atenção em ginecologia seja pela realização do exame preventivo de câncer de colo uterino, seja pela queixa clínica, constitui oportunidade para rastrear vulnerabilidades oriundas das experiências sexuais, que se somam a outras vulnerabilidades sociais.

As infecções genitais estão entre as principais causas de busca por assistência no mundo, com consequências sociais e econômicas importantes. Algumas dessas infecções podem afetar significativamente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres (JALIL *et al.*, 2008).

As infecções genitais são caracterizadas por manifestações inflamatórias, ocasionadas por agentes microbiológicos presente na vulva, vagina e/ou epitélio escamoso do colo uterino (ectocérvice). As vulvovaginites correspondem a cerca de 70% das queixas em consultas ginecológicas, onde as mais frequentes são a vaginose bacteriana, candidíase e tricomoníase. Esses problemas ginecológicos são enfermidades relevantes à saúde da mulher, pela sua elevada frequência e multiplicidade de agentes, como também pelo seu reflexo negativo no aspecto emocional (ANDRADE *et al.*, 2014).

As Infecções Sexualmente transmissíveis (IST) estão entre as causas mais comuns de morbidade, sendo acompanhadas de repercussões sociais e econômicas. São consideradas um problema de saúde pública por serem as principais causas de infertilidade, aborto, doenças neonatais, e por facilitarem a transmissão de outras infecções mais graves, com consequências para a saúde como um todo (BRASIL, 2017; BAHIA, 2016).

A cada ano, 500 milhões de pessoas adquire uma das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) curáveis, a exemplos de gonorreia, clamídia, sífilis e tricomoníase (BRASIL, 2015). Tais achados corroboram com os dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2019) ao evidenciar mais de 376 milhões de novos casos anuais dessas quatro infecções.

Segundo a OMS, em 2016 houve 127 milhões de novos casos de clamídia em homens e mulheres de 15 a 49 anos, 87 milhões de casos de gonorreia, 156 milhões de tricomoníase e 6,3 milhões de novos casos de sífilis. Essas infecções têm grande impacto na saúde tanto de adulto quanto de crianças, pois, se não forem tratadas de forma correta, podem levar a casos graves e crônicos e comprometer a saúde com doenças neurológicas e cardiovasculares, infertilidade, gravidez ectópica, natimortos e aumento do risco de HIV (OPAS; OMS, 2019).

As IST são consideradas mundialmente como um problema de saúde pública, pois interfere no desenvolvimento sociodemográfico, sobretudo pelas consequências referentes à saúde sexual, reprodutiva e materno-fetal (MARTINS *et al.*, 2018). Essas infecções produzem estereótipos, vulnerabilidade, vergonha e violência de gênero (ROWLEY *et al.*, 2019; OPAS; OMS, 2019).

As queixas decorrentes das infecções genitais também produzem transtornos de origem íntima, tendo reflexo negativo na saúde emocional e sexual (ANDRADE *et al.*, 2014). A prevenção e controle dessas infecções requerem abordagem de gênero, pois fatores culturais e socioeconômicos contribuem para a alta incidência e prevalência das IST (MARTINS *et al.*, 2018).

A abstinência sexual é indicada durante o tratamento de algumas infecções genitais, para o necessário reequilíbrio do organismo e para evitar piora, desconforto, além de evitar recidivas (BRASIL, 2015). Essa alteração na dinâmica sexual do casal pode gerar constrangimentos e afetar a condição emocional da mulher (ANDRADE *et al.*, 2014).

Tendo em vista construções socio-históricas de gênero, abster-se do sexo pode gerar conflitos para a relação de um casal pela assimetria na tomada de decisões, com predomínio da vontade do parceiro, o que torna difícil a negociação. Assim, negar o sexo se desvia da norma cultural e ao desafiar o homem do qual é esperado ter controle sobre a relação enquanto se espera passividade das mulheres (HOLLAND *et al.*, 1998; DAKO-GYEKE, 2013). Assim, o contexto em que as relações se constroem deve ser levado em consideração para entender as diferentes formas de negociação que existem.

Apesar da gradual emancipação das mulheres com relação às suas experiências sexuais, a submissão aos desejos do parceiro ainda se apresenta como perfil de muitos relacionamentos, a exemplo das dificuldades de negociação do uso do preservativo (SALDANHA, 2003; ALVES; BRANDÃO, 2009; RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011). O parceiro mantém o poder de decisão, limitando medidas de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis e a autonomia da mulher sobre o corpo e a sexualidade.

O condom, que constitui estratégia de proteção, ainda está muito subordinado ao desejo e aval do parceiro. Muitas vezes, mulheres querem que eles usem o preservativo, mas esses não aceitam, sendo tal atitude própria do padrão de masculinidade patriarcal, que não favorece o controle do corpo pelas mulheres (ALVES; BRANDÃO, 2009; CHIRINOS;

BARDALES; SEGURA, 2006). O não uso da camisinha feminina também amplia vulnerabilidades, sabendo-se que a rede básica de atenção não a incorporou em sua rotina de ofertas contraceptivas e/ou de proteção às IST/HIV. Assim, mulheres, quase sempre sem a devida informação e com limitado controle sobre seu corpo não conhecem ou não atentam para essa possibilidade de proteção.

A orientação sexual, por sua vez, é subestimada nos serviços de saúde, tendo em vista a heteronormatividade que orienta a organização da atenção e que ofusca o olhar de profissionais. Perde-se assim, oportunidade de conhecer demandas no tocante à proteção às IST/HIV entre mulheres que fazem sexo com mulheres, ou com mulheres e homens, incluindo-se entre tais medidas o uso da camisinha feminina, que sem o devido valor também não se configura como plausível na realidade das mulheres.

Há dificuldades também de negociação do uso do preservativo entre adolescentes e jovens. Resultados de pesquisa realizada na Paraíba, em 2011 mostrou que medo de desagradar, perder o parceiro ou passar uma imagem de “ser mais experiente”, poderia gerar desconfiança, e fazia com que mulheres se submetessem a vontades masculinas (RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011).

Em outra pesquisa realizada no Espírito Santo, 84,7% das mulheres entrevistadas informaram ter relacionamentos estáveis e dessas, 46,3% disseram nunca ter usado preservativo com seus parceiros (BARCELOS *et al.*, 2008). Outros estudos realizados no Peru e na África do Sul evidenciaram que o número de parceiros sexuais é inversamente proporcional ao uso regular de preservativo, pois as mulheres tendem a se sentir seguras quando estão em um relacionamento estável e deixam de usar preservativo (MAHARAJ; CLELAND, 2005; CHIRINOS; BARDALES; SEGURA, 2006).

No tocante às relações homoafetivas presume-se maior equidade de gênero e nas relações bissexuais a maior vulnerabilidade da mulher está condicionada à capacidade das pessoas envolvidas entenderem sua corresponsabilidade na proteção e na quebra da cadeia de transmissão, quando na presença de IST.

As mulheres que fazem sexo com mulheres, por sua vez, que tem no histórico das relações afetivo-sexuais, menores possibilidades de transmissão de IST/HIV, mas não estão isentas, sobretudo entre as bissexuais, tem na camisinha feminina uma oportunidade de proteger a si e a sua parceria.

Apesar de pouco utilizada e até mesmo pouco conhecida, a camisinha feminina possui diversas vantagens. Proporciona a mulher conhecer melhor seu corpo e sua

anatomia, é de fácil manuseio e pode ser colocada horas antes do ato sexual. Além disso, potencializa a autonomia da mulher e sua liberdade de escolha, minimizando as dificuldades na negociação para o sexo protegido (GOMES *et al.*, 2011).

O uso de preservativo como uma prática de sexo protegido gera menos dificuldade do que a abstinência, representando esta uma ameaça às mulheres tendo em vista o poder que os homens ainda exercem na relação sexual. Na prática, as decisões sobre práticas sexuais seguras são impactadas não apenas pelas normas, mas também pelos desejos e confiança (DAKO-GYEKE, 2013).

A iniciativa da mulher em propor a abstinência sexual parece desafiar o poder do homem sobre o corpo e o sexo das mulheres, desregulando o que se acredita ser o instinto sexual masculino "natural". Considerando as normas sexuais convencionais, essa atitude indica resistência e desvios do que rege não apenas o sexo, mas também o poder (DAKO-GYEKE, 2013).

Como integrante de grupo de pesquisa sobre saúde da mulher, em que a saúde sexual e reprodutiva e as relações de gênero são o foco de reflexão e discussão, despertei interesse pelo tema ao constatar nas pesquisas do grupo e na literatura científica mais ampla, que mulheres em situação de vulnerabilidade às IST/HIV deparam-se com desigualdades na negociação do uso da camisinha, e enfrentar poder do parceiro para preservar a sua saúde se constitui um desafio. Frente a essa realidade, pressupomos que o tratamento de infecções genitais não se constitui oportunidade de reduzir vulnerabilidades. Isso porque há informações parciais pelo serviço de saúde, há desigualdades de gênero que geram dificuldades para abstinência sexual e falta à mulher autonomia sobre seu corpo e sua sexualidade.

Considerando tal pressuposto, esta pesquisa buscou responder à seguinte questão:

Como mulheres experienciam o tratamento de infecções genitais considerando a relação com seus parceiros e com os serviços de saúde?

A pesquisa tem como **objetivo geral:**

- Analisar a experiência de mulheres no tratamento de infecções genitais considerando a relação com seus parceiros e com os serviços de saúde.

Objetivos específicos:

- Descrever a experiência de mulheres em tratamento de infecções genitais;

- Discutir a experiência de mulheres com seu parceiro e com o serviço de saúde no tratamento de infecções genitais.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO

2.1 INFECÇÕES GENITAIS: SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E VULNERABILIDADE DAS MULHERES

As infecções genitais são causadas por vírus, fungos, protozoários ou bactérias e, em sua maioria são transmitidas pelo contato sexual. Possuem altas taxas de incidência e prevalência e podem estar associadas à culpa, estigma, violência e discriminação, por motivos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (BRASIL, 2015).

De acordo com a OMS, mais de um milhão de pessoas adquirem uma infecção sexualmente transmissível diariamente e, a cada ano, cerca de 500 milhões de pessoas adquirem uma infecção do tipo gonorréia, clamídia, sífilis e tricomoníase (WHO, 2013). A vaginose bacteriana, por exemplo, tem alta prevalência no mundo, variando sua estimativa de 10 a 30% (TANAKA *et al.*, 2007).

No Peru, a prevalência de algumas infecções genitais, a exemplo da vaginose bacteriana ou tricomoníase, há 15 anos, era de 57%, tendo recorrência mesmo após terapia medicamentosa, pois há necessidade de tratamento dos parceiros, uma vez que essa estratégia controla e reduz as recidivas (GARCÍA *et al.*, 2004) e quebra a cadeia de transmissão.

O controle das IST no Sistema Único de Saúde brasileiro, precisa de mudanças no âmbito da organização dos serviços e das práticas de trabalhadoras de saúde, obedecendo aos princípios da universalidade, equidade e integralidade, com a promoção da saúde e prevenção de agravos. Apesar de incidência e prevalência altas, no Brasil, a notificação não é obrigatória, porém, podem ser inseridas na lista de notificação compulsória dos estados e municípios se for considerado necessário (BRASIL, 2015).

As infecções que necessitam de abstinência sexual são a tricomoníase, vaginose bacteriana, doença inflamatória pélvica, gonorréia, cervicite, clamídia, candidíase e HPV (BRASIL, 2013, 2015; WHO, 2016). Em alguns casos, também é indicado o uso de antibióticos além de cremes e pomadas locais, sendo necessário o tratamento em conjunto com as pessoas as quais estabelece parceria sexual para evitar a reinfecção (BRASIL, 2013; CARVALHO *et al.*, 2021).

Nas mulheres, o tratamento oral é de dose única simultaneamente ao tratamento tópico, com o uso de creme vaginal. Além disso, para interromper a cadeia de transmissão é

fundamental a abordagem aos parceiros sexuais para que esses também sejam tratados, quando necessário (BRASIL, 2013; CARVALHO *et al.*, 2021). A terapêutica inadequada contribui para a persistência das infecções, logo a negociação para o tratamento adequado torna-se significativa para a não coinfeção.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), para a Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (BRASIL, 2020), propõe o manejo integral das IST, com tratamento combinado quando possível, triagem e tratamento das IST. Além do uso de fluxograma nas infecções sintomáticas, dispendo de laboratório complementar (CARVALHO *et al.*, 2021).

Os riscos para as mulheres vinculados às relações sexuais estão associados às desigualdades de gênero, pois socialmente é atribuída ao homem uma posição de maior poder, dificultando a negociação e a tomada de decisão das mulheres. Esse sistema, atrelado a fatores biológicos, a não utilização de práticas sexuais seguras, o desconhecimento relacionado à saúde sexual, a passividade das mulheres, a sujeição ao sexo e à cultura masculina de múltiplas parceiras sexuais potencializam a vulnerabilidade da mulher, aumentando o risco delas para as IST (TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015).

A cultura de múltiplas parceiras sexuais é naturalizada como uma prática masculina, sendo porta de entrada para a opressão e submissão das mulheres. Muitas aceitam esse tipo de comportamento por dependência afetiva e/ou necessidade de um provedor, visto que muitas mulheres ainda estão em um patamar financeiro inferior ao do homem. Essa condição é sustentada pela desigualdade social, onde, na maioria das situações, somente o homem tem ascensão e oportunidades melhores, tanto na questão salarial quanto nas condições de trabalho (SOUZAS; ALVARENGA, 2001).

A dependência econômica pode ser um dos principais fatores de risco para a aquisição de infecções sexuais, tendo implicação direta no poder de negociação da mulher com o parceiro sobre as relações sexuais. A vulnerabilidade das mulheres para outras IST aponta uma postura de submissão e inferiorização, fortalecendo uma relação desigual de gênero pela dificuldade de diálogo e negociação com seu parceiro para as relações sexuais (ASSIS *et al.*, 2016).

Outra questão cultural é o não uso do preservativo masculino, destacando-se a recusa dos homens para essa proteção atrelado à posição de subordinação da mulher. A exigência da mulher para o uso do preservativo pode gerar desconfianças e temor à reação

do parceiro, o que justifica a passividade delas e as submete a maior vulnerabilidade para as IST (SILVA; VARGENS, 2009).

Apesar de não concordarem, as mulheres se submetem ao sexo com seus parceiros de forma impensada, deixando prevalecer a vontade do homem em detrimento da sua própria vontade. Além disso, mesmo reprovando o comportamento do companheiro, elas se sujeitam aos desejos deles no intuito de satisfazê-los. Desta forma, apesar dos avanços do movimento feminista para melhoria da saúde das mulheres, percebe-se que a cultura preserva os hábitos da sociedade, mesmo que esses não sejam favoráveis à sua saúde, construindo uma base insistente e recorrente dos processos de significação e organização concreta e simbólica da vida sexual (ANDRADE *et al.*, 2012).

A prevalência e a frequente recorrência das IST vêm aumentando entre as mulheres. A dificuldade de quebrar a cadeia de transmissão é consequência de todos os fatores apontados, bem como a não adesão do tratamento em conjunto com o parceiro (MARTINS *et al.*, 2018).

A prevenção e o tratamento combinados colaboram com a interrupção da cadeia de transmissão e à prevenção de outros tipos de infecções sexuais, além de evitar complicações e favorecer o tratamento efetivo e a cura. É necessário promover uma relação de confiança entre a (o) profissional de saúde e a usuária, para ofertar um atendimento de qualidade e adesão ao tratamento. Deve-se realizar educação em saúde e garantir a privacidade e confidencialidade das informações ditas, livre de julgamentos (BRASIL, 2020).

As IST são consideradas um problema de saúde pública devido às altas taxas de incidência e prevalência, além de serem as principais causas para outras enfermidades e por facilitarem a transmissão de infecções mais graves. Portanto, torna-se necessário o investimento em educação em saúde para prevenção das infecções e possibilitar um tratamento contínuo e eficaz.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 RELAÇÕES DE PODER, SEXO E SEXUALIDADE

O termo sexualidade passou a ser perceptível através do controle do sexo, ou seja, pela regulação e controle dos corpos, a partir das confissões no meio religioso e clínico sobre o ato sexual e seus prazeres. A sexualidade é um dispositivo político complexo, de comportamentos e relações sociais (FOUCAULT, 1982).

A sexualidade é considerada como necessidade humana básica e está relacionada com outras dimensões das vivências humanas (LARA, 2009). A sexualidade é influenciada por elementos sociais, culturais, religiosos, espirituais, políticos, econômicos, psicológicos e biológicos (WHO, 2019). Tendo em vista implicar na interação entre pessoas, a sua vivência tem consequências nessas dimensões e responsabilidades, sendo orientada por valores sócio culturais e códigos morais. O intercuro sexual envolve tais dimensões e requer saúde sexual favorável ao bem-estar das pessoas envolvidas.

Historicamente, o exercício da sexualidade se deu sob normativas e proibições, principalmente para as mulheres, que estão a todo tempo sendo reguladas e reprimidas, trazendo consequências para os seus direitos (SOSA-SANCHEZ; ERICE, 2017). O termo sexualidade passou a ser perceptível através do controle do sexo, ou seja, pela regulação e controle dos corpos, a partir das confissões no meio religioso e clínico sobre o ato sexual e seus prazeres (FOUCAULT, 1982).

No Brasil, o exercício da sexualidade com liberdade das mulheres sobre seu corpo começa a ganhar força no final da década de 1970 com o movimento feminista. Com a chegada dos anticoncepcionais no país, se iniciaram reivindicações pela saúde integral da mulher, deixando de ser vista somente pelo aspecto biológico e reprodutivo (ÁVILA; CORRÊA, 1999; COELHO; FONSECA; GARCIA, 2005).

A saúde sexual, compõe o amplo campo da sexualidade. Requer uma abordagem positiva e respeitosa, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, livres de coerção, discriminação e violência, sendo assegurado a toda e qualquer pessoa a possibilidade de exercer sua sexualidade com prazer e livre de julgamentos (WHO, 2019). Para garantir os direitos sexuais das mulheres é necessário que o Estado invista em políticas públicas de saúde que envolvam a saúde sexual e a sexualidade.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM, de 2004, tem como uma das diretrizes a elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher, que deverão ser norteadas pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, rompendo as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher (BRASIL, 2004).

No tocante aos direitos reprodutivos, na década de 1980, ampliaram-se as discussões e a luta feminista pela autonomia reprodutiva e pelos direitos sexuais, o que implica em decisões das mulheres sobre seu próprio corpo dissociando a sexualidade da reprodução (SOUSA, 2011). Autonomia é definida como o autogoverno do ser humano, ou seja, é a liberdade de a pessoa decidir sobre suas próprias escolhas, decidindo o que é bom ou ruim para si mesma. Expressar sua sexualidade de maneira livre e sem julgamentos está relacionada à autonomia, pois as decisões tomadas e expressadas são um modo de emancipação do corpo e das próprias vontades (FONSECA, 2018).

Uma vez negada a liberdade e a autonomia da mulher no âmbito da sexualidade, com submissão das mulheres considera-se que se exercita uma violência simbólica. Essa, segundo Bourdieu, é uma forma de violência causada sem coação física, é exercida de forma sutil, causando danos psíquicos, morais e à autonomia. Forma-se a partir de uma naturalização do que é imposto, com aceitação da vítima mesmo que de forma inconsciente (BOURDIEU, 1999, 1996).

Quando a mulher toma a atitude de contestar, muitas vezes pode gerar conflito, principalmente quando essa negociação é relacionada às relações sexuais. Os valores impostos pela sociedade fortalecem as desigualdades nas relações de poder (MATTOS, 2003). Essas relações estão passíveis de serem modificadas, pois são construções sociais. Um conjunto de elementos, como os pensamentos, a reprodução e a sexualidade, necessitam de uma compreensão a partir da análise cultural (MOORE, 1997).

A assimetria nas relações entre homens e mulheres é definidora de exercício de poder, pois foram construídos culturalmente papéis para homens e mulheres e, estabelecidas moral para o comportamento feminino e masculino, sendo o primeiro mais contido e reservado. Na sexualidade da mulher, o poder é exercido de forma privilegiada pelo homem, pois constitui comportamentos controlados, disciplinados, relacionado à procriação e que é destinado ao prazer sexual do outro (MADUREIRA; TRENTINI, 2008).

Ainda que o poder masculino insista em permanecer, as mulheres têm, cada vez mais conquistado espaços sendo autoras das suas necessidades. Equidade de gênero,

comportamentos não-procriativos e exercício da sexualidade de forma livre e sem julgamentos são conquistas diárias (WEEKS, 2000).

Em síntese, a sexualidade não deve ser reduzida à procriação, a mulher é muito mais do que um corpo apto para procriar, pois implica em intimidade, afeto, emoções, sentimentos e bem-estar pessoal, decorrentes, inclusive, da história de vida de cada pessoa. A sexualidade constitui cada ser e é expressão de vida e inerente ao ser humano. É necessário considerar a pessoa como um todo e compreender que a sexualidade é integrante e intercomunicante da própria pessoa com o outro.

3.2 GÊNERO COMO CATEGORIA ANALÍTICA

Gênero define-se como um elemento que integra as relações sociais baseado nas diferenças identificadas entre os sexos. É uma maneira de compreender as construções sociais sobre os papéis dos homens e das mulheres. A partir do conceito de gênero, podemos compreender a complexidade das relações entre diversas formas de interação humana. Gênero é uma condição social imposta sobre um corpo sexuado, ou seja, é um conjunto de atributos percebidos em corpos sexuados que definem o que é ser homem e ser mulher (SCOTT, 1995).

O conceito de gênero nos permite maior compreensão de desigualdades sociais, econômicas e políticas, visto que essas diferenças não estão baseadas nas distinções biológicas e sim em valores atribuídos socialmente ao que é ser homem e o que é ser mulher nas construções sociais, permitindo compreender as desigualdades das relações entre os sexos nas diferentes sociedades (SANTOS; BUARQUE, 2005).

Os efeitos dessas construções sociais são identificados em várias esferas da vida em sociedade, como no ambiente familiar, nas crenças religiosas, nas escolas, no ambiente de trabalho, na moral e ética, nas culturas de cada comunidade, nas classes sociais e no gênero (SILVA, 2013).

Desde crianças, aprendemos a diferenciar física e comportamentalmente meninos e meninas, somos ensinadas/os direta e indiretamente em diversos espaços da sociedade. É comum designar atributos físicos e comportamentais diferentes entre mulheres e homens. Na infância é ensinado que meninas usam cor de rosa, brincam de casinha fazendo comida, deixando os brinquedos sempre arrumados. Incentivam seus “instintos” maternos quando ensinam a botar a boneca no peito para mamar e definem comportamentos morais, por

exemplo, ao aprender que devem sentar de pernas fechadas e comportem-se como “moças”. Ao contrário dos meninos, que usam azul desde o enxoval, brincam em espaços públicos, a exemplo de jogar futebol, dando-lhes direito à liberdade desde criança. Também são incentivados a brincadeiras que instiguem a violência para se defenderem, como brincadeiras de luta, com armas de brinquedo, etc.

A sociedade produz e controla a sexualidade através de estereótipos de gênero na tentativa de manter um padrão normativo de relações afetivas entre homens e mulheres orientados pela heterossexualidade. Quando crianças se desviam da norma padrão, pais e mães tendem a incentivá-las a uma correção de comportamento, direcionando-os ao padrão heteronormativo (BENTO, 2011).

Além disso, são naturalizados os comportamentos. Contrariá-los gera preconceitos e estereótipos o que inclui violência sobre pessoas que contrariem a normatização vigente. A conhecida frase “meninos não choram, quem chora é mulherzinha” remete não apenas a limitação imposta ao corpo do homem para que não chore bem como a inferiorização da imagem da mulher, especulando-a como um ser frágil em relação ao homem.

As desigualdades construídas socio culturalmente, estabeleceram uma hierarquia entre esses papéis de gênero, mantendo o homem em um lugar de autoridade e posse (SANTOS; BUARQUE, 2005). A primeira forma de dar significado às relações de poder é a partir do gênero, isso significa que as relações de gênero constituem hierarquias entre homens e mulheres, criando desigualdades e fortalecendo as relações de poder (SCOTT, 1995; AZEVEDO, 2005).

As relações de gênero são construídas e perpetuadas por meio de quatro elementos que sustentam a base das desigualdades. São os *símbolos* que a sociedade projeta para definir papéis sociais de homens e mulheres, estabelecendo uma série de características a serem seguidas para meninas diferentes de meninos; *as normas e valores*, ou seja, o que pode ser considerado certo e errado a partir da padronização das características definidas; *as instituições*, que são a família, a escola, o trabalho, a igreja, a justiça, por meio do poder simbólico que exercem sobre os corpos na sociedade e a *subjetividade*, permeada por medos, desejos, pensamentos e sentimentos. Esses são fatores que diferenciam e sustentam as relações de gênero (AZEVEDO, 2005; SCOTT, 1995).

Assim, as relações de poder advêm de fatores culturais, sociais, políticos e econômicos e as assimetrias estão presentes nas interações sociais, com nítida desvantagem para as mulheres (SILVA, 2013).

Um dos espaços em que se expressam historicamente essas desigualdades é no âmbito da educação, que reproduz para as mulheres dupla ou tripla jornada de trabalho, conciliando atividades domésticas e de cuidado à família. Isso implica em maiores obstáculos para ascensão profissional, uma vez que lhes são atribuídos papéis domésticos e maternais, ao contrário dos homens, que de modo geral, estão mais dedicados à sua vida profissional (SOUZA; TYRRELL, 2007).

Apesar da progressiva desconstrução da sociedade com relação às diversidades de gênero, ainda predominam atitudes e padrões sociais que foram naturalizados e enraizados. As instituições sociais contribuem para a manutenção desses comportamentos e modos de viver a vida. Instituições como igreja, escola, trabalho, família e sistema jurídico normatizam e legitimam as relações de gênero (DE CICCIO; VARGAS, 2016). Portanto, gênero se constitui parte na organização dessas instituições sociais, permeando a política, a economia e principalmente o ambiente familiar (SCOTT, 1995).

Nas últimas décadas, a sociedade vem passando por modificações nas estruturas familiares; há uma constante busca pela legitimidade social e jurídica de relações entre pessoas do mesmo sexo, o remodelamento de chefia de família, onde mulheres estão cada vez mais se apropriando desse espaço, e o crescente avanço tecnológico, principalmente as mídias sociais. Tais fatores contribuem para o gradual ressignificado de estrutura familiar enquanto instituição social (DE CICCIO; VARGAS, 2016).

Atualmente, a autonomia reprodutiva da mulher, a liberdade conjugal e sexual e a apropriação dos espaços de trabalho vêm aos poucos redefinindo os papéis de homens e mulheres na sociedade. Em relação à sexualidade, ainda há uma forte influência heteronormativa (DE CICCIO; VARGAS, 2016).

Gênero, portanto, ajuda a entender a complexidade de ser mulher na sociedade e as dificuldades enfrentadas, devido ao papel social que ainda existe enquanto atribuição, no acesso à vida política, ao trabalho, à liberdade, à vida financeira, à sua obrigação com a família e reprodução e às limitações para exercer sua sexualidade (SANTOS; BUARQUE, 2005).

Nesse sentido, as relações de gênero são moldadas meio da cultura de cada sociedade, e mesmo dentro de uma sociedade as relações podem se diferenciar. Simone de Beauvoir (1980) já afirmava que não se nasce mulher, e sim, se torna mulher, ou seja, ser mulher é uma construção. Portanto, as relações de gênero sustentam as relações de poder,

favorecendo e colocando o homem em um lugar privilegiado na sociedade e nas relações (BEAUVOIR, 1980; BUTLER, 2003).

Embora seja esse o processo de construção social das relações de gênero, as desigualdades de gênero podem ser modificadas pois sendo construções sociais estão passíveis de serem ressignificadas (AZEVEDO, 2005). As mudanças nas relações sociais consequentemente favorecem as mudanças nas representações de poder, podendo seguir sentidos diversos (SCOTT, 1995).

A assimetria do poder nas relações de gênero sustenta a vulnerabilidade, inclusive nas relações sexuais. Nesse aspecto, predomina a concessão das mulheres para o sexo, justificada pela cultura de que o sexo é algo inerente aos homens, ou seja, para eles é visto como forma de necessidade (CORDEIRO *et al.*, 2009).

A negociação no âmbito da sexualidade torna-se laboriosa e complexa, constituindo um entrave na sexualidade da mulher. As assimetrias nas relações de poder estão presentes, portanto, no comportamento sexual de homens e mulheres, repercutindo na tomada de decisões, reforçando a passividade feminina e dominância masculina (RIBEIRO, SILVA, SALDANHA, 2011).

A prática sexual contra a vontade é uma realidade recorrente, principalmente quando as mulheres cedem pelo comprometimento de satisfação ao parceiro e firmam o relacionamento. Isso mantém os homens em uma posição de superioridade, deixando as mulheres em condição de subordinação (SANTOS, 2008).

Em meio a outras desigualdades, a violência de gênero é frequente e atinge negativamente a saúde sexual e reprodutiva da mulher. Isso dificulta a liberdade sexual e reprodutiva, podendo seus direitos (SOUZA; TYRRELL, 2007). Portanto, gênero como categoria analítica se adequa ao objeto de estudo, visto que a assimetria nas relações se mantém na atualidade, com dominação do poder masculino sobre as mulheres, prejudicando suas vivências no mundo, especialmente relacionadas à saúde como um todo, incluindo-se a saúde sexual. Logo, a negociação para a abstinência sexual torna-se laboriosa, devido a essas construções, afetando o tratamento das infecções genitais.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória. O principal objetivo da pesquisa qualitativa é responder a questões particulares, onde se aprofunda conhecimento no mundo dos significados, das ações e relações humanas. É tratada por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais (MINAYO, 2013). A saúde e a realidade social estão incorporadas, pois fazem parte de uma realidade complexa que conjuntamente expõem problema e intervenção, o que necessita de conhecimentos diversos e integrados. Isso torna a análise qualitativa em saúde especialmente importante (MACEDO *et al.*, 2008).

Suas características consistem em descrever as ações, em objetivar fenômenos, em compreender e explicar as inter-relações sociais e as diferenças entre ambientes sociais e naturais, em consolidar orientações teóricas e empíricas e em prezar por dados fidedignos (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009). Percebe-se que a abordagem qualitativa responde a questões particulares, trabalhando com o universo de cada indivíduo.

A escolha pelo estudo exploratório tem por objetivo rastrear as dimensões de um determinado fenômeno, suas expressões e aspectos relacionais (POLIT; BECK, 2004). Gonçalves (2014) complementa que, esse tipo de pesquisa almeja descobrir, encontrar e elucidar fenômenos ou explicar aqueles que apesar da evidência não são aceitos socialmente.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Salvador, Bahia, em área adscrita da Unidade de Saúde pertencente ao Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário. O Distrito Ferroviário é também área em que pesquisas do projeto matriz “Demandas de saúde e a experiência de mulheres na busca pelo cuidado”, do grupo de pesquisa Saúde da Mulher, Gênero e Integralidade do Cuidado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, vem concentrando estudos e identificando necessidades de suporte às mulheres com trabalhos futuros.

4.3 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

A produção dos dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas no período de novembro de 2020 a junho de 2021. Tais entrevistas se deram em duas fases, a primeira aconteceu de forma presencial e individual na Unidade de Saúde da Família escolhida. A coleta de dados ocorreu respeitando os protocolos de prevenção ao coronavírus, determinado pela Organização Mundial de Saúde e aos decretos estaduais e municipais, tais como distanciamento de 01 metro, utilização de máscara e uso de álcool.

Inicialmente foi feito um teste piloto de forma virtual, com três mulheres, para verificar a adequação do instrumento de produção dos dados. Foram necessários ajustes e em seguida, a pesquisa teve continuidade, sendo mantidas as três entrevistadas.

Inicialmente, foi decidido que as entrevistas seriam de única vez e por ferramentas digitais, considerando o distanciamento social em virtude da pandemia pelo coronavírus. Todavia, foi possível fazer a identificação de prováveis participantes por enfermeira da USF, entre mulheres que estavam agendadas na USF para exame preventivo de câncer de colo uterino e preferiram a entrevista presencial. Após adequação do instrumento, a primeira etapa da coleta de dados ocorreu de forma presencial e a segunda etapa por entrevistas virtuais.

A coleta de dados se deu, a partir de consultas de exame Papanicolau, o qual as participantes realizaram a consulta no dia, e após a consulta foram convidadas à participarem da pesquisa. Foi explicitado sobre a pesquisa, bem como os aspectos éticos e TCLE (APÊNDICE A). Após concordarem e assinarem o TCLE, foram feitas questões referentes aos dados sociodemográficos e logo após foram feitas perguntas referentes ao tema proposto pela pesquisa com questões norteadoras (APÊNDICE B).

Após a transcrição na íntegra dos dados, a fim de substanciar os dados coletados, foi feita a segunda etapa das entrevistas, sendo aplicadas questões por meio de ferramentas digitais, como ligação telefônica e aplicativo de mensagens. Considerando que no período da realização da segunda etapa das entrevistas, a unidade de saúde não estava realizando consultas e exames, pois estava destinada à demandas referentes ao coronavírus. Sendo assim, para proteção da saúde das pesquisadoras e das participantes do estudo, optou-se por dar continuidade à pesquisa, realizando as entrevistas totalmente de forma virtual. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados com roteiro da entrevista para servir de guia (APÊNDICE B), um padrão para a pesquisa.

As respostas das participantes foram gravadas e mantidas anonimamente, possibilitando que as mulheres pudessem explicar o seu contexto, permitindo respostas livres e espontâneas. Todas as etapas foram gravadas por gravador de voz e os áudios foram transcritos na íntegra, para iniciar a análise dos dados. Ressalta-se que ambas técnicas de coleta utilizadas permitiram o usufruto dos dados e favoreceram a análise do conteúdo.

A segunda parte da coleta foi realizada com 07, das 13 participantes do estudo. Das que não participaram, 04 não foi possível contato por telefone e por aplicativo de mensagens e 02 recusaram responder as novas questões.

4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes da pesquisa foram mulheres que já foram acometidas por alguma infecção vaginal e que necessitaram de abstinência sexual, tendo um total de 13 participantes. Após informadas sobre os objetivos do estudo, foi feita a proposta da participação na pesquisa por meio de entrevista. Foram discutidas viabilidades mediante aceitação em participar do estudo e registro do consentimento em documento físico (TCLE).

Foram incluídas no estudo mulheres em idade reprodutiva, usuárias da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cadastradas na área de cobertura da USF do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário:

Como critérios de inclusão:

- Ter histórico de pelo menos um episódio de infecção genital que exigiu abstinência sexual.
- Ter histórico de tratamento por alguma infecção genital nos últimos 2 anos. A limitação do tempo deve-se ao fato de ser a informação beneficiada por memória recente.
- Ter relações sexuais com homens, com mulheres ou com ambos.

Foi critério de exclusão:

Ter menos de 18 anos, tendo em vista necessitarem de autorização de pai, mãe ou responsável, bem como preservar a intimidade de adolescentes frente a familiares.

A aproximação com as participantes deu-se por meio da articulação com enfermeiras da ESF, que indicou mulheres com o perfil proposto pela pesquisa e que aceitaram participar do estudo, convidando-as a participar da pesquisa após término da consulta para realização do exame preventivo. Essa articulação ocorreu através de uma

breve apresentação das pesquisadoras às participantes e logo após foram esclarecidas as propostas e objetivos da pesquisa.

O apoio e participação efetiva das enfermeiras da USF na indicação das mulheres para participar da pesquisa foram fundamentais para o êxito do estudo.

4.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

A análise do material empírico foi realizada por meio da técnica de Análise de Discurso (FIORIN, 2005) a partir das seguintes etapas:

- 1- Leitura das transcrições na íntegra, localizando os elementos concretos e abstratos para convergirem à uma mesma coerência;
- 2- Agrupamento dos dados de acordo com as similaridades dos significados;
- 3- Depreensão dos temas centrais que levam à construção de subcategorias e categorias empíricas;
- 4- Análise das categorias empíricas de acordo com o eixo teórico.

A escolha da técnica de Análise de Discurso proposta por Fiorin se deu por possibilitar revelar a visão de mundo das participantes do estudo e as construções ideológicas que alimentam as relações entre mulheres e parceiros e com o serviço de saúde.

O discurso são as combinações das falas das pessoas que expressam suas opiniões e pensamentos, possibilitando exteriorizar seus sentimentos individuais (FIORIN, 2005). De acordo com Orlandi (2003), a análise de discurso busca compreender o que está por trás da fala, com a articulação da língua e da ideologia, permitindo ao (a) analista entender o discurso do sujeito na sociedade.

O discurso permite maior compreensão da pessoa sobre determinado contexto social, onde mostram suas relações para a produção do próprio discurso. Ele é o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade, onde os indivíduos expõem sua visão da sociedade e das relações (MINAYO, 2013).

Sua análise é um processo de identificação de sujeitos, de argumentação, de subjetivação e de construção da realidade, onde sentidos são revelados e determinados ideologicamente (MONTEIRO *et al.*, 2006). Segundo Gregolin (1995), a ideologia é um conjunto de representações dominantes em uma determinada classe dentro da sociedade. Como existem várias classes, várias ideologias estão em confronto na sociedade.

A Análise do Discurso (AD) objetiva produzir o sentido do discurso, não se preocupando apenas com a tradução do conteúdo do texto. Vale ressaltar que o (a) analista faz uma interpretação do discurso, podendo ser influenciado por suas convicções, experiências e ideologias. Logo, a interpretação poderá ter outros sentidos, ou seja, não será única e absoluta (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

O (a) analista faz “recortes discursivos” que dão os resultados da teoria, ou seja, limita-se o eixo temático da pesquisa para dar forma ao estudo (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa prima por obedecer aos princípios da Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que engloba, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito às participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Foi respeitada a resolução 510/2016, que considera que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes da pesquisa científica envolvendo seres humanos; considerando a demanda de ações consciente e livre de cada participante. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pôde ser obtido por meio de expressão oral, considerando as características individuais, sociais, econômicas e culturais da participante da pesquisa e as abordagens metodológicas aplicadas (BRASIL, 2016).

Foi explicitado às participantes sobre os objetivos da pesquisa, bem como a sua relevância, atendendo desta forma o requisito ético da beneficência, pois, os resultados desta pesquisa podem contribuir para um tratamento correto e efetivo, bem como para o empoderamento das mulheres e autonomia sobre seu corpo e sua sexualidade.

Adotou-se o princípio da Não Maleficência, sendo informado que na presença de desconforto, a entrevista poderá ser interrompida e retomada quando pertinente para a participante. Foi esclarecido que, se necessário, poderia também contar com o Serviço de Psicologia Prof^o João Ignácio de Mendonça do Instituto de Psicologia da UFBA, que realiza atendimentos sem valor mínimo, aberto ao público e com agendamentos por

telefone. Pois, se levou em consideração que o relato pode causar algum desconforto à participante que estará rememorando algum evento.

As participantes estiveram livres para escolher contribuir ou não com a pesquisa sem nenhum prejuízo, além de poder desistir a qualquer momento da entrevista caso julgassem necessário, bem como não responder a algum questionamento que lhe fosse feito. As participantes da pesquisa foram orientadas sobre os objetivos, riscos e benefícios, bem como sobre a garantia do anonimato, de forma que seus nomes serão substituídos pela letra P de participante, seguido pelo número correspondente à ordem de entrevista que foi realizada, feito isto, foi solicitado àquelas mulheres que desejaram de forma voluntária participar do estudo, a lerem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) que foi assinado em duas vias, com cópia para a participante e para a pesquisadora, sendo arquivado por um período de 05 anos, posteriormente sendo destruídos juntamente com o produto das entrevistas.

A coleta dos dados deu início somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (ANEXO 1), onde foi submetido o projeto para concessão do campo para estudo. Foram esclarecidos os objetivos e relevância, para realização legal da pesquisa no local.

4.6.1 Riscos e benefícios

Segundo a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variadas. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser cuidados para minimizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes” (BRASIL, 2016).

O estudo em seu conteúdo pode trazer riscos às participantes, pois trata de assuntos que podem remeter a lembranças passadas e trazer à tona ansiedades e medos. Todos os cuidados foram tomados para que houvesse a participação voluntária, garantindo sigilo das informações das participantes envolvidas. Porém, com a possibilidade de ocorrer situações de inibições e desconfortos, tendo em vista se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, antecedendo a coleta de dados, as participantes foram orientadas quanto à interrupção em qualquer etapa da pesquisa, sempre que solicitado pela participante, caso desejasse.

5 RESULTADOS

As mulheres que participaram deste estudo foram instigadas a resgatar situações em que realizaram tratamento de infecções vaginais. Em seus relatos expressaram sua experiência na relação com os parceiros e de como o serviço de saúde conduziu orientações para a mulher e/ou casal. As subcategorias que dão suporte à categoria empírica central são discutidas após caracterização das participantes.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 13 mulheres, de 23 a 65 anos, sendo a média de idade 37 anos; todas relataram ter relação sexual somente com homens; referente à religião, 04 declararam não ter nenhuma religião, 03 eram católicas, 05 evangélicas e 01 protestante. Com relação ao grau de escolaridade, a maioria referiu ter o ensino médio completo (07) e as demais referiram ter o ensino fundamental incompleto. A maioria das mulheres tinham um ou dois filhos, e moravam com o parceiro e filhos/as, predominando a união estável. Em relação à renda pessoal, 76,92% das participantes, recebiam auxílio do governo (bolsa família) e são, em sua maioria, trabalhadoras do lar/desempregada (07) e faxineiras/diaristas (04), vendedora informal (01) e auxiliar de cozinha (01). A média de renda pessoal mensal dessas mulheres é de R\$ 312,23 reais, sendo a média da renda familiar R\$926,30 reais, menos que um salário mínimo¹. Dessas mulheres, 53,85% declaram-se pretas (07) e 46,15% pardas (06). Como características comuns as participantes são sobretudo adultas jovens, negras, de baixa escolaridade, baixa renda, em sua maioria dependentes de auxílio governamental e moram com filhos/as e parceiro. Esse perfil mostra a vulnerabilidade social e econômica das mulheres participantes da pesquisa.

Na categoria empírica que segue são apresentadas experiências de mulheres no tratamento de infecções vaginais e vulnerabilidades em interseção.

¹ Salário mínimo à época da pesquisa, 2020: R\$ 1045,00

5.2 VULNERABILIDADES NO TRATAMENTO DE INFECÇÕES GINECOLÓGICAS E ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PARCEIRO

As mulheres que participaram desta pesquisa apresentaram experiências muito convergentes, em relação ao que vivenciaram junto ao parceiro quando em tratamento de infecções vaginais.

A P1, 41 anos, 24 anos de casada, relações sexuais de 1 a 2 vezes por semana, informa incômodo do parceiro diante de tratamentos ginecológicos, acompanhado de compreensão, inclusive, caracterizando como *tudo tranquilo* porque *o mais importante é a saúde* dela. Outras apresentam posição semelhantes, a exemplo da P2, P3 e P11. Nessa direção afirmam:

Falei que estava com um problema, precisava usar um medicamento, e que ele precisava ter paciência e na data certa eu iria concluir o tratamento [...] usei pomada 14 dias. No momento, ficou chateado um pouquinho, mas depois... entende e tem que entender. O importante é minha saúde. Se o homem fica doente, a mulher também fica doente. Foi bem tranquilo. Pois nesse lado eu sou bem tranquila mesmo. (P1)

Eu tive uma mancha no útero. Porque eu fiz o preventivo e tinha uma manchinha, aí fiquei esse período sem ter [...] meu tratamento foi normal, pomada vaginal [...] fiquei 30 dias sem ter relação sexual, [...] a reação dele foi normal, compreensivo. Porque em primeiro lugar é a saúde, né?! Fiquei boa. (P3)

Com 42 anos de idade, casada há 20 anos, relações sexuais duas vezes na semana, a P2 tem experiência semelhante e afirma:

Eu falo com ele, quando eu faço tratamento, ele fica quieto, até que ele entende, que tem que se cuidar, né?! (P2)

A participante P11, 36 anos, já fez esse tratamento com uso de *pomada*, precisou várias vezes ficar sem ter relação sexual durante sete dias, e afirma:

Ele aceitou de boa. Foi tranquilo. (P11)

A entrevistada P6, 65 anos, parceiro há 10 anos, sexo uma vez por semana, refere 2 a 3 meses sem relação sexual para tratamento de infecção vaginal e afirma:

Ah, fiquei um bocadinho de tempo sem fazer... uns três meses... ou dois [...] enquanto aquela pomada não termina, eu não faço nada! [...] Fico com ele às vezes... ele mora na casa dele, e eu moro na minha [...] ele já é um coroa também[...]. (P6)

Em relação à abstinência sexual e à reação do parceiro, a participante P3, 23 anos, 10 anos em união, relações sexuais 3 vezes por semana, embora diga *ele compreendeu, concordou*, dá uma clara declaração de desrespeito do parceiro a ela e à abstinência sexual

necessária. Tendo relações fora de casa, amplia e dá continuidade às vulnerabilidades da mulher, que também se aplica a ele ao se expor às IST/HIV:

Chegou mais tarde em casa [...] os homens sempre fazem (risos), acontece [...] infelizmente. Durante o tratamento eu segui na linha certa. Em termo do estresse de chegar de madrugada ou de manhã, fiquei aborrecida, zangada. Brigava se fosse preciso... Homem é isso mesmo [...], simples, né? A gente não concorda com essas atitudes e ações. (P3)

Ao tempo em que registra as saídas do parceiro em desrespeito ao momento que se traduziria em momento do casal, a P3, parece ter incorporado a naturalização de comportamentos machistas que ampliam, além de vulnerabilidades, desigualdades de gênero. Ainda que já tenha relatado, foi perguntada se considerava ter havido alguma mudança no comportamento do parceiro ao ficar esse período sem fazer sexo, responde:

Ele ficou a mesma pessoa [...] Sempre foi de me compreender [...] ele se cuida também. (P3)

A P4, 24 anos, refere tratamento com creme vaginal por 7 dias, quando namorava há um ano e tinha relações sexuais todos os dias ou pelo menos duas vezes por semana, estando em outro relacionamento por ocasião da pesquisa. Quando perguntada se a abstinência sexual foi cumprida pelo casal, no tratamento referido, expressa um misto de desejo, sedução e poder, em meio ao tratamento:

Ele disse “ah, para e depois continua”. Ah, eu falei “não pode...”, mas... a gente foi e fez. Eu falei “rapaz, não pode por causa do negócio”, mas, querendo...ele falou “que remédio o quê... para o remédio hoje, e no outro dia continua...”. Aí eu fiz assim [...] depois ele quietou. (P4)

Jogos de sedução também alimentam relações de poder na situação que segue. A P9, 29 anos, casada há 10 anos, tendo relações sexuais diariamente, conseguiu tratamento com abstinência sexual por seu autocontrole.

É horrível! Fiquei agoniada! (risos). Aí ele (marido) disse, “ah, usa camisinha”. Mas mesmo assim, acho que corta o efeito da pomada, né? [...] Eu até que consegui. Eu disse para ele, “você vai dormir lá, eu aqui”. (risos) [...] eu perguntei para ele: “você quer que sua mulher se cuide ou que você fique doente?” [...] Eu disse assim: “você tá vendo que eu tô usando a pomada... não pode (ter relação) ... pode me prejudicar”. Mas ele ficava nervoso. Ele ficava me apertando, e eu falava “ah, vai tomar banho” ... essas coisas assim. Eu até que consegui. (P9)

Há reciprocidade no desejo sexual entre a P9 e o parceiro. Todavia, ao se referir à infecção ginecológica que requer o tratamento em foco, assume uma posição de admitir a infidelidade do parceiro, sem que isso tensione a relação, o que se constata na afirmação

que segue:

Eu perguntei para ele: “você quer que sua mulher se cuide ou que você fique doente?”. Ele não gosta de tomar remédio, mas ele vai ter que tomar. Não adianta eu me cuidar, ele não tomar remédio, e me passar de novo. (P9)

Em união há 3 anos, relação sexual quase que diariamente, A P12, 35 anos, afirma:

Aguentei usar no primeiro dia, no segundo, no terceiro já não aguentei mais... os dois! Ele é pirracento. (risos) Ele não alivia, não! Vai com camisinha ou sem camisinha. Graças a Deus, eu não tive nada no colo do meu útero. Eu uso DIU há três anos, mas, nunca teve nada...[...] eu fiz... segui os dias..., mas teve um dia que eu tive que dar... quebrei! E depois continuei de novo! Por que é daquela de catorze dias [...]: mas ele é terrível! (risos) Digo pra ele que tem que esperar, e ele diz que não precisa não [...] teve umas que duraram sete e outras catorze... Aí teve umas que nunca conseguia usar. Ia adiando... (P12)

Ao referir-se ao ex-marido, também revela vulnerabilidades e informa que fazia tratamentos e não causava incômodos para ele:

A gente ficava um mês sem. [...] nunca reclamou de nada, só vivia no celular, conversando com as amantes... (P12)

A P13, 35 anos, 16 anos em união, relações sexuais em média 2 vezes na semana, realizou tratamentos que variaram de 7 a 14 dias. Em semelhança a outras participantes cedeu aos desejos do parceiro, embora assuma que também eram seus, mas que no tratamento deu-se por jogo de sedução e por não entender que ele é parte diretamente envolvida na infecção, no tratamento e na prevenção. Assim afirma:

Às vezes eu parava... esquecia... (risos) [...] às vezes sete, tinha vezes que eram catorze dias [...] ah, eu falei! Eu falava! Mas, às vezes, sei lá, não dava... (risos). eu falava, mas as vezes tinha que fazer...[...] eu não sei (risos), acho que rolava um clima, aí... [...] eu também queria! [...] ele aceita de boa [...] ele acha um pouco ruim, não? [...]ele fala: “é muito tempo!” (risos) [...]e aí, as vezes ele aceita, as vezes a gente interfere...[...] falei que teria que usar a pomada e ele ficou de boa! (P13)

Com cinquenta e seis anos de idade, casada há 34 anos, a P5 refere dificuldades de negociação sexual com parceiro no dia a dia, dando “piti” quando não atende a seus desejos, quase diários. Defende que o homem tem que entender a mulher e ao se referir a tratamento com creme vaginal por 14 dias, no período em que realizou a laqueadura, afirma que assim dizia o parceiro:

Ah! Tem que fazer [sexo] quando a gente pedir. É por isso que tem homem que arranja mulher fora...”, falava essas coisas assim, sabe? (P5)

Perguntada se tinha algum medo, refere:

Não... é tipo uma ameaça..., mas, não. Fica tudo bem. (P5)

Os problemas ginecológicos que requerem tratamentos com abstinência sexual são, entre as participantes da pesquisa, assumidos como responsabilidade exclusiva das mulheres, sendo admitido aos homens pelas mulheres, ficarem *chateados, diferentes*, com direito a *brigas*. Assim, a P8, 50 anos, com relação sexual uma vez por semana, afirma:

Eu usei um sabão, aí começou a coceira. Aí ela (médica) passou a pomada. O marido fica 'normal'... fica só assim diferente, um pouquinho, briga. Mas assim, ele é uma pessoa que entende. [...] ele viu que eu estava no tratamento... Porque ele é assim, já tem cinquenta e dois anos também. É um pouco frio também. (P8)

A P10, 39 anos, em união estável há 17 anos, relações sexuais duas vezes na semana, refere ter há alguns anos realizado um preventivo em função de um cisto e posteriormente na gravidez da filha de três anos. Em ambas as situações relatadas, foi necessário o uso de creme vaginal e medicação oral e afirma:

Eu sou um pouco nojentinha... não é toda hora que ele quer, que faço não! Eu faço quando tô a fim. Ou de manhã, ou então de noite [...] No tratamento a gente que é mulher e tá atarefada pensando no que fazer, se controla, tá entendendo? Pro homem, é mais difícil. Aí quando eu chego, já converso com ele. Apesar de que eu já fiz isso, e ele já entendeu. (P10)

Geralmente o homem é difícil de entender, às vezes, a mulher... Aí às vezes acha que a gente tá traindo, fica dizendo "ah, você não gosta mais de mim... você tá me negando!". Aí eu tenho que explicar: "olha amor, eu tô cansada, tô fadigada..." (P10)

Nas situações de insistência, a P10 afirma:

Eu digo: "Oh meu filho, pega uma revista aí! Você vai ter de se virar com a mão mesmo..." porque eu não vou mentir. Não vou deixar matar o seu desejo e me prejudicar. Se eu tenho o preventivo para fazer, eu vou fazer! Se eu tenho uma pomada para usar, eu vou usar minha pomada [...] É porque eu me cuido! E ele gosta que eu me cuide. Tanto que, quando vou no médico, não marco só para mim, marco pra ele também. (P10)

Em todas as situações, o parceiro se exime de qualquer responsabilidade, não enxerga vulnerabilidades às IST/HIV a que a mulher está exposta e se utiliza de relações de poder, com manobras de sedução que deixam a mulher ainda mais vulnerável.

A P7, 34 anos, sem parceiro fixo, afirma:

relações sexuais uns quatro-cinco dias... se tiver menstruada, aí não! Menstruada são quatro dias. (P7)

Refere ter no último ano candidíase recorrente e relação sexual durante o tratamento:

Sim, [fez tratamento] mas tive (risos). O certo é não ter, mas, tive! [...] mas dessa vez eu vou! [...] fiz porque quis mesmo! [...] Olha, eu entendo. Fiz de gaiata mesmo, mas eu entendo que não pode [...] por causa de candidíase, e já tive infecção por corrimento, sabe? Corrimento com coceira e mau cheiro. Tanto que eu tive que colher material genético, porque eu tava tendo infecção recorrente [...] ficava boa, mas depois uns três, quatro meses voltava de novo [...] A pomada é transparente. Aí eu coloco, mas uso camisinha. Não “coiso” sem camisinha não! Essas infecções começaram de um ano para cá. (P7)

As mulheres têm inserção social que limita informações, acesso e garantias à liberdade sexual, relacionando-se com parceiros sem a devida noção da exposição às IST/HIV e em franca desigualdade de gênero.

5.3 PERMANÊNCIA DE VULNERABILIDADES NA EXPERIÊNCIA DAS MULHERES COM O SERVIÇO DE SAÚDE

As vulnerabilidades se sedimentam na relação com os parceiros, mas tem participação do serviço de saúde, na medida em que na experiência das mulheres, embora algumas vezes com orientações preventivas, não envolvem o parceiro, sendo predominante a continuidade da desinformação também para as mulheres.

A P1, afirma que a enfermeira que a atendeu informou que *a pomada* era para corrimento, porém não informa o nome ou tipo da infecção ou inflamação.

“Ela falou que eu tinha que era corrimento. Falou que não era nada grave e que precisava ser tratado” (P1)

Em relação a orientações recebidas no serviço quanto à prevenção de infecções com uso da camisinha e se o parceiro foi convidado à unidade de saúde, a P1 confirma que não foi dada nenhuma informação relacionada a essas questões, *“só disse que tinha que tratar”*.

O relato da P2 é semelhante com relação ao serviço de saúde:

Ela (a enfermeira), passou a pomada pra mim logo [...] passou a receita e mandou eu ir na farmácia pegar a pomada. [...] disse que deu uma infecçãozinha, [...] Inflamação que toda mulher tem. [...] Agora, eu creio que a inflamaçãozinha já passou, porque a pomada, depois que eu usei, ela passou. [...] Eu creio que ela passou essa pomada logo porque ela disse que eu fiquei muito tempo sem fazer preventivo. (P2)

A mesma participante refere que recebeu orientações em outra consulta ginecológica:

E ele (o médico) explicou que era fungo. Aí Ele disse que deu uma infecção, aí passou um comprimido pra mim. Aí tomei e nunca mais tive essa infecção. [...] Falou que tinha que enxugar a calcinha direito e passar a calcinha, ele passou o remédio e já tem um ano que eu não tenho mais infecção. (P2)

Na fala da P3, a médica de serviço particular fez esclarecimentos, tranquilizou a mulher, mas as medidas de prevenção não aparecem:

Eu passei na médica e ela me falou que era uma manchinha, e me falou que não era nada grave, aí ela falou que eu tinha que fazer o exame, profundo e completo, que eu ia ficar boa. Perguntei a ela quanto era, ela me falou o valor, cheguei lá e falei com meu marido, ele me deu o dinheiro e fiz o procedimento (P3).

A P4 refere-se à consulta em que foi orientada a *usar preservativo*, mas diz:

Não lembro como foi ensinado, nem da prevenção de ISTs. (P4)

A P8, diz ter ido ao serviço para exame de Papanicolau. Perguntada se por ocasião do comparecimento foi orientada sobre prevenção de IST/HIV, respondeu:

Não, não. Orientou nada. (P8)

Ao se referir à consulta no serviço de saúde, a P9 quando apresentou corrimento afirma:

Ela passou uma pomada durante 7 dias e comprimido. Foi o mesmo medicamento que ela passou para mim, ela passou para ele também o comprimido [...]. Mas, foi meio difícil para ele tomar. Mas eu convenci ele e ele tomou. (P9).

Perguntada sobre o que sabe sobre prevenção de IST, responde:

Ela não explicou sobre isso não. (P9)

A vulnerabilidade às IST/HIV e o poder exercido pelo parceiro na relação com a P12 não são perceptíveis por ela, relatada por ocasião da primeira categoria desta pesquisa, mas o casal segundo diz não usa preservativo. Assim afirma sobre orientações recebidas no serviço de saúde:

Ela falou da importância do uso da camisinha por causa das doenças, mas eu disse a ela que eu e meu parceiro não usamos camisinha. Várias vezes já fui fazer exame, só tava uma pequena leve inflamação. Nunca deu doenças. (P12)

A falta de eficiência do serviço de saúde com relação à vulnerabilidade às ISTs/HIV está presente também no relato da P13 que também se refere à falta de orientações de profissionais de saúde:

Eu fui buscar o resultado do preventivo duas vezes no posto e não tava pronto e aí eu desisti, aí eu fiz o exame pago e me consultei tudo no particular [...] Não, não chegou a orientar. Eu não fiz biópsia não[...] o resultado do exame, da colposcopia que eu fiz ela disse que não era nada não [...] tinha passado pomada, eu também

tinha usado e sumiu (a mancha), graças a Deus. (P13)

Quando questionada sobre as orientações recebidas, a P13 afirma:

A única coisa que ela disse é que eu tinha que fazer logo com urgência era o exame que ela passou, colposcopia, pra saber, pra descobrir o que era. Ela disse pra mim que poderia ser uma... uma S... S... como é?... que poderia ser uma DST. [...] Ela me explicou sim como é que pega, só que aí ela me perguntou só o meu método de prevenção e se eu tivesse alguma coisa que eu tinha que procurar o tratamento, entendeu? [...] aí passou logo a colposcopia pra poder saber também, passou logo os dois. Só que o preventivo até hoje eu não fui buscar, nem sei se tá valendo. O atendimento do posto assim, pra essas coisas assim pra exame eu não gosto muito não, não gostei não. O mal funcionamento dos exames aí do posto é horrível, é péssimo. (P13)

Com relação ao serviço de saúde convidar o parceiro para realizar exames de IST,

P13 afirma:

Não, ela não me orientou pra meu marido procurar fazer tratamento não, isso daí não, não falou nada não. É porque assim, elas focam mais na gente que é mulher entendeu? Elas se preocupam mais com as mulheres do que com os homens, então ficou por isso mesmo, assim, só focou mesmo em mim. (P13)

É nítido que existe falhas de orientação e de comunicação do serviço de saúde para com as usuárias. O modelo técnico é hegemônico, ainda assim, não cumpre seu papel nesse sentido, muito menos considera o contexto em que a mulher vivencia suas experiências sexuais, o relacionamento com o parceiro, as desinformações e as vulnerabilidades.

6 DISCUSSÃO

A análise dos discursos das participantes do estudo mostra que durante o tratamento de infecções vaginais com abstinência sexual os homens se apresentam externos ao problema ginecológico da parceira. Embora predomine o respeito à abstinência sexual, não assumem responsabilidades.

De um lado, alguns homens agem apenas respeitando um momento que entende ser da parceira, com total isenção de responsabilidades, assim, não se sentem parte. Por outro lado, não há um reconhecimento por parte das mulheres de que isso seja um problema com responsabilidade compartilhada. Ambos naturalizam infecções e tratamentos que para algumas mulheres são recorrentes, e não enxergam vulnerabilidades da parceira e nem de si próprio.

O conceito de vulnerabilidade em saúde surge na década de 80 atrelado aos direitos humanos e traz a incorporação de perspectivas de conhecimento superando as práticas que outrora se voltavam apenas à superação do risco (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Os estudos sobre vulnerabilidade foram ampliados no campo da saúde após a epidemia da AIDS, nos anos de 1990 (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Vulnerabilidade é conceituada como o conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais, políticos, educacionais, biológicos e epidemiológicos, que em conjunto ou separadamente, atinge um grupo ou um indivíduo, estando este em maior grau de risco, condição ou dano (AYRES *et al.*, 2003; CARMO; GUIZARDI, 2018).

Ao articular conceitualmente vulnerabilidade com os resultados do nosso estudo, o homem, que em muitas situações é o responsável pelas infecções, é excluído do processo, com direito a *ficar chateado, mas compreender*, em uma posição de aceitar o que a mulher adquire, muitas vezes com ele, não sendo enxergado por ela nem pelo próprio, ou pelo menos não dito. O uso da camisinha não é mencionado, as relações sexuais sem proteção são parte de um cotidiano e as vulnerabilidades se mantêm.

Considerando a condição social das mulheres que participaram do estudo, os riscos a que se submetem sem questionamentos, inclusive porque não conseguem percebê-los, tendo em vista a pouca informação, encontram respaldo na afirmação de Costa e Couto (2007), ao afirmarem que o contexto em que a pessoa vive influencia diretamente suas ações comportamentais, precedidas de aceitação e percepção de risco pela própria pessoa e são resultado de uma construção histórica e social.

Segundo Ayres e colaboradores (2006) a noção de vulnerabilidade busca a resposta para a percepção de que a exposição ao adoecimento não se faz apenas com aspectos individuais, mas também coletivos, contextuais e ainda, em maior ou menor grau a disponibilidade de ferramentas de proteção. As mulheres que participaram da nossa pesquisa, têm vulnerabilidade social e econômica, em consequência de baixo nível de escolaridade e baixa renda, que culminam em dificuldades de acesso a informações, cabendo ao serviço de saúde assumir o papel de se fazer presente na vida das usuárias, garantindo ofertas segundo os princípios do SUS.

Traduzindo como vulnerabilidades, esta é indicativa de maior susceptibilidade a riscos e desvantagens na sociedade. Nesse aspecto, deve-se criar condições para a pessoa vulnerável mudar seu cenário e/ou mudar sua perspectiva de vida, a partir de incentivos institucionais, coletivos e individuais, dando visibilidade aos seres e grupos vulneráveis e buscando meios de combater a estrutura desigual de poder na sociedade (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Assim, o conceito de vulnerabilidade se desdobra como resposta a essas questões voltadas ao risco e condicionadas nas ações das pessoas adicionando a perspectiva do entendimento das relações, sociais, políticas e econômicas, recuperando aspectos não apenas do campo da saúde mas aspectos éticos, filosóficos e políticos reconhecendo as particularidades sociais que interagem em determinadas situações e condições de vida e que tornam as pessoas mais ou menos expostas a determinados problemas, potencial de adoecimento acesso a alternativas de proteção diante de risco (PERUCCHI *et al.*, 2011).

As vulnerabilidades que se apresentam nos resultados desta pesquisa são resultado de relações sexuais sem proteção, de submissão aos desejos masculinos por diferentes estratégias sendo a sedução uma eficiente forma de exercício de poder. A mulher se envolve e cede e, mesmo quando se refere a ela própria desejar a relação sexual em situação de abstinência, o homem participa subestimando o tratamento e estimulando entrar no jogo sexual, onde a mulher busca o autocontrole para a abstinência, mas o homem a manipula, fazendo romper a continuidade do tratamento ginecológico.

As relações de gênero são amplamente discutidas como determinantes de desigualdades, sendo transversal a todos os espaços sociais. Entende-se gênero como uma construção social das identidades baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, definindo papéis de homens e de mulheres, com hierarquização e legitimação do poder sob domínio masculino (SCOTT, 1995; 1999).

Em muitas situações, as relações de poder exercidas pelo homem são simbólicas, fazendo com que a mulher não tenha consciência dessa dominação. As ações são naturalizadas na construção de subjetividades e estruturada na sociedade, não sendo percebidas (ALVES, 2010).

Resultados de pesquisa mostram relatos de sujeição das mulheres no âmbito da sexualidade por diversos motivos, tais como medo de ser traída, medo de briga, agressão e a visão da mulher em ter que ceder ao sexo, mesmo contra sua vontade. Relatam que dar prazer ao homem é dever e obrigação da mulher, naturalizando o sexo como algo instintivo para o homem e, por isso, a mulher deve atender ao seu desejo (BARROS, 2020).

Ainda há uma naturalização muito presente, tanto para profissionais quanto para usuárias do sistema de saúde, da subordinação da mulher em ter relações sexuais com seu parceiro, ainda que contra seu desejo, prazer e/ou vontade. É comum a aceitação das mulheres, visualizando tais fatos como normais, não enxergando o problema, mesmo quando relatam fazer sexo com dor ou fingindo orgasmo somente para satisfazer a masculinidade do homem (MENEGHEL; ANDRADE, 2019).

Nos resultados do estudo em foco, segundo o discurso das mulheres, comportamentos machistas são evidenciados objetivamente ou subjacente às falas, em que o homem precisa de sexo como algo instintivo. Além disso, se naturaliza a aceitação das traições sexuais, quando a parceira não atende a essas “necessidades”.

Tendo em vista as relações de poder construídas histórica e culturalmente e legitimadas socialmente, compete ao homem o poder de mando e no âmbito da sexualidade, seu papel está incorporado como sujeito ativo enquanto a mulher é objeto passivo. Essa condição ainda reproduzida nas relações reduz as possibilidades de as mulheres construírem autonomia sobre a sua vida. Em ambiente de vulnerabilidade social e econômica, a dependência econômica aprofunda desigualdades e retarda acesso aos meios de reduzir vulnerabilidades também no âmbito dos relacionamentos.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), 2004, em sua proposição defende gênero e integralidade como eixos norteadores da atenção na perspectiva de reduzir iniquidades nas relações, tanto entre mulheres e parcerias como profissionais e usuárias (BRASIL, 2004).

No tocante à relação estabelecida entre o serviço de saúde e as mulheres, os resultados do nosso estudo mostram que foi comum mulheres não serem esclarecidas quanto ao problema que apresentavam para tratamento, subestimando-se o contexto em que

vivenciam suas experiências mantendo-se vulnerabilidades. Entende-se que o serviço aos moldes do modelo técnico da atenção superficializa tanto a dimensão técnica quanto exercita sua prática desconsiderando-se as relações de gênero na ocorrência das infecções genitais. Assim, negam-se esses eixos norteadores da PNAISM.

A integralidade proposta para a atenção à saúde, por sua vez, é polissêmica e permite múltiplas possibilidades de acolhimento de demandas das mulheres. Integralidade consiste no cuidado às pessoas, visando o todo, atentando-se às suas particularidades e individualidades, respeitando suas crenças, valores, direitos, trazendo seu estado social e cultural, sem reduzi-lo a uma doença, tratamento ou ao seu biológico (FONTOURA; MAYER, 2006; FIGUEIREDO, 2005).

Na saúde da mulher, Coelho *et al.*, 2009, consideram a integralidade como:

A concretização de práticas de atenção que garantam o acesso das mulheres a ações resolutivas construídas segundo as especificidades do ciclo vital feminino e do contexto em que as necessidades são geradas. Nesse sentido, o cuidado deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas, valorizando-se a influência das relações de gênero, raça/cor, classe e geração no processo de saúde e de adoecimento das mulheres (p.155).

Todavia, segundo os relatos das mulheres que participaram do estudo há permanência de vulnerabilidades desconsiderando-se dimensões além da clínica. Para seu êxito, faz-se necessário diálogo e trabalho em grupo que possibilitem troca de experiências e aprendizados entre mulheres mediados pelo serviço de saúde para que entendam o contexto em que tais infecções são adquiridas e as formas de prevenção.

A estrutura cultural da sociedade ainda é marcada por preconceitos e tabus, onde o tema “sexo” ainda é considerado “delicado”. Estudos mostram a prevalência da tecnicidade nas consultas e nas realizações de exame, espaço que deve ser aproveitado para a realização de educação em saúde, no tocante à saúde sexual, as experiências das mulheres nas relações sexuais, suas práticas e prevenções. Esse espaço limita-se aos protocolos institucionais para o atendimento, dando espaço a uma consulta apenas baseada no modelo biomédico, direcionando o atendimento à saúde reprodutiva com foco no ciclo gravídico puerperal (MENEGHEL; ANDRADE, 2019; SILVA; GITSOS; SANTOS, 2013).

Os dados evidenciam o déficit do serviço de saúde na orientação às mulheres e na falta de envolvimento do parceiro nesse processo, tornando-o à parte na responsabilização do tratamento e da prevenção de infecções genitais. É evidente a robotização do atendimento, ou seja, a parte técnica da consulta se sobressai às individualidades, o que

potencializa as vulnerabilidades das mulheres. Essas continuam apesar da presença constante de mulheres nos serviços de saúde, sendo hoje agravadas pelo distanciamento consequente à pandemia pelo coronavírus.

Atenção Primária à Saúde (APS) dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) atua no sentido de ordenar a rede de atenção à saúde e cuidado e tem possibilitado por meio da sua oferta assistencial o princípio da universalização (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016; CECILIO; REIS, 2018). Inserida em sua estrutura, a ESF tem possibilidade de articular recursos sociais por meio de ações de prevenção e promoção à saúde incorporando práticas de intervenção de modo reduzir a vulnerabilidades a ISTs e Aids, com o apoio e a integração de toda a equipe de saúde (AYRES *et al.*, 2006; ABDALLA; NICHATA, 2008).

A integralidade é um dos princípios que dá sustentação à atenção à saúde na ESF, mas apesar do potencial dessa estratégia de cuidado à saúde da população, há obstáculos para que a integralidade da atenção ocorra. Ressaltando um dos seus aspectos, há fatores culturais, de tecnologias de informação que não garantem a procura dos serviços por parte da população. Como exemplo da limitação dos serviços tem-se, o horário de atendimento ao público, que exclui boa parte das pessoas que estão em horário de trabalho e limita também a procura de preservativos por homens e nem sempre a mulher, que não se vê vulnerável ou não tem as devidas informações tem a iniciativa, contando-se também com o poder do parceiro nessa decisão.

De modo geral, as unidades da atenção básica têm expressado diversas impossibilidades e limitações quando se trata da abordagem a assuntos de sexualidade e reprodução, inclusive tem adotado posturas disciplinadoras e baseadas em condutas de cunho moral pessoas dos próprios profissionais (FERRAZ, 2008).

Entre as práticas de acolhimento nas ESF, ressalta-se a ação de aconselhamento como dispositivo importante para ruptura do ciclo de transmissão das infecções sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS e se fundamenta em informar, avaliar riscos e apoiar emocionalmente (TAEGTMEYER *et al.*, 2013). As ações da atenção básica, tanto no Brasil quanto no mundo apresentam baixo custo e grande efetividade. Associado a insumos e demais recursos, o aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva é uma importante ferramenta de enfrentamento das doenças (LETA; INGVILD; KNUT, 2012).

Pensada como uma nova rota para a prática do cuidado, a ESF traz como caminhos para a equipe multiprofissional o uso da reflexão e criticidade na avaliação dos diversos

contextos sociais, sem perder de vista a individualidade de cada ser. Promove a valorização da horizontalidade nas relações, a partir da qual é possível trabalhar a educação em saúde, de forma integrada e corresponsável com a pessoa que busca os serviços, e seu desenvolvimento por meio do diálogo, da escuta sensível, do respeito aos saberes e, da necessidade de compreensão dos processos de saúde-doença para realização efetiva do autocuidado (LABEGALINI; BALDISSERA, 2021).

Esse novo modelo de atenção busca superar as bases políticas e tecnicistas do trabalho em saúde que moldam a formação profissional, a organização dos serviços de saúde e são expressas por meio de ações individualizadas, fragmentadas, verticalizadas, curativistas e hospitalocêntricas, que se distanciam do objetivo de atender demandas da população de forma efetiva (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

Nessa perspectiva, o Sistema de Saúde brasileiro tem responsabilidade em direcionar a formação em saúde, além de ser um dos principais empregadores de profissionais de saúde do país. Neste campo da saúde acontecem disputas históricas entre o modelo hegemônico, ou biomédico, e o modelo contra-hegemônico, ou da Saúde Coletiva, onde se busca pelo serviço de saúde permeado no conhecimento das ciências da saúde e das Ciências Humanas e Sociais, com bases filosóficas, sociológicas, psicológicas e éticas (TEO; MATTIA, 2021)

Neste estudo, embora realizado no contexto de trabalho da ESF erguida sob bases conceituais e políticas transformadoras, a atuação de profissionais ainda se dá sob a luz do modelo hegemônico de saúde, que concretiza práticas sem o olhar sensível às necessidades individualizadas de cada mulher que procura o serviço.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As participantes da pesquisa são mulheres negras, pobres, que residem em periferia, baixa escolaridade, possuem filhos/as e dependem financeiramente do parceiro, de programas sociais do governo com auxílio financeiro ou de ajuda de parentes, o que aponta o grau de vulnerabilidade das mesmas.

Os resultados deste estudo mostram que a experiência das mulheres no tratamento de infecções genitais dá-se com tratamentos que exigem abstinência sexual, o parceiro respeita, e é isentado pelas companheiras e por si próprios da responsabilidade na transmissão de infecções. Assim, uma infecção genital não constitui oportunidade de enxergar vulnerabilidades, tendo em vista não haver informação clara pelo serviço de saúde, sendo por isso, banalizada e experienciada como algo comum e sem importância, havendo assim com participação do serviço na manutenção de vulnerabilidades das mulheres às IST/HIV.

Embora o tratamento de infecções genitais por si imponha ao casal a abstinência e por isso, não se instalam conflitos, há aceitação, aborrecimentos e supostas traições, bem como há os parceiros que fazem jogo de sedução para adiar ou interromper o tratamento, o que é verbalizado pela mulher também como desejo seu. Mas, são iniciativas do parceiro com banalização da infecção e do tratamento para o qual se apresenta sem responsabilidade, não se adotando medidas preventivas de recorrências, de IST/HIV mantendo-se a vulnerabilidade das mulheres.

Construções culturais de desigualdades de gênero ainda são predominantes na sociedade e a hierarquia nas relações entre casais, apesar das constantes mudanças, ainda é hegemônica, com a consequente hierarquia patriarcal. Essa naturalização de comportamentos machistas potencializam as vulnerabilidades das mulheres, no âmbito das experiências sexuais e da transmissão das IST/HIV.

É papel dos serviços de saúde exercerem a educação em saúde, trazendo orientações amplas sobre métodos de prevenção de ISTs e HIV/Aids, importância do uso da camisinha para além da proteção contra gravidez indesejada, a importância do tratamento efetivo de infecções genitais e aconselhamentos para o exercício da sexualidade sem preconceitos.

Os atendimentos à saúde, principalmente àqueles no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, são porta de entrada para exercício da educação em saúde, sendo necessária a

escuta livre de julgamentos, a disseminação de orientações e convite das parcerias para consultas, exames e tratamentos, para além das técnicas biomédicas.

As usuárias do sistema de saúde precisam conhecer o seu corpo e ter poder nas experiências sexuais, para assim, reduzir os impactos causados pela vulnerabilidade a que estão expostas e se empoderar.

O estudo amplia a discussão sobre o tratamento de infecções vaginais para além do problema ginecológico em si e o relaciona a questões de gênero, ao exercício de poder dos parceiros sobre as mulheres e a submissão delas no âmbito da sexualidade, com desresponsabilização do homem pelas infecções.

O estudo dá visibilidade à dificuldade por parte dos serviços de saúde em promover a educação em saúde, numa perspectiva libertadora. Seus resultados, uma vez levados ao conhecimento do serviço poderá ressignificar o olhar sobre as práticas e despertar profissionais de saúde para buscar estratégias que possibilitem a criação de espaços de escuta para mulheres e valorização do contexto em que se inserem suas demandas por cuidado valorizando as relações de gênero e a integralidade do cuidado.

Os limites do estudo se relacionam às dificuldades enfrentadas para acesso às mulheres para participar da pesquisa em meio ao enfrentamento da pandemia da Covid-19, que também restringiu atendimentos à saúde sexual e reprodutiva. Assim, sugerimos novas pesquisas referentes à temática de modo a ampliar os olhares para as questões estudadas.

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, F.T.M; NICHATA, L.Y.I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. **Saúde Soc.**, v.17, n.2, p.140-52, 2008.
- ALVES, A. Teorias de “poder” na relação entre indivíduos e/ou instituições no processo de organização social: um diálogo entre Foucault, Balandier e Bourdieu. **Revista Diálogos**, Garanhuns, v. 1, n. 3, 134-156, 2010. Doi.: 10.13115/2236-1499.2010v1n3p134.
- ALVES, C.A; BRANDÃO, E.R. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 661-670, mar/abr. 2009.
- ANDRADE, S.S.C *et al.* Prevention of vulvovaginitis: using the women's speeches for developing health care guidelines. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 339-345, jan. 2012.
- ANDRADE, S.S.C *et al.* Agentes microbiológicos de vulvovaginites identificados pelo papanicolau. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 8, n. 2, p. 338-345, fev. 2014.
- ARANTES, L.J; SHIMIZU, H.E; HAMANN, E.M. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 5, 2016.
- ASSIS, M.R *et al.* Conhecimento e prática sexual de gestantes HIV positivas atendidas em hospital universitário. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 24, n. 6, p. e12536, dez. 2016.
- ÁVILA, M.B; CORRÊA, S. **Movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos – saúde sexual reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec; 1999.
- AYRES, J.R.C.M *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In. CZERESNIA, D; FREITAS, C.M de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p.117-139.
- AYRES, J.R.C.M *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção à saúde. In: Campos, GWS, *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo (SP): Hitec, Editora Fiocruz; 2006.
- AZEVEDO, E.L. Gênero: trocando em miúdos. In: VANIN, I.M; GONÇALVES, T (organizadoras). **Caderno Gênero e Trabalho**. Salvador: REDOR, 2005.
- BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Diretoria de Gestão do Cuidado. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Bahia: Secretaria da Saúde do Estado, 2016.

BARCELOS, M.R.B *et al.* Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 349-354, jul. 2008.

BARROS, AR. **Sentidos da experiência da sexualidade no discurso de mulheres.** 2020. 175.f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2020.

BEAUVOIR, S. **O Segundo sexo** – fatos e mitos; tradução de Sérgio Milliet. 4 ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1980.

BENTO, B. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 549-559, Aug. 2011.

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1999.

BOURDIEU, P. **Razões práticas:** sobre a teoria da ação. São Paulo: Papirus, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1. ed., Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV, AIDS e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, DIVEP/SVS/SES-DF. Ano 8, n 01, novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral de Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: ministério da saúde, 2015. 120p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2016.

BUTLER, J. **Problemas de gênero:** feminismo e subversão da identidade. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAREGNATO, R.C.A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto - enferm.**, v. 15, n. 4, p. 679-684, dec. 2006.

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, n. 3, e00101417, 2018.

CARVALHO, N.S *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecções que causam corrimento vaginal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. spe1, e2020593, 2021.

CECILIO, L.C.O; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.8, e00056917, 2018.

CHIRINOS, J.L; BARDALES, O; SEGURA, M.D. Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, jan. 2006.

COELHO, E.A.C; FONSECA, R.M.G.S; GARCIA, T.R. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e saúde da mulher: conquistas e desafios. In: VANIN, I.MT (organizadoras). **Caderno Gênero e Trabalho**. Salvador: REDOR, 2005.

COELHO, EAC *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, mar. 2009.

CORDEIRO, F *et al.* Entre negociação e conflito: gênero e coerção sexual em três capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1051-1062, Aug. 2009.

DAKO-GYEKE, P. “Safe Sex Talk:” Negotiating safe sex practices in heterosexual relationships. **Mediterranean Journal of Social Sciences**, Rome. v. 4, n. 2, may. 2013.

DE CICCO, R.R; VARGAS, E.P. Diversidade sexual, gênero e novas formas de organização da família: questões para o ensino e a comensalidade. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 539-557, ago. 2016.

FERRAZ, D.A.S. **Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/AIDS numa unidade de saúde da família**. Dissertação (Mestrado). São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a Cuidar da Saúde Pública**. Difusão, 2006.

FIORIN, JL. **Linguagem e ideologia**. 3ª ed. São Paulo: Ática, 2005.

FONSECA, J.G. **Aborto legal no Brasil: avanços e retrocessos**. 1ª. ed. Curitiba: Appris, 2018.

FONTOURA, R.T; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a Integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n.4, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Organização e introdução de Roberto Machado. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

GARCÍA, P.J *et al.* Reproductive tract infections in rural women from the highlands, jungle, and coastal regions of Peru. **Bulletin of the World Health Organization**. v. 82, n.7, p. 483-92, 2004.

GIOVANELLA, L.F; FRANCO, C. M; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, pp. 1475-1482, 2020.

GOMES, V.L.O *et al.* Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 22-30, Mar. 2011.

GREGOLIN, MRV. A análise do discurso: conceitos e aplicações. **ALFA: Revista de Linguística**, v. 39, p. 13-21, 1995.

HOLLAND, D *et al.* **Identity and agency in cultural worlds**. Cambridge: Havard University Press. Cambridge, 1998.

JALIL, E.M *et al.* Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 614-619, 2008.

LABEGALINI, C.M.G; BALDISSERA, V.D.A. A construção de práticas educativas contra-hegemonicas: uma análise da influência de políticas e programas de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v.13, p. 72-79, 2021.

LARA, L.A.S. Sexualidade, saúde sexual e Medicina Sexual: panorama atual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 583-585, Dec. 2009.

LETA, T.H; INGVILD, F.S; KNUT, F. Factors affecting voluntary HIV counselling and testing among men in Ethiopia: a cross-sectional survey. **BMC Public Health.**, v.12, p.438-49 2012.

MACEDO, L.C *et al.* Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 12, n. 26, p. 649-657, sept. 2008.

MADUREIRA, V.S.F; TRENTINI, M. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 637-642, Oct. 2008.

MAHARAJ, P; CLELAND, J. Risk perception and condom use among married or cohabiting couples in KwaZulu-Natal, South Africa. **Int Fam Plan Perspect.**, v. 31 n.1, p. 24-9, 2005.

MARTINS, D.C *et al.* Comportamento sexual e infecções sexualmente transmissíveis em mulheres de apenados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3043, 2018.

MATTOS, J.G.B. **Direitos Sexuais e Reprodutivos: Como incluir os homens?** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2003.

MENEGHEL, S.N; ANDRADE, D.P. Conversas entre mulheres durante o exame citopatológico. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 174-186, jun. 2019.

MINAYO, M.C.S, **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec. 2013.

MONTEIRO S. L *et al.* A análise do discurso e questões sobre a linguagem. **Rev. X**, v.2, p.1-18, 2006.

MOORE, H. **Compreendendo sexo e gênero**. Biologia e Cultura. “Understanding sex and gender. IN: INGOLD, T. (ed.), Companion Encyclopedia of Anthropology. Londres: Routledge, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis**. Brasil: OPAS, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/6-6-2019-cada-dia-ha-1-milhao-novos-casos-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-curaveis>. Acesso em 24 set. 2021.

ORLANDI, EP. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 5ª ed. Campinas: Pontes, 2003.

PERUCCHI, J *et al.* **Psicologia e Políticas Públicas em HIV/AIDS**: algumas reflexões. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. spe, p. 72-80, 2011.

POLIT, DF; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRO, K.C.S; SILVA, J; SALDANHA, A.A.W. Querer é Poder? A Ausência do Uso de Preservativo nos Relatos de Mulheres Jovens. **DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v.23, n. 2, p. 84-89. 2011.

ROWLEY, J *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. **Bull World Health Organ.**, v. 97, n. 8, p. 548–562, 2019.

SALDANHA, A.A.W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SÁNCHEZ, A. I.M; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n.2, p. 319-324, 2007.

SANTOS, FCM. **Negociando significados**: coerção sexual em narrativas de jovens brasileiros. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2008.

SANTOS, G; BUARQUE, Cristina. **O que é gênero?** In: Caderno Gênero e Trabalho. VANIN, Iole Macedo; GONÇALVES, Terezinha (organizadoras). Salvador: REDOR, 2005.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Tradução: Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. 2ªed. Recife: S.O.S Corpo, 1995.

SCOTT, J.W. **Gender and the politics of history.** Nova York: Columbia University Press, 1999.

SILVA, A.K.L.S. Diversidade sexual e de gênero: a construção do sujeito social. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 12-25, 2013.

SILVA, C.M; VARGENS, O.M.C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 401-406, Jun 2009.

SILVA, M.M; GITSOS J; SANTOS, N. L.P. Atenção básica em saúde: prevenção do câncer de colo do útero na consulta de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, esp.1, p.631-6, 2013.

SILVEIRA, D.T; CÓDOVA, F.P. **A pesquisa científica.** In: GERHARDDT, T.E; SILVEIRA, D.T. (org.). Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Editora de UFRGS, 2009.

SOSA-SANCHEZ, I.A; ERICE, J.E. Narrativas sobre género y sexualidad en médicos mexicanos. Sus implicaciones sobre las regulaciones corporales, sexuales y reproductivas. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 4665, Dec. 2017.

SOUSA, J.J. **Circunstâncias da ocorrência da gravidez não planejada em mulheres adultas.** 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

SOUZA, K.V; TYRRELL, M.A.R. Os fatos & atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: em recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 47-54, Mar. 2007.

SOUZAS, R; ALVARENGA, A.T. Da negociação às estratégias: relações conjugais e de gênero no discurso de mulheres de baixa renda em São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 15-34, Dec. 2001.

TAEGTMEYER, M *et al.* Challenges in providing counselling to MSM in highly stigmatized contexts: results of a qualitative study from Kenya. **PLoS One.**, v.8, n.6, e64527, 2013.

TANAKA, V.A *et al.* Perfil epidemiológico de mulheres com vaginose bacteriana, atendidas em um ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis, em São Paulo, SP. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 1, p. 41-46, Feb. 2007.

TAQUETTE, S.R; RODRIGUES, A.O; BORTOLOTTI, L.R. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo masculino: um estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2193-2200, 2015.

TEO, C.R.P.A; MATTIA, B.J. Formação profissional em saúde: pelas tramas das diretrizes curriculares nacionais. **Costuras entre educação e saúde**, p. 44. 2021.

WEEKS, J. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 109, p. 35-82, Mar. 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae**. Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually transmitted infections (STIs)**. WHO, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Transmitted Infections (STIs): e importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health**. Geneva: WHO, 2013.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

Pesquisa: NEGOCIAÇÃO DA ABSTINÊNCIA SEXUAL POR MULHERES EM TRATAMENTO DE INFECÇÕES GENITAIS.

Pesquisadoras: Diana Santos Sanchez. Cel. (71) 99256-2335. E-mail: dianassanchez@hotmail.com.

Orientadora: Edméia de Almeida Cardoso Coelho. Cel. (71) 98784-8194. E-mail: edmeia@ufba.br.

Coorientadora: Jamile Guerra Fonseca. Cel. (71) 99611-9558. E-mail: jamgfonseca@gmail.com.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Venho convidá-la para participar da pesquisa "Negociação da abstinência sexual por mulheres em tratamento de infecções genitais". Esta pesquisa tem como objetivos:

- Analisar a experiência de mulheres em tratamento de infecções genitais na negociação da abstinência sexual com pessoas com quem se relacionam sexualmente.
- Descrever a experiência de mulheres em tratamento de infecções genitais na negociação da abstinência sexual.
- Discutir a negociação da abstinência sexual com sua parceria por mulheres em tratamento de infecções genitais.

Esta pesquisa poderá permitir que as participantes reflitam sobre o poder e sobre seu corpo, diante da negociação para não ter relações sexuais durante o tratamento de infecções ginecológicas. Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia- CEPEE.UFBA, situado na Rua Augusto Viana, s/n, 4º andar, sala 432-437, Campus do Canela, CEP. 40110-060, Salvador-BA. Tel. para contato: (71) 3283-7615. E-mail: cepee.ufba@ufba.br. Cada mulher convidada a participar foi contactada por meio da técnica Bola de Neve, que consiste em uma mulher, identificada por ter vivido a experiência, conhecer outra mulher, fazer contato e se ela consentir, indicá-la para a pesquisadora. A técnica para obtenção das informações será entrevista virtual, isto é, por meio de aplicativos de mensagens, WhatsApp, email,

contato telefônico por celular e/ou formulário eletrônico. As informações serão guardadas pelas pesquisadoras durante o período de 05 (cinco) anos e os resultados obtidos serão colocados à disposição das participantes e usados apenas para fins científicos. Serão garantidos para as participantes do estudo a privacidade e o anonimato, portanto sua identidade não será revelada. Toda pesquisa que envolve seres humanos pode gerar riscos. O dano poderá ser imediato, por envolver perguntas que provoquem lembranças emotivas de diferentes vivências, este risco se justifica por lembrar aspectos do dia-a-dia ou do passado. Se acontecer risco de desconforto durante as perguntas, será oferecido esclarecimentos sobre o estudo, com o intuito de tirar dúvidas; lembrar que a participação é voluntária e as respostas são confidenciais e anônimas; caso necessário e solicitado pela participante será realizada a interrupção da entrevista. Também será oferecido, se necessário, suporte psicológico ofertado de forma gratuita pelo Instituto de Psicologia da UFBA (endereço: Campus São Lázaro, Rua Aristides Novis, 197 - Estrada de São Lázaro, Salvador- BA. Telefone: 071 3235-4589), onde será possível fazer acompanhamento psicológico, conforme agendamento feito por telefone de acordo com os horários disponíveis pela instituição. A interessada poderá reservar um horário para ir semanalmente (de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 17:00 horas). O tempo de tratamento ocorre de acordo com a necessidade para cada caso. A pesquisa trará benefícios, mesmo que indiretamente, contribuindo para a divulgação do conhecimento científico para a sociedade, oportunizando refletir sobre a negociação da abstinência sexual para mulheres em tratamento de infecções genitais. A entrevista será realizada após aceitação em participar do estudo e o consentimento será registrado por meio de documento eletrônico (áudio ou documento digitalizado), que será escolhido de acordo com as necessidades individuais de cada participante da pesquisa. O TCLE será enviado através de email ou aplicativo de mensagem para que a participante possa ler e assinar, ou autorizar a sua participação por gravação de áudio. A participante ficará com uma via do TCLE e a outra via ficará com as pesquisadoras. As entrevistas serão marcadas com a participante e a pesquisadora.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecida, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios da presente pesquisa. Fui igualmente informada:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente à pesquisa;
- De que o estudo será publicado em âmbito acadêmico e que serão respeitados os preceitos éticos;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum;
- Da segurança de que não serei identificado, garantindo meu anonimato e confidencialidade.
- De que este documento é elaborado em duas vias, ficando uma em meu poder e outra com os pesquisadores.

A pesquisadora estará disponível para prestar os esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que vierem a surgir.

Eu, _____, afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou obter qualquer ônus, posto na finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Aceito participar da pesquisa, emitindo meu parecer quando solicitado e permitindo a gravação de áudio.

Salvador, _____ de _____ 2020.

Participante da Pesquisa

Pesquisadora

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados e roteiro da entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Pesquisa: NEGOCIAÇÃO DA ABSTINÊNCIA SEXUAL POR MULHERES EM TRATAMENTO DE INFECÇÕES GENITAIS.

Pesquisadoras: Diana Santos Sanchez. Cel. (71) 99256-2335. E-mail: dianassanchez@hotmail.com.

Orientadora: Edméia de Almeida Cardoso Coelho. Cel. (71) 98784-8194. E-mail: edmeia@ufba.br.

Co-orientadora: Jamile Guerra Fonseca. Cel. (71) 99611-9558. E-mail: jamgfonseca@gmail.com.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Nome:

2. Idade:

3. Raça/cor-etnicidade:

Preta () Branca () Parda () Amarela () Indígena ()

4. Situação conjugal:

Solteira () Casada () União estável () Divorciada () Viúva ()

5. Religião:

Sem religião () Católica () Evangélica () Candomblecista () Umbandista ()

Espírita () Outra: _____

6. Prole:

Nenhum () Um () Dois () Três () Mais de três ()

7. Com quem mora?

Sozinha () Com filhos () Com parceria () Com parceria e filhos () Com familiares ()

8. Ocupação:

Caso esteja empregada, qual o tipo: Formal () Informal ()

Caso não possua emprego, você depende de algum tipo de auxílio?
 Não () Governamental () Não governamental () Do companheiro/a () Outros ()
 Quem?

9. Renda pessoal:

10. Renda familiar:

11. **Tem relações sexuais com:**

Homens () Mulheres () Homens e mulheres ()

QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA

1. Você já teve alguma infecção nos seus genitais? (Vagina, vulva ou outra).
2. Sim () Não ()
3. Se afirmativo, teve corrimentos? Sim () Não ()
4. O que você observou ou sentiu para entender que estava com problemas ginecológicos? Você pode falar como o problema se apresentou, se criou incômodos e quais foram esses incômodos?
5. Você procurou o serviço de saúde? Sim () Não ()
6. Na primeira vez? Sim () Não ()
7. Em outras vezes? Sim () Não ()
8. Só teve uma vez ()
9. Qual o intervalo de tempo que teve essas infecções?
10. Como foi o tratamento dessa infecção?
11. Você se relacionava com uma pessoa fixa na época que teve infecção ou infecções genitais? Sim () Não ()
12. Caso não esteja claro pelo relato e respostas anteriores qual a parceria sexual, se masculina ou feminina, perguntar: Você tinha parceiro ou parceira?
13. Houve orientação para não ter relações sexuais durante o tratamento?
14. Sim () Não ()
15. Como foi a negociação para não ter relação sexual durante o tratamento como foi a experiência com seu/sua parceiro/parceira no período do tratamento? Houve alguma mudança na relação de vocês? Você pode falar sobre a relação nesse período?
16. Você conseguiu ficar sem ter relações sexuais durante o tratamento?
17. Você conseguiu fazer todo o tratamento sem ter relação sexual?

QUESTÕES NORTEADORAS- 2ª PARTE DAS ENTREVISTAS

Quando conversamos a senhora estava realizando exame preventivo no posto de saúde, gostaria de saber se:

Recebeu o resultado do preventivo? Fez algum tratamento?

A senhora lembra o nome da inflamação ou da infecção que a senhora tratou? A enfermeira ou médica disse o nome da infecção ou inflamação que a senhora teve?

A senhora pode nos descrever as orientações que foram dadas pela enfermeira, médica ou outra profissional? (Sobre prevenção, formas de transmissão, participação do homem, meios de não ter novamente a infecção...)

O seu parceiro também fez tratamento? Se sim, ele foi chamado ao serviço de saúde ou a senhora levou remédios e explicou sobre a infecção?

Algumas infecções vaginais podem ser transmitidas pelo homem através das relações sexuais, no posto de saúde, a enfermeira ou médico/a explicou a importância de você e seu parceiro conversarem sobre esse assunto?

ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NEGOCIAÇÃO DA ABSTINÊNCIA SEXUAL POR MULHERES EM TRATAMENTO DE INFECÇÕES GENITAIS

Pesquisador: DIANA SANTOS SANCHEZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38390920.1.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.380.166

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação de segunda versão de protocolo de pesquisa que abordará a experiência de mulheres em tratamento de infecções genitais na negociação da abstinência sexual com suas respectivas parceiras. Estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratória que será realizado por meio da estratégia metodológica Bola de Neve,

utilizando entrevistas semi estruturadas, virtuais com mulheres em idade reprodutiva e vinculadas a Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário no município de Salvador-Ba. As entrevistas serão aplicadas por meio de ferramentas digitais, considerando cumprir a determinação de distanciamento social em virtude da pandemia pelo coronavírus. Considera-se haver meios de comunicação ao alcance das mulheres que participarão da pesquisa e que permite o contato à distância, por meio de aplicativos de mensagens, email e/ou formulário eletrônico, dando prioridade a meios que permitam a gravação e arquivamento do material. Inicialmente ocorrerá um contato por telefone, ligação de áudio ou de vídeo chamada, explicando sobre a pesquisa e verificando interesse e disponibilidade da participante em responder. A análise de dados será feita por meio da técnica de Análise de Discurso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 4.380.166

- Analisar a experiência de mulheres em tratamento de infecções genitais na negociação da abstinência sexual com pessoas com quem se relacionam sexualmente.

Objetivos Secundários:

- Descrever a experiência de mulheres em tratamento de infecções genitais na negociação da abstinência sexual;
- Discutir a negociação da abstinência sexual com sua parceria por mulheres em tratamento de infecções genitais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito no Formulário de Informações Básicas da Plataforma Brasil:

Riscos:

"O estudo em seu conteúdo pode trazer riscos às participantes, pois trata de assuntos que podem remeter a lembranças passadas e trazer à tona ansiedades e medos. Todos os cuidados serão tomados para que haja a participação voluntária, garantindo sigilo das informações das participantes envolvidas. Porém, com a possibilidade de ocorrer situações de inibições e desconfortos, tendo em vista se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, antecedendo a coleta de dados, as participantes serão orientadas quanto à interrupção em qualquer etapa da pesquisa, sempre que solicitado pela participante, caso deseje. O desconforto porventura gerado nos questionamentos poderá ser minimizado mediante as seguintes estratégias: oferecer mais esclarecimentos sobre o estudo, com o intuito de sanar dúvidas; lembrar que a participação é voluntária e as respostas possuem caráter confidencial e anônimo. Levando em consideração que o relato pode causar algum desconforto à participante que poderá rememorar algum evento, caso solicitado pela participante será realizada a interrupção da entrevista e se necessário, a participante será encaminhada, após contato prévio, ao suporte psicológico gratuito e por livre demanda no Instituto de Psicologia da UFBA, conforme documento anexo."

Benefícios:

"O principal benefício da pesquisa será dar mais visibilidade a questões de saúde das mulheres, nem sempre visibilizada pelos serviços de saúde e provocar reflexões acerca da negociação para a abstinência sexual em mulheres em tratamento de infecções genitais."

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 4.380.166

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de mestrado vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Pretende-se realizar a produção de dados com 20 participantes mulheres, cujos critérios de inclusão e exclusão são os seguintes:

Critério de Inclusão:

"As participantes da pesquisa serão mulheres que já foram acometidas ou estão em tratamento de infecções genitais, que necessitam de abstinência sexual. Respeitar-se-á a ordem proposta pela técnica bola de neve e retornará à semente, no caso a enfermeira responsável pela UBS Estrada da Cocisa. Após informadas sobre os objetivos do estudo, será feita a proposta da participação na pesquisa por meio de entrevista virtual. Serão

discutidas viabilidades mediante aceitação em participar do estudo e registro do consentimento em documento eletrônico ou mídia digital, que será escolhido de acordo com as características individuais das participantes da pesquisa. Serão incluídas no estudo mulheres em idade reprodutiva, usuárias da Estratégia de Saúde da Família (ESF), cadastradas na área de cobertura da USF Estrada da Cocisa do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário. Serão critérios de inclusão: - Ter histórico de pelo menos um episódio de infecção genital que exija abstinência sexual; - Ter histórico de tratamento por alguma infecção genital nos últimos 2 anos. A limitação do tempo deve-se ao fato de ser a informação beneficiada por memória recente. - Ter relações sexuais com homens, com mulheres ou com ambos."

Critério de Exclusão:

"Ter menos de 18 anos, tendo em vista necessitarem de autorização de pai, mãe ou responsável, bem como preservar a intimidade de adolescentes frente a familiares."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados 18 documentos ao protocolo de pesquisa na Plataforma Brasil. Conforme solicitado no parecer consubstanciado 4.327.356, houve adequações no TCLE, no projeto brochura e no formulário de informações básicas da Plataforma Brasil.

Recomendações:

Apresentar, como notificação, via Plataforma Brasil, os relatórios parciais semestrais e final do projeto, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa, conforme a Resolução

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA**



Continuação do Parecer: 4.380.166

CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa atendeu completamente as recomendações do parecer consubstanciado 4.327.356. Assim, sugere-se parecer de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovação ad referendum, tendo em vista considerações prévias em reunião de Colegiado. Ressalta-se que, após realizar modificações atendendo às recomendações descritas no parecer consubstanciado 4.327.356, esta segunda versão do projeto atende aos princípios éticos e bioéticos emanados das Resoluções n.466/2012 e n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1632917.pdf	14/10/2020 16:48:19		Aceito
Outros	SERVICO_PSIKOLOGIA_UFBA.pdf	14/10/2020 16:46:54	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_DIANA_SANCHEZ_ALTERACOES_CEP.pdf	14/10/2020 16:44:47	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ALTERADO_CEP.pdf	14/10/2020 16:44:13	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA_PESQUISA_2.pdf	14/10/2020 16:43:51	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_DIANA.pdf	21/09/2020 08:54:39	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA.pdf	18/09/2020 17:27:52	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Outros	TERMO_DE_AUTORIZACAO_INSTITUCIONAL_DA_INSTITUICAO_PROPONENTE.pdf	18/09/2020 17:27:19	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	18/09/2020 17:25:30	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Outros	Termo_de_Anuencia_Parecer_32_2020.pdf	18/09/2020 17:24:32	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Outros	ANUENCIA_SECRETARIA_MUNICIPAL_SAÚDE_PARECER_03220_EEUFBA.pdf	18/09/2020 17:22:53	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Outros	DECLARACAO_INICIO_DE_PESQUISA_APOS_APROVACAO_DO_CEP.pdf	18/09/2020 17:20:57	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA - UFBA



Continuação do Parecer: 4.380.166

Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	SOLICITACAO_DE_CAMPO_E_RESPONSTA_DE_ANUENCIA.pdf	18/09/2020 17:18:20	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/09/2020 17:15:29	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAO_CONCORDANCIA_COM_O_PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	18/09/2020 17:14:22	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DA_PESQUISADORA_E_EQUIPE.pdf	18/09/2020 17:13:02	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAO_DE_ANUENCIA_DA_INSTITUICAO_COPARTICIPANTE.pdf	18/09/2020 17:08:14	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/09/2020 16:59:06	DIANA SANTOS SANCHEZ	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 04 de Novembro de 2020

Assinado por:

Daniela Gomes dos Santos Biscarde
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ANEXO 2- Autorização da Secretária de Municipal de Saúde de Salvador-Ba



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL**

Salvador, 17 de setembro de 2020.

PARECER Nº. 032/2020

PROJETO/TÍTULO:

- NEGOCIAÇÃO DA ABSTINÊNCIA SEXUAL POR MULHERES EM TRATAMENTO DE INFECÇÕES GENITAIS.

OBJETIVO GERAL:

- Analisar a experiência de mulheres em tratamento de infecções genitais na negociação da abstinência sexual com pessoas com quem se relacionam sexualmente.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL:

- Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho, orientadora, Profa. Dra. Jamile Guerra Fonseca, coorientadora, Diana Santos Sanchez, mestranda.

INSTITUIÇÃO PROPONENTE:

- Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE:

- Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Salvador.

CONSIDERAÇÕES:

- Considerando a Carta nº. 0244/2010, CONEP/CNS; a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/12; Resolução do CNS nº. 510/2016; Resolução nº. 580/2018; a Lei nº. 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso a informações.

ITENS OBSERVADOS:

ITEM	CONTEMPLADO	PARCIALMENTE CONTEMPLADO	NÃO CONTEMPLADO	NÃO SE APLICA
JUSTIFICATIVA	X			
OBJETIVOS	X			
METODOLOGIA	X			
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	X			
INSTRUMENTOS DE COLETA	X			
LOCUS DA PESQUISA	X			
RISCOS E ENCAMINHAMENTOS CASO NECESSÁRIO	X			



**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL**

ITEM	CONTEMPLADO	PARCIALMENTE CONTEMPLADO	NÃO CONTEMPLADO	NÃO SE APLICA
MEIOS DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS				
TCLE OBS. A RESOLUÇÃO 466/12 LIGUAGEM CLARA E ACESSÍVEL	X			
SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE ENTREVISTAS E/OU ACESSO A DOCUMENTOS	X			
CRONOGRAMA	X			
OUTROS (Orçamento)	X			

RECOMENDAÇÃO:

-

OBSERVAÇÕES:

- Enviar o documento de Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa da EEUFBA para o e-mail:
- integracaoensinoservico.sms@gmail.com

SITUAÇÃO:

- **APROVADO**

Salvador, 17 de setembro de 2020.


 Amir Silva Ferreira
 Matr. 304.2257
 Tec. CGPS/SMS

ANEXO 3- Termo de Anuência Institucional

Secretaria
da Saúde



COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SMS
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

Salvador, 17 de setembro de 2020.

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Secretaria Municipal da Saúde do município de Salvador e Distritos Sanitários, declaram-se conhecer as normas e resoluções que norteiam a prática de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução do CNS 466/2012, a Resolução do CNS Nº 510/2016 e estar ciente das corresponsabilidades como instituição coparticipante, bem como do compromisso de garantir a segurança e o bem estar dos sujeitos e dados selecionados em seu âmbito para a realização do projeto de pesquisa denominado: **NEGOCIAÇÃO DA ABSTINÊNCIA SEXUAL POR MULHERES EM TRATAMENTO DE INFECÇÕES GENITAIS**. O objetivo deste estudo é analisar a experiência de mulheres em tratamento de infecções genitais na negociação da abstinência sexual com pessoas com quem se relacionam sexualmente.

Esta pesquisa será conduzida pelas pesquisadoras responsáveis Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho, orientadora, Profa. Dra. Jamile Guerra Fonseca, coorientadora, Diana Santos Sanchez, mestranda. As pesquisadoras apresentaram o projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal desta secretaria, obtendo autorização no Parecer Nº. **032/2020** e este Termo de Anuência Institucional (TAI), para sua condução, após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa da EEUFBA.

Atenciosamente
MS Melícia Silva Reis Góes
Subcoordenadora CGPS/SMS
Mat. 980783

Melícia Silva Reis Góes
Subcoordenadora de Capacitação/CGPS/SMS

OBS. Este TAI não permite acesso ao lócus de pesquisa para coleta de dados, a pesquisa só poderá ter início após envio de ofício de autorização desta Subcoordenadoria de Capacitação ao Distrito Sanitário e/ou unidade requisitada.