



UNIVERSIDADE FEDERAL ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

ISABELLA CRISTINA ALVES PEREIRA

**NECESSIDADES E DEMANDAS DE SAÚDE DAS MULHERES NAS INFECÇÕES
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA PERSPECTIVA DE ALFRED SCHUTZ**

RIO DE JANEIRO
2019

ISABELLA CRISTINA ALVES PEREIRA

**NECESSIDADES E DEMANDAS DE SAÚDE DAS MULHERES NAS INFECÇÕES
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA PERSPECTIVA DE ALFRED SCHUTZ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Necessidades de saúde como questão ética do cuidar e do assistir.

Linha de Pesquisa PPGENF: Saúde, História e Cultura: saberes em Enfermagem.

Linha de pesquisa CNPq: Enfermagem e População: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.

Orientadora:

PROF.^a DR.^a FLORENCE ROMIJN TOCANTINS

RIO DE JANEIRO
2019

Catálogo informatizado pelo(a) autor(a)

P436 Pereira, Isabella Cristina Alves
NECESSIDADES E DEMANDAS DE SAÚDE DAS MULHERES NAS
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA PERSPECTIVA
DE ALFRED SCHUTZ / Isabella Cristina Alves
Pereira. -- Rio de Janeiro, 2019.
111

Orientadora: Florence Romijn Tocantins.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2019.

1. Saúde da Mulher. 2. Infecções Sexualmente
Transmissíveis. 3. Atenção Primária à Saúde. 4.
Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde . I.
Tocantins, Florence Romijn , orient. II. Título.

PEREIRA, Isabella Cristina Alves. **Necessidades e Demandas de saúde das mulheres nas infecções sexualmente transmissíveis na perspectiva de Alfred Schutz**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Necessidades de saúde como questão ética do cuidar e do assistir.
Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: saberes em Enfermagem.
Linha de pesquisa CNPq: Enfermagem e População: Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.

Aprovada em ___ / ___ / ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Florence Romijn Tocantins
Presidente

Prof.^a Dr.^a Aldira Samantha Garrido Teixeira
Primeira Examinadora – UFF

Prof.^a Dr.^a Adriana Lemos
Segunda Examinadora – UNIRIO

Dr.^a Ana Luiza Barreto Zapponi
Suplente

Prof.^a Dr.^a Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa
Suplente – UNIRIO

RIO DE JANEIRO
2019

Dedico este estudo, todo empenho e dedicação para as mulheres, estas a quem eu tenho o privilégio de participar do cuidado de sua saúde. Também dedico às mulheres da minha vida, mãe, irmã, tias, primas, amigas, colegas de profissão, mulheres que fazem parte da minha vida e da minha história.

Dedico às mulheres que me inspiraram a crescer a cada dia, minha mãe, irmã, avós, amigas e as minhas professoras, com quem tive o privilégio de aprender mais sobre o cuidado, sobre o amor. A elas, eu agradeço por terem compartilhado comigo seus conhecimentos, o que me ajudou a crescer. A cada dia lembro que por causa de cada uma delas, pude alcançar mais este sonho.

Dedico a minha vida para ao cuidar e que este cuidado possa se transformar em amor: amor à minha profissão, à enfermagem, às mulheres e ao outro. Que o amor possa começar em mim. “Haja mais amor a começar em mim” (Pedro Valença).

AGRADECIMENTOS

A gratidão por mais este sonho alcançado é difícil de ser expressa em palavras, mas agradeço a todos que participaram deste sonho comigo.

Ao PPGENF, eu agradeço desde a aprovação na seleção do Mestrado, do privilégio de retornar à EEAP. Com alegria eu retornei à escola em que tanto aprendi para alcançar mais uma etapa na minha trajetória. Agradeço a todo o corpo docente da EEAP e do PPGENF por contribuírem na minha carreira acadêmica e ter chegado até aqui. Muito Obrigada!

Tenho um agradecimento especial para a minha orientadora, Prof.^a Florence Romijn Tocantins. Agradeço por ter me recebido novamente como discente, como sua orientanda. Muito obrigada pelas reflexões, inspiração, pela amizade, companheirismo e pelo privilégio de poder compartilhar desses momentos juntas. Muito obrigada, professora, por toda a sua dedicação e empenho. Saiba que em toda orientação pude refletir sobre mim mesma, sobre a minha prática assistencial, sobre a enfermagem.

Muito obrigada por me ajudar a crescer e saiba que esta caminhada não termina aqui, pois muitos sonhos ainda virão e espero que possamos compartilhar de mais momentos juntas. Muito obrigada, professora! É um privilégio aprender com você.

Obrigada aos professores que fizeram parte da minha história. Foi por meio de vocês que pude alcançar mais este passo e ser quem sou hoje. Vocês me auxiliaram, a cada dia, na minha caminhada e, por isto, deixo o meu agradecimento por ter conseguido chegar até aqui. Foi uma caminhada que fizemos juntos.

Grande é a responsabilidade depositada em vocês, mas saibam que, mesmo com as dificuldades, todo o ensinamento ajuda na caminhada de alguém. Eu fui uma destas e quero, assim como me ajudaram, ajudar também alguém.

Aos meus colegas de profissão, de trabalho, colegas e amigos discentes do PPGENF, muito obrigada por terem participado desta caminhada junto comigo. Obrigada pela paciência e compreensão. Juntos compartilhamos esta vitória alcançada.

Aos meus amigos, eu agradeço por terem participado comigo deste sonho. Vocês sonharam comigo, desde o processo seletivo, e participaram da minha vida e da minha trajetória até aqui. Agradeço por ter vocês em minha vida para compartilhar todos os momentos.

À minha família, eu agradeço pelo empenho e dedicação. Esta é uma conquista também nossa. Obrigada pela paciência, pela compreensão e por me ajudarem neste sonho. Ao meu pai, Mário, e irmãos, Pedro, João e Thiago, eu agradeço pelo amor, dedicação e incentivo para ter chegado até aqui. Amo Vocês!

Neste momento, quero agradecer àquelas que são tudo em minha vida, que não existo sem elas. À minha mãe, muito obrigada pelo privilégio de ser sua filha e me desculpe se, às vezes, em palavras, não expresso meu amor por você. Obrigada por ter me dado a vida, ter me ensinado e incentivado. Sem você, eu não teria chegado até aqui, pois quando eu queria desistir, você me incentivou, apoiou e foi meu porto seguro.

Obrigada por ser minha mãe e ter dedicado a sua vida em ser mãe. Você é meu maior exemplo de luta! Você me disse “eu quero ver vocês na Federal” e foi assim que aconteceu! Meu coração se enche de amor e alegria em lembrar que com você aprendi o amor pela enfermagem e pela vida. Amo você!

Agradeço a quem também é tudo em minha vida, aquela que é mais que irmã; é confidente, melhor amiga, professora, tradutora, maior incentivadora e minha escada para o sucesso. Dede, esta conquista é sua também. Você sonhou comigo este sonho e quando eu queria desistir, você me incentivou e torceu por mim. Traçou esta caminhada junto comigo; chorou quando eu chorei, sorriu quando eu sorri. Saiba que te dedico esta vitória. Obrigada pelo amor e compreensão. Saiba que este é só o começo dos sonhos! Assim como estive comigo, estarei com você em tudo que quiser realizar. O que eu quero é a sua felicidade! Muito obrigada por tudo e pelo seu amor! Love you, Dede!

O meu último agradecimento é para aquele que é o primeiro em tudo, para aquele que, mesmo quando eu falho, está comigo em todos os momentos. Agradeço a Deus por esta vitória. Foi Ele quem me trouxe até aqui e me ajudou nesta caminhada. Ele tem guiado os meus passos. Mesmo quando eu duvidei ou pensei em desistir, Ele nunca desistiu de mim. Obrigada, Deus, pelo dom de cuidar e que a minha vida possa ser exemplo e testemunho do Deus que és. Peço que guie os meus caminhos como me guiou até aqui, pois sabe os desejos do meu coração, meus acertos e erros.

Tu és a esperança em meu coração! Guie a minha vida e os caminhos que ainda irei trilhar. Ainda não sei quais são, mas confio em Ti, que fará o melhor! Obrigada pelo amor por mim, amor maior do que eu posso entender, e que o amor que eu tenho por Ti possa ser partilhado com os outros. Que eu possa sonhar os Teus sonhos e os Teus planos. Me faça conhecer os

caminhos da vida. Te amo, Senhor! “Tu me farás conhecer a vereda da vida, a alegria plena da tua presença, eterno prazer à tua direita.” Salmos 16:11.

*Que nada nos limite. Que nada nos defina. Que nada nos sujeite.
Que a liberdade seja a nossa própria substância.
(Simone de Beauvoir)*

PEREIRA, Isabella Cristina Alves. **Necessidades e Demandas de saúde das mulheres nas infecções sexualmente transmissíveis na perspectiva de Alfred Schutz**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

RESUMO

Este estudo teve como objeto a análise das necessidades e demandas de saúde das mulheres no contexto da promoção da saúde e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Os objetivos deste estudo foram: Identificar as necessidades e demandas de saúde no contexto da promoção da saúde e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis das mulheres com vivências em uma unidade básica de saúde e; discutir as necessidades e demandas de saúde das mulheres no contexto da promoção da saúde e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis frente às políticas de saúde. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, cujo referencial teórico-metodológico utilizado foi a Fenomenologia de Alfred Schutz. A coleta de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas cujos participantes foram pessoas do sexo feminino com vida sexual ativa e com vivências na Atenção Primária. O acesso aos entrevistados deu-se mediante a técnica de amostragem bola de neve. O presente estudo identificou o típico da ação das mulheres na procura do serviço ofertado na Atenção Primária e suas necessidades de saúde. A análise de dados foi feita com base no referencial teórico-metodológico de Alfred Schutz e, a partir desta análise, a categorização dos dados encontrados foi realizada. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Os resultados do estudo foram obtidos a partir de entrevistas com 10 mulheres residentes no Estado do Rio de Janeiro. Nos dados da situação biográfica, foram identificadas as seguintes informações: idade, escolaridade, ocupação, renda, religião, residência, atividades do dia a dia, relacionamentos, cuidados com a saúde, início da vida sexual, métodos contraceptivos utilizados, métodos de prevenção de ISTs e cuidados com a saúde da mulher. Como o típico da ação, os motivos “porque” e “para” das mulheres na busca da atenção primária foram identificados. Nos motivos “porque” foi identificado como típico do ato a busca por uma unidade básica de saúde para a realização de exames laboratoriais, sendo o exame colpocitológico o mais mencionado. Nos motivos “para”, o típico da ação consiste na procura do serviço em busca de atenção e atendimento. O cuidado em saúde, com foco na identificação das necessidades de saúde das mulheres, permite detectar as vulnerabilidades de saúde voltadas para esta população. A partir desta identificação é possível propor, planejar e executar ações com foco na promoção da saúde e no cuidado realizado junto à população a fim de garantir à mulher autonomia na tomada de decisão no tocante ao cuidado com sua saúde. A contribuição deste estudo inclui o escopo da Atenção Primária à Saúde, principalmente as ações junto à população de modo que não visem somente à prevenção e tratamento de doenças, mas que tenham como foco a promoção da saúde, levando em consideração as necessidades e demandas características desta população.

Palavras-chave: Saúde da Mulher. Infecções Sexualmente Transmissíveis. Atenção Primária à Saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

PEREIRA, Isabella Cristina Alves. **Women's Health Needs and Demands in Sexually Transmitted Infections from the perspective of Alfred Schutz**. Thesis (Master of Nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

ABSTRACT

The object of the present study is the analysis of the health needs assessment in the context of health promotion and prevention of sexually transmitted infections. The objectives of the study were: To identify the health needs in the context of health promotion and prevention of sexually transmitted infections in women who had had experiences in a public health unit; to discuss women's health needs in the context of health promotion and prevention of sexually transmitted infections considering health policies. The study features a qualitative research, and its theoretical-methodological foundation is based on Alfred Schutz's Phenomenology. The data collection was carried out through the conduction of semi-structured interviews with female sexually active participants who had had experiences featuring Primary Health Care. Interviewee recruitment was done through the snowball sampling method. The present research has identified the typical action that women pointed out in their search for Primary Health Care, and the Health needs of these women. The data analysis was carried out according to Alfred Schutz's theoretical and methodological foundation. Based on this analysis, a categorization of the data found was complete. The present study has been submitted and approved by the Ethics Committee of the Federal State University of Rio de Janeiro. Research results were obtained through interviews with 10 women residing in the State of Rio de Janeiro. Among the biographical situation data, the following pieces of information about the interviewees were identified: age, education, occupation, income, religion, housing, day to day activities, relationships, health care routine, first sexual experience, contraceptive use, STIs prevention methods, and women's health care routine. As a typical action, women's "because-motives" and "in-order-to-motives" in their search for Primary Health Care have been identified. As to the "because-motives", the detected typical action was the search for a public health unit for the performance of laboratory tests, mainly the colpocitological test. Regarding the "in-order-to-motives", the verified typical action was the search for Primary Health Care to attention and service. Health assistance with focus on women's health necessities allows the identification of the vulnerabilities of the health care services destined to this population. Based on this identification it is possible to propose, plan, and execute actions focused on health promotion and the health care provided to the population, in order to grant women's right to their autonomy in the decision making process regarding their own health. The contribution of this study includes the scope of the Primary Health Care, especially when it comes to the actions performed with the population, so that such actions will not merely aim at the prevention and treatment of diseases; however they should focus on the promotion of health, taking into account the specific necessities and demands of this population.

Key-words: Women's health. Sexually Transmitted Infections. Primary Health Care. Health needs assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma com a síntese do Processo Metodológico	20
Figura 2 - Técnica da Bola de Neve	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Situação biográfica.....	46
Quadro 2 - Situação Biográfica: dados sociais.....	83
Quadro 3 - Situação Biográfica: dados pessoais	84
Quadro 4 - Situação Biográfica: dados relacionados à saúde.....	88
Quadro 5 - Motivos “Porque” e Motivos “Para”	97

LISTA SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIU	Dispositivo Intra-uterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Papiloma Vírus Humano
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Problematização	16
1.2	Questão norteadora	18
1.3	Objeto do Estudo	18
1.4	Objetivos	18
1.5	Justificativa e Contribuição.....	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO – CONCEITUAL.....	23
2.1	Atenção à saúde da mulher, políticas sociais e de saúde e as necessidades de saúde.....	23
2.2	O risco de morbidade e mortalidade em mulheres e as infecções sexualmente transmissíveis.....	34
2.3	Enfermeiro na atenção à saúde da mulher e Necessidades de Saúde	36
3	METODOLOGIA	38
3.1	Referencial Metodológico Alfred Schutz	38
3.2	Trajectoria da investigação	40
4	RESULTADOS.....	45
5	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	49
5.1	Categoria “motivos porque” como típico do ato da busca pela Atenção Primária à Saúde	56
5.2	Categoria concreta do vivido quanto ao motivo “para” da ação da busca pela Atenção Primária à Saúde.....	63
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A – Situação Biográfica.....	83
	APÊNDICE B – Quadro dos Motivos “Porque” e Motivos “Para”	97
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	102
	APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	105
	APÊNDICE E - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	106
	ANEXO A - Comprovante de Envio do Projeto	107
	ANEXO B - Parecer CEP UNIRIO	108
	ANEXO C - Folha de Rosto CEP.....	111

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Integral à Saúde da Mulher consiste na atenção à mulher em todo o seu ciclo de vida. Esta população tem sido alvo de atividades voltadas à prevenção, promoção, restabelecimento e educação em saúde. Tais atividades devem ser conduzidas por meio de ações que envolvam a assistência à mulher na sua sexualidade, na maternidade, no puerpério, amamentação, climatério, no trabalho, na rua ou na prisão sem que haja distinção de gênero, raça ou cor. Devem ser garantidos seus direitos, sua autonomia, poder de decisão e domínio sobre o seu corpo (BRASIL, 2011a).

A história das mulheres, no tocante à luta social, atuação dos movimentos sociais, crescimento do movimento feminista e à ampliação dos seus direitos, aponta que, a partir destes movimentos, como marco da atenção a saúde da mulher, houve a criação de uma política pública, em 1984. Deste marco adveio a criação do primeiro programa de ação programática, a saber, de uma atenção integral à saúde da mulher pela política de “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática” (BRASIL, 1984b).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984) foi elaborado a partir dos seguintes programas precursores: Programa de Saúde Materno-Infantil, criado em 1975, e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco, criado em 1978. As políticas formuladas para a saúde da mulher eram, até 1984, ações voltadas para a saúde reprodutiva. A criação do Programa de Assistência Integral marca o início de ações voltadas para a atenção à saúde não somente no ciclo gravídico-puerperal, mas a assistência integral à saúde da mulher (NETO *et al*, 2008).

O Programa supracitado incluiu ações de saúde, como ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e de recuperação da saúde envolvendo a atenção à mulher na assistência ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, no planejamento familiar, nas infecções sexualmente transmissíveis, no controle de câncer de colo de útero e de mama, entre outras ações. A partir do referido programa foram criadas políticas públicas de saúde que objetivaram a garantia da assistência à saúde da mulher em todo o seu ciclo de vida (BRASIL, 1984b).

A atenção à saúde da mulher tem sido tema de grande discussão devido aos altos índices de morbimortalidade no Brasil. Como iniciativa para promover a prevenção e redução de tais índices — principalmente por causas evitáveis — foram criadas políticas públicas e leis com o objetivo de melhorar as condições da assistência à saúde deste público. (BRASIL, 2016c).

O presente estudo foi elaborado devido à experiência que tive na área de atenção à saúde da mulher como residente de enfermagem obstétrica. Durante esta experiência foi possível perceber que a atenção a este público estava centrada no ciclo gravídico-puerperal. No decorrer dos dois anos de especialização iniciaram-se as reflexões sobre a atenção à saúde da mulher e sobre a assistência ao pré-natal, ao parto e puerpério.

Atualmente atuo como enfermeira obstétrica em uma maternidade no Estado do Rio de Janeiro e durante a minha prática profissional pude observar que as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) acometem a população referida e também os recém-nascidos, os quais são submetidos a procedimentos para a profilaxia do quadro. A profilaxia deve atender tanto à mulher, como o recém-nascido a fim de que haja a prevenção da transmissão vertical.

O cenário, dentre os que mais motivaram o desenvolvimento deste estudo, foi o número de internações de recém-nascidos, os quais recebiam tratamento devido à infecção por Sífilis Congênita. Este tratamento gera vários problemas, como internação prolongada, procedimentos invasivos nos recém-nascidos, aumento do custo da internação e redução de leitões, bem como o afastamento do indivíduo da família, entre outros.

Estes casos levam ao questionamento sobre o controle das ISTs em mulheres, as quais devem receber assistência integral antes mesmo do pré-natal e as ações voltadas para a sua saúde. Por estes motivos, como enfermeira obstétrica, me senti estimulada a pensar sobre as ações de atenção à saúde que contemplassem às ISTs.

Desta forma importa mencionar as ações que contemplam a atenção à saúde da mulher: assistência ao pré-natal, ao trabalho de parto e parto, assistência ao puerpério, à mulher em abortamento, ao planejamento reprodutivo, ações de prevenção para controle de câncer de mama e de colo uterino, entre outros (BRASIL, 2011a).

Na minha atuação como enfermeira obstétrica, pude observar e assistir diversas mulheres, cada qual com sua história, individualidade, particularidade, cultura, aspectos sociais, medos, anseios, expectativas, crenças, dúvidas, incertezas, descobertas, experiências, histórias de suas famílias e contextos de vida. Assim sendo, todos estes fatores devem ser considerados na assistência à saúde da mulher. Faz-se necessária uma atenção à mulher que contemple a sua integralidade pensando nas demandas e necessidades de saúde.

1.1 Problematização

As ISTs são infecções transmitidas por meio da relação sexual e que oferecem risco de morbimortalidade à população. A incidência de ISTs tem aumentado a cada dia, como

também o risco para às mulheres. Por esta razão é necessária uma perspectiva diferenciada voltada para o cuidado na assistência à saúde da mulher no controle destas infecções.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um milhão de pessoas adquire uma IST a cada dia. A cada ano estima-se que 500 milhões de pessoas adquirem uma das ISTs curáveis. Em 2016 foram notificados 5001 casos de mulheres portadoras do vírus HIV e tem sido observado o aumento no número de infecções sexualmente transmissíveis nesta população (BRASIL, 2015b).

Os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) sobre algumas ISTs de notificação compulsória, que são agravos e eventos de saúde pública notificáveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), estes se encontram a seguir: em 2016 foram confirmadas 14 casos de Hepatites Virais (B e C); segundo o DATASUS, no ano de 2016 foram confirmadas 14 ocorrências em mulheres com Hepatite B; e no ano de 2017 foram 58 casos confirmados quanto à Hepatite C; no ano de 2016, 52 casos foram confirmados de Hepatite B; no ano de 2017 foram 124 casos confirmados de Hepatite C. Outra IST de notificação compulsória é a Sífilis gestacional. Em 2016 foram notificados 333 casos confirmados e em 2017 foram 2359 casos, o que demonstra um crescimento significativo do diagnóstico de Sífilis em mulheres gestantes (BRASIL, 2017b).

O número de casos da Síndrome da Imunodeficiência adquirida (SIDA), segundo o Boletim Epidemiológico de HIV (VÍRUS) e AIDS, nos anos de 2007 a 2017, foi de 62.198. Um total de 32,1% das ocorrências foi identificado em mulheres (BRASIL, 2017b).

A preocupação com os altos índices supracitados de casos de ISTs tem motivado ações de planejamento no Brasil e no mundo. A estes dados ainda acrescenta-se a estimativa de que há cerca de 357 milhões de novos casos de ISTs que são tratáveis na população com idade entre 15 e 49 anos. Tais dados têm estimulado a formulação de ações preventivas e de controle das infecções. As ações têm como objetivo reduzir os casos de ISTs, por meio do planejamento estratégico, até o ano de 2021 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

As ISTs possuem tratamento para as mulheres e suas parcerias sexuais a fim de promover ações de controle dos casos de exposição. Todavia, mais e mais casos têm sido identificados a cada dia, e, portanto, maior cobertura para o tratamento das infecções tem sido realizada.

O tratamento e o controle das infecções podem ser realizados por meio de ações e medidas dos programas de saúde pública em virtude da existência de testes diagnósticos sensíveis e de tratamento efetivo e de baixo custo (BRASIL, 2013e).

Entretanto, a contaminação por ISTs continua sendo um sério problema de Saúde Pública no Brasil e uma importante área de atuação na saúde. É primordial que reduza-se os índices de mortalidade de mulheres por causas evitáveis com medidas, como a da problematização do estudo, e na atuação na prevenção, tratamento e controle das ISTs, pois a atuação ainda não inclui ações voltadas para a prevenção de doenças e na promoção da saúde. As ISTs não tem sido o foco da atenção na busca da mulher pela Atenção Primária à Saúde.

A enfermagem tem previsto, em seu código de ética, como fundamento, a assistência à diferentes grupos da população, incluindo as mulheres. A atenção e o cuidado da enfermagem visam à integralidade da assistência, assim como as demandas e necessidades de saúde da mulher, relevantes norteadores do cuidado na atenção à saúde desta população (BRASIL, 2017a).

1.2 Questão norteadora

Quais as demandas e necessidades de saúde da mulher no contexto da promoção da saúde e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?

1.3 Objeto do Estudo

Demandas e necessidades de saúde da mulher no contexto da promoção da saúde e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.

1.4 Objetivos

- Identificar as demandas e necessidades de saúde no contexto da promoção da saúde e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis das mulheres com vivências em uma unidade básica de saúde;
- Discutir as demandas e necessidades de saúde das mulheres no contexto da promoção da saúde e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis frente às políticas de saúde.

1.5 Justificativa e Contribuição

A justificativa do presente estudo consiste na reflexão das políticas de saúde para o controle das ISTs visando à melhora na atenção prestada à mulher. A mulher está inserida em um contexto, em uma comunidade e, portanto, os aspectos de seu cotidiano, seus hábitos e seu estilo de vida devem ser considerados no conceito da atenção integral e promoção da saúde.

Desta forma é necessário também garantir o respeito aos seus desejos e o seu acesso aos serviços de saúde, preservando seus direitos sexuais e reprodutivos. Estas ações são importantes uma vez que representam melhorias na atenção à saúde da mulher no controle das ISTs com o objetivo de reduzir a morbimortalidade de mulheres no país (BRASIL, 2016c).

A assistência integral à mulher configura-se como uma política pública de saúde que garante a assistência à mulher em todos os ciclos de sua vida, garantindo acesso ao serviço de saúde. A atenção integral centrada em necessidades de saúde visa devolver à mulher o protagonismo sobre o seu corpo e decisões, respeitando seus desejos e vontades, tirando suas dúvidas e promovendo o poder de escolha, sua voz e autonomia como mulher.

Este estudo visa incluir, de forma especial, reflexões sobre a assistência de enfermagem na atenção à saúde da mulher e sobre a atuação do enfermeiro na promoção da saúde. Sendo assim, o objetivo maior do estudo, então, é promover melhorias na assistência, na formação e na atualização da equipe de enfermagem, bem como na assistência à mulher no controle de ISTs.

A presente pesquisa propõe que ações de saúde direcionadas à saúde da mulher, e ao controle das ISTs, sejam conduzidas. Assim, os direitos da mulher serão garantidos por meio de uma assistência integral, holística e, sobretudo, mais humana. Estas questões precisam ser contempladas visto que dizem respeito ao direito à saúde e ao seu acesso à assistência de qualidade. A assistência integral à saúde da mulher contribui para a melhoria da qualidade da assistência, favorecendo a satisfação da mulher quanto ao cuidado que lhe é prestado (BRASIL, 2016c).

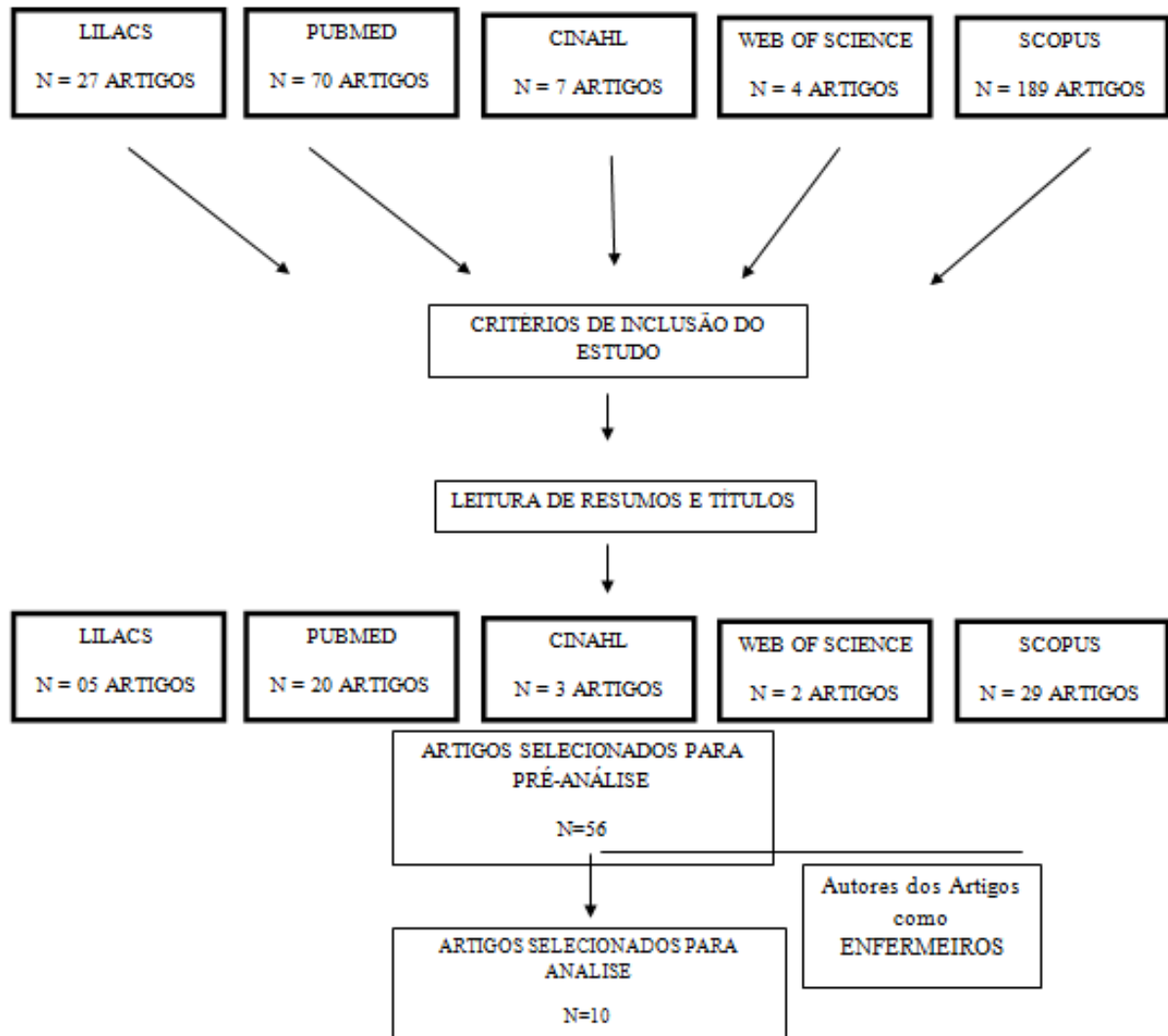
A metodologia selecionada para desenvolver a temática do estudo foi a revisão integrativa com o objetivo de identificar, em literatura científica, a atuação do enfermeiro, junto à mulher, na promoção da saúde, prevenção e controle de ISTs na Atenção Primária à Saúde.

A técnica de busca utilizada foi a da revisão integrativa, com os seguintes descritores: necessidades e demandas de serviços de saúde *and* saúde da mulher *and* Infecções sexualmente transmissíveis e; os *Mesh Terms: Needs assessment and women's health and Sexually transmitted diseases*.

Os artigos identificados por meio da busca nas bases de dados foram: *LILACS* (27 artigos); *Pubmed* (70 artigos); *CINAHL* (07 artigos); *Web of science* (04 artigos); *Scopus* (189 artigos). Foram selecionados 56 artigos, os quais foram submetidos a uma pré-análise. Durante este procedimento pré-analítico foram selecionados os artigos com autores enfermeiros. Seguindo a pré-análise foram, então, analisados 10 artigos. Os critérios de

análise foram: título do artigo, objetivos, metodologia, nível de evidência, resultados e as ações propostas, desenvolvidas e analisadas (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma com a síntese do Processo Metodológico



Fonte: Elaborado pela autora.

Nos artigos analisados foram identificadas as ações propostas para a atuação do enfermeiro na promoção da saúde e prevenção de doenças. Esta análise da revisão integrativa identificou a necessidade de produções científicas que evidenciassem a atuação do enfermeiro na promoção da saúde de mulheres, como proposto em estudo “Realizar guia de ações para prevenção e redução das Infecções sexualmente transmissíveis para enfermeiros.” (MOLAPO; MAJA; WRIGTH, 2007, p. 6).

Acerca da atuação deste profissional na prevenção e controle de ISTs em mulheres, as ideias de atividades identificadas foram: “ofertar assistência ginecológica, visando o diagnóstico e o tratamento precoce de DSTs e outras afecções ginecológicas”; a realização de

“ações multiprofissionais que reforcem a autonomia feminina na tomada de decisões protetoras, contribuindo para a redução da desigualdade de gênero a que essas mulheres estão sujeitas e subsidiar a proposição de estratégias de proteção e empoderamento desse grupo, com o intuito de substanciar seu cuidado integral e o aumento de sua autonomia (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014, p. 7).

Outra estratégia de ação identificada para a atuação dos enfermeiros consiste em “Determinar os pontos de intervenção para políticas sociais e implementar novas estratégias de prevenção e atenção ao HIV” (BRAWNER, 2014, p. 10).

Ainda sobre a atuação do enfermeiro, na literatura científica, foram identificadas ações destes profissionais na Atenção Primária, as quais estão relacionadas à prevenção e controle das ISTs. Todavia, somente foram identificadas ações e propostas em prol da prevenção de doenças, principalmente o HIV.

As ações sugeridas em relação ao HIV foram as de manejo e controle do vírus, como também ações de promoção da saúde, como prevenção da gravidez. Nos estudos analisados, em sua maioria de autoria de cientistas estrangeiros, foi possível observar discussões e sugestões sobre a atuação do enfermeiro, não sendo localizados estudos que evidenciassem a realidade brasileira e a atuação do enfermeiro na prevenção e controle das ISTs.

A prática do enfermeiro na Atenção Primária prevê ações de promoção da saúde, pois estes profissionais possuem conhecimentos científicos verificáveis por meio de evidências. Tais conhecimentos são imprescindíveis à promoção da saúde, a prevenção e controle de doenças (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

Além disso, a referida atuação do enfermeiro também prevê seu dever de promover ações: “O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais” (BRASIL, 2017a, p. 3).

A Atenção Básica é o modelo de atenção que configura-se como um: “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos e outros, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral” (BRASIL, 2011b, p. 19).

Tendo em seu cerne ações junto à comunidade, o enfermeiro também deve atuar das seguintes formas na Atenção Primária: “Realizar atenção à saúde dos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano, como também realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicitar exames complementares, prescrever

medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços” (BRASIL, 2011b, p. 46).

A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada em 2017, propõe outras ações para o exercício da enfermagem, a saber: “Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos; realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe” (BRASIL, 2017d, p. 16).

A contribuição deste estudo inclui o escopo da Atenção Primária à Saúde, principalmente as ações junto à população, a fim de que estas não visem somente à prevenção e tratamento de doenças, mas que tenham como foco a promoção da saúde, levando em consideração as necessidades de saúde das mulheres e as demandas que as levam a procurar os serviços de Atenção Primária à Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO – CONCEITUAL

2.1 Atenção à saúde da mulher, políticas sociais e de saúde e as necessidades de saúde

A mulher tem sido foco de ações e políticas devido aos altos índices de morbimortalidade no país. Assim sendo, foram criadas ações para assistência à saúde da mulher como, por exemplo, a prevenção e tratamento de câncer de mama e de colo de útero, assistência nos casos de violência doméstica e contra a mulher, planejamento reprodutivo, controle de ISTs, acesso ao pré-natal, assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério, entre outras ações que evidenciam a importância da assistência integral à saúde da mulher, a qual deve ter suas particularidades compreendidas (BRASIL, 2011a).

Neste sentido, importa frisar que a assistência à mulher necessita desenvolver um olhar diferenciado, respeitando particularidades e necessidades diferenciadas. A atenção à saúde da mulher visa garantir o acesso desta população a serviços de saúde em todo seu ciclo de vida, até o climatério.

As mulheres têm acumulado diversas funções, administrando as atribuições pertinentes ao papel de mãe, amiga, filha, cidadã, esposa, gestora e mantenedora do lar, de trabalhadora e de mulher que deseja alcançar seus objetivos e que busca o cumprimento dos seus direitos (BRASIL, 2013e). Além disso, é um grupo que também reconhece os seus deveres. Como resultado da luta das mulheres em prol da aquisição de direitos, foram criadas políticas públicas que garantem direitos, a igualdade de gênero, o respeito e a autonomia da mulher (BRASIL, 2013e).

No ano de 1984 foi criado o PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. A criação do programa representa um marco para a atenção a saúde das mulheres, que antes eram assistidas por meio de ações que preconizavam a assistência clínico-ginecológica, assistência ao parto e puerpério imediato, assistência ao pré-natal, ações de incentivo ao aleitamento materno, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar e assistência no climatério (BRASIL, 1984).

Posteriormente, no ano de 2004, foi criada a PNAISM, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, cujo objetivo era garantir a atenção à mulher em todo o seu ciclo de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais. A elaboração, execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deveriam nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, entre outros, a fim de que houvesse a inclusão de todos os aspectos referentes à saúde deste grupo (BRASIL, 2004).

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher deve contemplar a população feminina a partir dos 10 anos até os 65 anos e compreende o atendimento à mulher por meio de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, respeitando a sua singularidade e suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas (BRASIL, 2004).

A partir da PNAISM foi criado o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres em que foram traçadas metas e estratégias para melhorar a atenção à saúde da mulher, compreendendo todas as suas singularidades e levando em consideração as vulnerabilidades que envolvem a saúde, garantindo, assim, autonomia em todas as dimensões da vida, respeitando a diversidade e combatendo todas as formas de discriminação, assegurando a participação ativa das mulheres em todas as fases das políticas públicas (BRASIL, 2014a).

Além da criação de uma ação programática dedicada a atenção à saúde da mulher, a Lei 7.210 de 1984 também foi elaborada. A Lei regulamentou a separação dos estabelecimentos prisionais masculinos e femininos no Brasil, garantindo às mulheres, no sistema prisional, um estabelecimento exclusivamente destinado ao público feminino, permitindo que a mulher tivesse condições melhores e mais seguras dentro de tais estabelecimentos (BRASIL, 1984).

Algumas conquistas foram alcançadas graças à luta das mulheres pela garantia de seus próprios direitos. É importante aqui destacar algumas políticas públicas elaboradas, como a criação da Licença Maternidade, pela Lei 5.452 de 1943, a qual regulamentou a licença maternidade de 120 dias e a licença de 14 dias para as lactantes ou redução no período de 1 hora da carga horária de trabalho em 15 dias para a amamentação (BRASIL, 1943).

Em 2008, a Lei 11.770 aumentou o período de licença maternidade da mulher para 180 dias. Esta lei também regulamentou a licença para a mulher em caso de abortamento, de 15 dias, além da garantia do retorno às suas atividades (BRASIL, 2008b).

Posteriormente, outras políticas públicas foram criadas visando incentivar a criação de salas de amamentação para as mulheres, assegurar o direito à amamentação em ambientes públicos e coibir ações proibitivas do ato de amamentar em público (BRASIL, 2013c).

A Lei 9.263 foi criada em 1996 como política pública social e de saúde, a qual regula, em seu sétimo parágrafo do artigo 226 da Constituição Federal, as ações relacionadas ao planejamento familiar. De acordo com esta Lei, o planejamento familiar, em toda a sua rede de serviços, deve ser garantido, assegurando aspectos que dizem respeito à atenção à mulher, ao homem ou ao casal. A Lei também decreta a elaboração de um programa de atenção integral à saúde, em todos os ciclos vitais da mulher, incluindo, dentre suas atividades básicas: a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal, a assistência ao

parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis, o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterinos, de mama, de próstata e de pênis (BRASIL, 1996).

As políticas de saúde que envolvem as mulheres também contemplam ações para o controle, tratamento e prevenção do câncer de mama. A Lei 9.797, de 1999, estabelece a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer (BRASIL, 1999).

Como já pontuado, a atenção integral à saúde da mulher deve incluir a assistência em todo o seu ciclo de vida. Isso significa dizer que é importante que a atenção no ciclo reprodutivo também seja parte integrante da atenção à saúde.

A Portaria de número 569 de 2000 foi criada para melhorar a atenção à saúde da mulher no pré-natal, parto e nascimento. A Portaria visou instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e teve por objetivo desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção e assistência às gestantes e aos recém-nascidos. Desta forma, o programa ampliou o acesso a estas ações e viabilizou o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, assim como a melhora na organização e regulação no âmbito do SUS (BRASIL, 2000b).

No mesmo ano de 2000 foi criada a Lei 10.048, a qual garante a prioridade de atendimento às pessoas em situações específicas, como pessoas com necessidades especiais, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com crianças de colo e os obesos. Esta mesma Lei garante que as empresas públicas de transporte e as concessionárias de transporte coletivo reservem assentos destinados e devidamente identificados às pessoas que encontram-se nas condições supracitadas. (BRASIL, 2000a).

Foi anteriormente mencionado que a crescente luta das mulheres garantiu-lhes seus direitos, bem como maior atenção acerca de sua saúde. Isto pode ser evidenciado pela elaboração da Lei 11.108 de 2005, a Lei do Acompanhante. A Lei teve o intuito de assegurar às mulheres o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS (BRASIL, 2005a).

A política pública de acesso à atenção integral em reprodução assistida está descrita na Portaria de nº 426 de 2005. A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida prevê atenção integral em reprodução humana assistida e melhorias no acesso de homens e mulheres, como parte de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2005c).

Ainda sobre a ampliação dos direitos garantidos às mulheres, importa pontuar que, em 2006, foi criada a Lei Maria da Penha, de número 11.340, sendo: “Esta Lei cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher” (BRASIL, 2006a, não paginado).

A partir desta Lei, outras leis foram criadas para assegurar a prevenção de violência contra a mulher, como a criação de vagão destinado exclusivamente às mulheres em horários específicos nos sistemas ferroviários e metroviários do Estado do Rio de Janeiro.

Toda mulher, independentemente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe asseguradas as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social. (BRASIL, 2006a, não paginado).

Consoante às políticas públicas e de saúde para a melhoria dos direitos das mulheres, a Lei 11.634 foi criada em 2007, a qual trata do direito da gestante. A Lei prevê que, durante o período gestacional, a mulher tem direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no SUS; também é garantido o direito a ter uma maternidade de referência para o momento do parto e o de visitar a maternidade de referência, viabilizando o conhecimento da mulher sobre o local para onde deverá encaminhar-se no momento do parto (BRASIL, 2007).

As ações de prevenção e controle do câncer de mama e de colo uterino também estão inclusas no escopo da atenção integral à saúde da mulher. A Lei 11.664, de 2008, dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama no âmbito do SUS.

Como incentivo à prevenção do câncer, foi criado o Outubro Rosa, que envolve ações de prevenção e detecção nas Unidades Básicas de Saúde e em instituições privadas, estimulando, assim, a prevenção destes cânceres em mulheres (BRASIL, 2008a).

A partir das ações de melhoria na assistência à mulher na gestação, na assistência ao pré-natal, assistência ao parto e puerpério, a Portaria 1.459 de 2011 instituiu, para o SUS, a Rede Cegonha como garantia do acolhimento, com avaliação, classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e também como melhoria da qualidade do pré-natal.

A Rede Cegonha representa a garantia da vinculação da gestante à unidade de referência, o transporte seguro, as boas práticas, segurança na atenção ao parto e nascimento e na assistência à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade, bem como acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011b).

Devido à política da Rede Cegonha, a melhoria do acesso à assistência ao pré-natal e aos exames preconizados neste período da gestação, foi criada a Portaria 77 de 2012 que trata da realização de testes rápidos na Atenção Básica para a detecção de HIV e Sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos no âmbito da atenção ao pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Esta medida objetiva o diagnóstico precoce e o início rápido do tratamento, como também das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV e da Sífilis congênita (BRASIL, 2012a).

No ano de 2014 foi instituída a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. Esta política tem o objetivo de reformular as práticas do sistema prisional brasileiro, contribuindo para a garantia dos direitos das mulheres brasileiras e estrangeiras (BRASIL, 2014a).

Outro avanço pode ser verificado por meio da Lei Maria da Penha, a qual possibilitou o combate à violência contra a mulher. A partir desta Lei foi criada a Lei 13.104 de 2015 que alterou o artigo 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 do Código Penal, a fim de prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e o artigo 1 da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. Como resposta à criação destas Leis, os casos de feminicídio e de violência contra a mulher têm sido mais significativamente notificados, com seus autores responsabilizados (BRASIL, 2015a).

Entre as mais recentes conquistas das mulheres está a Lei nº 16.161 de 2015 que dispõe sobre o direito ao aleitamento materno em público no Município de São Paulo, em instituições públicas e privadas, e prevê outras providências quanto à coibição e proibição do aleitamento materno em público. Esta Lei, também aprovada nas grandes capitais do Brasil e ainda em processo de votação em outros estados, garante o aleitamento materno em ambientes públicos sem qualquer discriminação (SÃO PAULO, 2015).

A mais recente lei contra a violência de mulheres é a Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017, a qual discorre sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Esta Lei encontra-se no aguardo de sua aprovação em outros estados brasileiros e prevê ações contra a violência obstétrica, garantindo à gestante e a parturiente uma atenção ao pré-natal, parto e puerpério livre de ações de violência (SANTA CATARINA, 2017).

Outra Política que abrange as mulheres é a Política Nacional de Saúde da População Negra, de 2017, que visa o fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Esta política também contempla a qualificação e a humanização da atenção à saúde da mulher negra, inclusive na assistência ginecológica, obstétrica, no puerpério, no climatério e em situação de abortamento (BRASIL, 2017d).

Outro exemplo de políticas em prol da mulher é a Portaria de número 353, de 14 de fevereiro de 2017, que aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Esta prevê a sintetização e a avaliação sistemática da informação científica disponível em relação às práticas mais comuns na assistência ao parto e ao nascimento, fornecendo subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal (BRASIL, 2017c).

A atenção à saúde da mulher tem visado o seu acesso aos serviços de saúde, a humanização e a qualidade da assistência à mulher, o que configura-se como condição essencial para que as ações de saúde traduzam-se na satisfação das mulheres, no fortalecimento da capacidade frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado. A humanização e a qualidade da atenção implica na promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos e garante a saúde integral e o bem-estar (BRASIL, 2011a).

Pensando na atenção à saúde da mulher, foram criadas leis e programas para garantia de seu acesso aos serviços de saúde. Desde então, tem-se a Política de Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011a), que garante o acesso da mulher aos serviços de saúde, uma assistência humanizada e direitos quanto à saúde, devendo esta assistência ser oferecida em todos os ciclos da vida da mulher, resguardada as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais, “negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras” (BRASIL, 2011a, não paginado).

Esta política deve promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras mediante a garantia de direitos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, contribuindo para a redução da morbimortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de sua vida (BRASIL, 2011a).

As políticas de assistência à saúde da mulher têm ampliado seu escopo, garantindo à mulher, por direito, o acesso a serviços de saúde, respeitando seus desejos, garantindo o seu protagonismo neste cenário e dando-lhe total autonomia sobre o seu corpo e suas decisões (BRASIL, 2013e).

As políticas de atenção à saúde da mulher visam contemplar os seus direitos, inclusive seus direitos sexuais e reprodutivos. O presente estudo não teve como propósito discutir sobre a questão de gênero, porém valoriza a importância desta perspectiva como direito na atenção à saúde da mulher e suas parcerias sexuais. Entende-se como direitos sexuais e reprodutivos:

“Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.” (BRASIL, 2005d, p. 7).

Os direitos sexuais e reprodutivos são expressos por meio do reconhecimento do indivíduo de seus próprios direitos. “Porém, ambos os direitos devem ser assegurados pelo Estado, em última instância, pelos serviços e profissionais de saúde que são seus representantes frente à população.” (LEMOS, 2014, p. 252).

A saúde da mulher, no tocante aos direitos sexuais e reprodutivos, inclui a autonomia e poder de decisão quanto aos direitos em relação à sexualidade e também ao desejo ou não quanto à reprodução. “Deve-se entender que a mulher tem o direito de expressar e gozar de sua sexualidade sem nenhum tipo de coerção ou opressão. E a melhor forma de prestar uma assistência de qualidade é garantir o exercício dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos.” (MARQUES; PEREIRA, 2011, p. 454).

A sexualidade das mulheres é um tema que necessita ser abordado quanto ao cuidado em saúde como um aspecto importante da sua saúde sexual: “A saúde da mulher deve ser compreendida como o resultado de um amplo espectro de fatores que, assim como o pleno exercício de sua sexualidade, está relacionado com a sua qualidade de vida.” (MARQUES; PEREIRA, 2011, p. 455).

A abordagem sugere uma reflexão sobre os direitos sexuais e reprodutivos, pois isto auxilia a prática do profissional de saúde na valorização da percepção da mulher quanto à sua sexualidade e fortalece a ideia de proteção dos seus direitos (MARQUES; PEREIRA, 2011).

A perspectiva de garantia das mulheres em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos oportuniza a autonomia quanto à sua sexualidade e a decisão de reprodução ou não. Uma perspectiva atenta aos direitos sexuais da mulher também garante tais direitos como, por exemplo, o planejamento reprodutivo, a livre escolha de parceiros sem discriminação e a assistência à reprodução. Estes direitos estão previstos na política pública de direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2005c).

As políticas de saúde foram elaboradas para a mulher em qualquer situação de vida e, como iniciativa para melhorar a atenção àquelas em situação de vulnerabilidade, foram elaboradas políticas que asseguram o direito ao uso dos serviços de saúde. Como exemplo desta iniciativa, tem-se a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres que tem por finalidade estabelecer conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate à violência contra mulheres, assim como de assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência, conforme as normas e instrumentos internacionais de direitos humanos e legislação nacional (BRASIL, 2011a).

Outra política que foi elaborada para as mulheres em situação de vulnerabilidade foi a, já mencionada, Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional. Como um dos primeiros esforços em âmbito nacional para a melhoria do encarceramento feminino, visando mulheres em privação de liberdade e egressas do sistema prisional, esta política tem o objetivo de proporcionar às mulheres presas o pleno exercício dos direitos constitucionais e infraconstitucionais (BRASIL, 2014a).

As políticas de atenção à saúde promovem a reflexão sobre o significado de saúde, os conceitos diferenciados de saúde e a maneira com que estes conceitos influenciam o modelo de atenção e as ações.

A Organização Mundial da Saúde, no ano de 1946, descreveu seu conceito de saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946). Este conceito enfatiza que a saúde não se reduz à ausência de doenças, mas diz respeito ao bem-estar. Todavia, esta definição ainda estava centrada na doença, em prevenção, tratamento ou reabilitação da saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, possibilitou a discussão sobre o conceito de saúde, ações e legislação quanto à promoção, proteção e recuperação da saúde. Esta discussão iniciou o movimento de reformulação do setor saúde, com a Reforma Sanitária. Nesta conferência, o conceito de saúde foi abordado como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986b, p. 10).

A partir da discussão na conferência, outro conceito de saúde foi contemplado na Constituição Brasileira de 1988, que declara o seguinte sobre a saúde em seu artigo primeiro: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e

econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, p. 99).

A Lei de número 8.080 de 1990 que regulamenta o SUS diz: “Saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Esta Lei ainda descreve a saúde como “Determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 1990, p. 1).

Os princípios do SUS, contidos na Lei 8.080, são: universalidade, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral e igualdade da assistência. O conceito de integralidade que consta na Lei descreve o SUS como um “conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL, 1990, p. 25).

A integralidade como princípio do SUS foi discutida na Lei Orgânica, porém há ainda outros conceitos de integralidade. Segundo Mattos, existem pelo menos três conjuntos de integralidade: “um primeiro aplicado a características de políticas de saúde ou de respostas governamentais a certos problemas de saúde.” (MATTOS, 2004, p. 1412). Este conjunto abrange as políticas de saúde no sentido de conjugar as ações de alcance preventivo às ações assistenciais. O segundo conjunto é pertinente aos aspectos da organização dos serviços de saúde e; o terceiro é voltado para atributos das práticas de saúde (MATTOS, 2004, p. 1412).

No ano de 2006 foram estabelecidas as Diretrizes do Pacto pela Saúde, publicada na Portaria/GM nº 399, que contempla o pacto firmado entre os gestores do SUS em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e ações que envolvem a atenção à saúde da mulher, as quais incluem atividades que visam o controle do câncer do colo de útero e mama, a redução da mortalidade infantil e materna e a promoção da saúde (BRASIL, 2006b, p. 11).

Tendo em vista que a saúde é um conceito que envolve determinantes e condicionantes, pode-se considerar as necessidades de saúde da população como um conjunto de ações e serviços que visa atender a estas necessidades. Sobre tais necessidades de saúde, Cecílio e Lacaz defendem que:

É que elas são social e historicamente construídas, isto é, não há necessidades de saúde universais, que existiram desde sempre e do mesmo modo. Cada época e cada

sociedade produzem suas necessidades, tendo em vista, entre outras coisas, as próprias possibilidades de reconhecê-las, ou seja, nomeá-las como necessidades e, como desdobramento, atendê-las. (CECÍLIO; LACAZ, 2012, p. 11).

As necessidades de saúde são um guia de ação que norteia o trabalho em saúde; um guia para facilitar a comunicação dentro da equipe e a formulação de estratégias de trabalho que resultem em um modo mais integral de escuta do que as pessoas trazem como necessidade para os serviços de saúde (CECÍLIO, 2001).

Por outro lado, de acordo com Oliveira, observa-se outra concepção de necessidades de saúde: “As necessidades em saúde têm valor de uso e troca. Os serviços de saúde são contextos instauradores de necessidades, pois o saber técnico e a ação profissional reproduzem e instauram necessidades em saúde” (OLIVEIRA, 2012, p. 402).

Desta forma, as necessidades em saúde da mulher fundamentam a atenção em saúde desta população. Para a enfermagem, as necessidades em saúde trazem a perspectiva de atenção em saúde voltada para as demandas e necessidades da população. “Os trabalhadores de saúde devem levar em conta que as necessidades, uma vez satisfeitas, serão reiteradas ou ampliadas, o que exigirá a instauração de um novo processo de trabalho para continuar a atendê-las.” (OLIVEIRA, 2012, p. 402).

A concepção de necessidades de saúde, segundo Ayres (2009, p. 14), abrange a “qualidade e natureza da escuta, acolhimento e resposta às demandas de atenção à saúde, com ações para o desenvolvimento da sensibilidade e capacidade de resposta a necessidades”. O autor destaca a integralidade e o seu cuidado em saúde, pois a integralidade “desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.” (AYRES, 2009, p. 14).

Paralelamente, e de acordo com Souza *et al* (2008), necessidades de saúde emergem do indivíduo em seu contexto familiar e de sua comunidade, o que implica que a atenção à saúde de forma integral e centralizada nas necessidades do indivíduo, considerando as suas necessidades e particularidades, é imprescindível.

O foco desta perspectiva visa garantir ao usuário o acesso a serviços de saúde, porém considerando sempre as suas necessidades e particularidades, objetivando sua participação no cuidado, autonomia, na educação em saúde e na promoção da saúde. “O cuidado em saúde deve ser planejado considerando as necessidades e os serviços de saúde que devem estar preparados para lidar com elas de forma a buscar promover a autonomia dos sujeitos.” (SOUZA *et al*, 2008, p. 107-108).

Desta forma, a assistência de enfermagem à mulher deve ser dotada de um cuidado mais efetivo e afetivo, no qual as mulheres e as suas necessidades de saúde sejam o alvo no processo e as interações sejam verdadeiras. É necessário incorporar um cuidado mais abrangente, fundamentado no referencial compreensivo, agregando as ações de cuidado em enfermagem na atenção, no envolvimento com o outro, no respeito e na empatia (CESTARI *et al.*, 2012).

A atuação do enfermeiro prevê ações de promoção da saúde. O conceito de Promoção da Saúde foi apresentado, no de 1986, na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Carta de Ottawa como:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986, p. 3).

A prevenção de doenças é um conceito centrado na atenção à saúde e focado no modelo biomédico. Este conceito é centrado na doença e concebe a saúde como ausência de sinais e sintomas e prevenção de doenças. O conceito de prevenção de doenças, segundo Souza e Grundy (2004) *apud* Staliano e Araujo (2011), é revelado como a “compreensão dos riscos ou da probabilidade da pessoa se tornar doente, sendo que a efetivação de estratégias preventivas está vinculada ao índice e/ou prevalência de doenças na região em que vive uma comunidade.” (SOUZA; GRUNDY, 2004 *apud* STALIANO; ARAUJO, 2011, p. 44).

O conceito de medicina preventiva, segundo Leavell e Clark (1965), abrange a história natural da doença, que descreve como a condição de saúde e doença no homem tem sua origem em outros processos, antes mesmo que o próprio homem esteja envolvido. A história natural da doença envolve dois principais aspectos: o período pré-patogênese e patogênese.

Entende-se como período pré-patogênese a “interação preliminar dos fatores relacionados com o agente potencial, o hospedeiro e o meio ambiente na produção da doença”. O período de patogênese consiste em: “A evolução de um distúrbio no homem; a primeira interação com estímulos que provocam a doença”. A combinação dos processos destes dois principais aspectos, pré-patogênese e patogênese, pode ser denominada para finalidades preventivas, “a história natural da doença.” (LEAVELL; CLARK, 1965, p. 65).

Os autores Leavell e Clark (1956) conceituam a prevenção de doenças como: aquele que utiliza o conhecimento para desenvolver a saúde, evitar a doença, a invalidez e o

prolongamento da vida. Os autores classificam três tipos de prevenção: a primária, a secundária e a terciária.

A prevenção primária consiste em “proteção específica do homem contra agentes patológicos e estabelecimento de barreiras contra os agentes do meio ambiente”. A prevenção secundária é o “diagnóstico precoce e tratamento imediato e adequado para evitar sequelas e limitar a invalidez”. Sobre a prevenção terciária, os autores descrevem que “quando o defeito e a invalidez se tiverem fixado, consiste em reabilitação.” (LEAVELL; CLARK, 1965, p. 66).

A integralidade da atenção à mulher tem o intuito de olhar o cuidado para além da doença, focado nas pessoas, valorizando as necessidades de saúde da mulher e a promoção da saúde, não somente a prevenção de doenças. Neste contexto, o foco das ações é voltado para as necessidades de saúde que apontam para as vulnerabilidades e a necessidade de ações de proteção à saúde.

2.2 O risco de morbidade e mortalidade em mulheres e as infecções sexualmente transmissíveis

Como já mencionado, a atenção à saúde da mulher tem tido grande evidência devido aos altos índices de morbimortalidade. Vale frisar que as políticas públicas que visam o cuidado integral à saúde da mulher envolvem ações de prevenção, tratamento e controle de câncer de mama, de colo uterino, assistência ao pré-natal, parto e puerpério, assistência ao abortamento e ações de prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis a fim de melhorar a atenção à saúde (BRASIL, 2006c).

As políticas públicas de saúde, com o tempo, têm viabilizado ações voltadas para a saúde da mulher buscando reduzir as taxas de morbimortalidade por causas evitáveis. Estas ações não apenas envolvem o supracitado controle do câncer de colo de útero e de mama, mas também a redução da mortalidade materna, assim como a melhoria da assistência à saúde materna, a promoção da autonomia das mulheres e o combate à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e a transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), dentre outras doenças (BRASIL, 2014a).

As ISTs estão entre os problemas de Saúde Pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo de extrema importância por serem facilitadoras da transmissão sexual do HIV. Algumas complicações das ISTs elevam o risco de morbidade e mortalidade da população (BRASIL, 2015b). A observação dos números de casos de ISTs em mulheres, e na população, leva à conclusão de que as com maior prevalência em mulheres são as infecções pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), pelo vírus HIV e as infecções por Hepatites virais. Também

foram observadas, com maior prevalência em mulheres, as infecções por Clamídia, Sífilis, Gonorreia, Herpes genital e HPV (BRASIL, 2008c).

Algumas ações auxiliam no controle das ISTS e podem facilitar o diagnóstico precoce, como: atividades educativas de promoção da saúde, aconselhamento para os testes diagnósticos e para o tratamento a ser realizado, a notificação de ISTs, dentre outras (BRASIL, 2006c).

As referidas ações devem também ser direcionadas para o planejamento reprodutivo. Este baseia-se no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. É importante que haja discussões sobre questões relacionadas à sexualidade, a reprodução, ao relacionamento humano e sobre os fatores socioeconômicos e culturais que influenciam estas questões. Tais ações permitem à mulher a valorização de sua autonomia e o cuidado centrado em suas necessidades (BRASIL, 2010c).

As ISTs são infecções que possuem tratamento e que podem acometer a população em qualquer faixa etária. O número de casos tem sido crescente entre as mulheres, o que pode desencadear vários riscos à saúde (BRASIL, 2006c).

A atenção à saúde da mulher permite o rastreio, controle e tratamento das ISTs. O tratamento de uma IST não é apenas uma ação curativa, mas também uma ação preventiva da transmissão e do surgimento de outras complicações. Durante a assistência ao pré-natal, deve-se acompanhar adequadamente o comportamento da infecção na mulher para planejamento e avaliação das medidas de tratamento, de prevenção, controle e notificação dos casos, contribuindo para a redução da morbimortalidade feminina (BRASIL, 2006c).

Na assistência às ISTs é necessário o aconselhamento para realização de ações para rastreio, tratamento e prevenção das mesmas. O aconselhamento se faz necessário para estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo a fim de garantir a qualidade do processo de tratamento e a adesão a este último e à clínica. O aconselhamento, a avaliação de situações de risco e a educação para saúde das pessoas com IST, e suas parcerias, têm como objetivo o tratamento e o controle da transmissão (BRASIL, 2016b).

A atuação do enfermeiro deve compreender as ações de prevenção e assistência em DSTs/HIV/AIDS. O enfermeiro responde às necessidades de tratamento, desenvolve ações de controle em relação à atenção as DSTs e as integra com as referências em DSTs/HIV/AIDS.

Estes agenciadores de mudança, iluminados pela integralidade, são potentes para construir novas formas de fazer/agir na prática cotidiana dos serviços (DO VAL, NICHATA,

2014). O enfermeiro deve então, em sua assistência, compreender a atenção integral à saúde da mulher de forma que conduza as ações de prevenção e promoção da saúde em ISTs.

2.3 Enfermeiro na atenção à saúde da mulher e Necessidades de Saúde

A atuação do enfermeiro na assistência à saúde da mulher permite a atenção de forma integral, o que, como apresentado por definição, compreende a assistência em todo o seu ciclo de vida. A assistência integral também oferece à mulher o acesso a serviços de saúde, ao planejamento reprodutivo, o reconhecimento dos seus direitos sexuais e reprodutivos e também uma assistência de atenção integral à sua família. Estas ações devem ser exercidas no âmbito das unidades do SUS (GOMES, 2010).

A Saúde da Mulher é uma área do cuidado de enfermagem que prevê a supracitada atenção integral à saúde. O enfermeiro, como profissional do cuidado, deve respeitar a mulher e sua família quanto aos seus desejos, respeitando suas decisões. Cabe a este profissional também prover formas de colocar a mulher em uma posição de destaque, respeitando seu corpo, valorizando sua função social e oferecendo-lhe o protagonismo. O enfermeiro tem conseguido devolver este poder à mulher e o seu protagonismo, devolvendo-lhe a autonomia sobre sua mente e seu corpo (BRASIL, 2014b).

Sendo assim, o enfermeiro na assistência à saúde da mulher encontra-se inserido no contexto de atenção interdisciplinar, promovendo uma atenção à saúde que, além de integral, é baseada na autonomia e no poder de escolha. O enfermeiro e os demais profissionais de saúde, ao fazerem parte deste contexto, devem prestar uma assistência em conjunto para a tomada de decisão a fim de realizar seu exercício com melhor qualidade para a mulher e sua família.

Vale ressaltar a importância e relevância de resgatar a tradição do enfermeiro como profissional do cuidar, evidenciando o seu principal objetivo na assistência, quer seja, o de assegurar à mulher respeito a sua autonomia, garantindo a integralidade da assistência e a promoção da saúde, bem como os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, os direitos humanos e a cidadania (BRASIL, 2016c).

A atuação do enfermeiro na assistência à mulher também prevê o desenvolvimento de ações, como a assistência ao pré-natal, parto, puerpério, aleitamento materno, abortamento, assistência à saúde reprodutiva, ao climatério, atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual, assistência à mulher em situação prisional e ações de controle e prevenção de câncer de colo do útero e de mama e ações de controle de ISTs (BRASIL, 2016b).

O enfermeiro deve oferecer apoio físico, emocional e empático, colocando o seu conhecimento à disposição da manutenção do equilíbrio físico/psíquico da mulher, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde (BRASIL, 2014b).

Ao enfermeiro na atenção à saúde da mulher compete: a melhoria do acesso das usuárias aos serviços de saúde; a assistência humanizada no que se refere à forma de escutar problemas e demandas; a mudança de olhar do objeto (da doença para o sujeito), tendo o sujeito como principal nas ações; a abordagem integral à saúde da mulher; a valorização do trabalho em equipe, com a integração e a complementaridade das atividades exercidas, buscando-se orientar o atendimento das usuárias nos serviços de saúde pelos riscos e vulnerabilidades com um plano de cuidados centrado nas necessidades das mulheres; a formação de vínculo e confiança entre os profissionais de saúde e as usuárias e; a operacionalização de uma clínica ampliada que aplica a abordagem da usuária de forma integral e centrada nas suas necessidades de saúde, bem como a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de saúde (BRASIL, 2016c).

O processo cuidativo em enfermagem e na Atenção Primária tem sido dividido em linhas de cuidado em saúde, de grupos populacionais e doenças. Este modelo ainda tem foco na doença, nas ações de prevenção, proteção e reabilitação da saúde (SANTANA, 2018).

As necessidades em saúde diferenciam-se entre si e, mesmo relacionadas, expressam diferentes condições de vulnerabilidade, o que requer ações de proteção (OLIVEIRA, 2012). As necessidades de saúde reconhecem o cuidado do indivíduo de forma integral, com foco na promoção da saúde.

3 METODOLOGIA

O presente estudo configura-se como de abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa busca observar a evolução do fenômeno em uma série de contextos naturais (POLIT, 2011). O fenômeno estudado foi a busca das mulheres pela Atenção Primária à Saúde, permitindo observar as suas demandas e necessidades de saúde.

A Fenomenologia foi utilizada como embasamento metodológico do estudo, sendo uma ciência que procede por descrição e ocupa-se de fenômenos, os quais são estudados em uma linguagem cotidiana, dando mais sentido à realidade do estudo apresentado (CAPALBO, 2008).

Foi utilizada como referencial teórico-metodológico a Fenomenologia de Alfred Schutz que fundamenta que cada determinada ação tem um motivo e uma razão intencional: A ação é um ato da conduta humana projetada por um ator de maneira autoconsciente. O autor discorre que para toda ação é necessário um motivo e um porquê desta ação. “A ação manifesta, e, ao mesmo tempo, é projetada e dotada de um propósito.” (SCHUTZ, 2003, p. 26). Com base no referencial de Alfred Schutz foi identificado as demandas e necessidades de saúde da mulher por meio dos motivos porque e para de busca pela Atenção Primária à Saúde.

O aspecto fundamental da teoria de Alfred Schutz é uma descrição fenomenológica do mundo da vida. O autor faz, por meio das relações sociais e da Fenomenologia, a análise das interações sociais, sobre a realidade, estilo de vida do indivíduo no mundo da vida, em seu cotidiano e a influência destes aspectos na vida do indivíduo e em suas ações (SCHUTZ, 2012).

A relevância do estudo deve-se a atuação do enfermeiro nas ações de prevenção de doenças e na promoção da saúde, tendo como ponto de partida para as suas ações as demandas e necessidades de saúde das mulheres.

3.1 Referencial Metodológico Alfred Schutz

Os estudos de Alfred Schutz, filósofo e sociólogo austríaco nascido em 1899, apresentam uma reflexão sobre a sociedade. Com sua compreensão da realidade eminente da vida, Alfred Schutz compreendia que cada um integra o mundo, os aspectos do cotidiano, que são essenciais para sua vida e seu contexto de vida.

O filósofo discorria que o mundo do sentido comum, como uma “atitude natural”, estava primordialmente relacionado à “essência de nossas ações”, na nossa vida, no nosso cotidiano. Alfred Schutz pensava o mundo, o meio em que vivemos, relacionando-o com as

nossas ações: “O mundo do senso comum é a essência da ação social e os homens entram em mútua relação e tratam a entender-se uns com os outros, assim como consigo mesmos” (SCHUTZ, 2003, p. 16).

Alfred Schutz observava a realidade do mundo e entendi-a como a “matriz da ação social que cada indivíduo se situa em sua vida de uma maneira específica”. Esta maneira específica que descreveu denominou como situação biográfica. “A situação biográfica se caracteriza fundamentalmente pelo feito que cada indivíduo se dispõe, em qualquer momento, de sua vida.” (SCHUTZ, 2003, p. 18).

A situação biográfica que ele descreveu como cada um tendo seu contexto de vida traz como realidade que “cada ator tem a sua história que é a sedimentação de todas as suas experiências subjetivas prévias” (SCHUTZ, 2003, p. 17). Schutz (2003) discorreu sobre as experiências prévias vividas que norteiam o nosso cotidiano, nossa vida e permeia as nossas ações.

Alfred Schutz foi um sociólogo fenomenológico que, em sua teoria, descreveu a intenção como uma justificativa para uma ação. Ele descreveu em suas obras o típico da ação, o que em um grupo se torna comum: o seu cotidiano. Buscava também entender o contexto da vida para então significar as ações. Estas ações são provenientes de uma intenção uma vez que toda ação possui um motivo “porque” e “para” de ser (SCHUTZ, 2003).

O autor descreveu a ação como a “conduta humana projetada por um ator de maneira autoconsciente”. A ação é “dotada de um propósito. A ação se inicia na consciência do ator”. Desta forma, os motivos, os “porquês”, são os que configuram a “base dos antecedentes, ambiente e predisposição psíquica do ator” e referem-se ao passado, ao já vivido.

Os motivos “para” são os motivos cuja implicação final é conquistar os objetivos almejados. Os “motivos para” determinam o futuro, “se define e como interpreta o sentido de sua ação”. Estes são os aspectos fundamentais da teoria fenomenológica de Alfred Schutz (SCHUTZ, 2003, p. 26).

A referida teoria de Alfred Schutz tem contribuído grandiosamente para a enfermagem, especialmente para o processo de cuidar: “o cuidado é uma ação vivida individualmente, mas inserida em um contexto social, sendo significado e ressignificado a partir do tipo de relação estabelecida com o outro” (JESUS *et al*, 2013, p. 739).

O cuidado da enfermagem envolve vários aspectos, a saber, biológicos, sociais, psíquicos, característicos da comunidade, entre outros. A “ação cuidar em enfermagem envolve um contexto social que expressa diferentes concepções de saúde, doença, necessidades e o próprio fazer do enfermeiro” (JESUS *et al*, 2013, p. 739).

A Fenomenologia Social de Alfred Schutz tem sido utilizada como base para as ações em enfermagem em diversos contextos sociais, e, de uma forma geral, tem sido um relevante referencial metodológico para as ações em saúde, pois “constitui uma possibilidade de pensar, fundamentar e desenvolver a ação de investigar e cuidar em enfermagem.” (JESUS *et al*, 2013, p. 740).

Na elaboração do referencial metodológico do estudo, Alfred Schutz foi utilizado como embasamento, especialmente no tocante à ideia do típico da ação como meio de propor ações em saúde.

O estudo teve como referência a análise da razão e circunstância das ações observadas e, desta forma, é possível evidenciar que a intenção do ator de fato se conecta com sua ação (EMBREE, 2015).

Neste sentido, o referencial teórico e metodológico de Alfred Schutz reforça a abordagem da temática, necessidades e demandas em saúde, considerados no estudo como a ação da procura de mulheres na Atenção Primária à Saúde.

3.2 Trajetória da investigação

A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas semiestruturadas “São usadas quando os pesquisadores possuem tópicos ou questões amplas que precisam ser abordadas durante a entrevista.” (POLIT, 2011, p. 375). As mesmas devem ser norteadas por questões que evoquem a motivação, a qual fundamenta e impulsiona a ação. O presente estudo identificou o típico da ação das mulheres na procura do serviço ofertado pela Atenção Primária e as suas necessidades de saúde (JESUS *et al*, 2013).

Define-se entrevista como a técnica em que o pesquisador está em interação com o entrevistado com o objetivo de obter os dados que interessam à sua investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social (GIL, 2008).

Os participantes da pesquisa foram pessoas do sexo feminino com vida sexual ativa e vivências na Atenção Primária.

A entrevista semiestruturada é uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo da entrevista. O entrevistador tem o cuidado de fazer poucas perguntas direcionadas e deixa o entrevistado falar livremente na medida em que menciona os tópicos a serem investigados. Quando o entrevistado se afasta do tópico a ser observado, o entrevistador intervém, embora de maneira suficientemente sutil, a fim de preservar a espontaneidade do processo e a veracidade dos dados e do estudo (GIL, 2008).

Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram: pessoas do sexo feminino, vida sexual ativa e vivências na Atenção Primária em uma Unidade Básica no Rio de Janeiro. O critério de exclusão dos participantes da pesquisa foi: inexistência de vivências na Atenção Primária à Saúde. A participação na pesquisa foi voluntária e a mulher teve completa autonomia para aceitação ou retirada de sua participação no estudo.

As entrevistas foram registradas por meio de dispositivos de áudio com posterior transcrição na íntegra pelo pesquisador, preservando as informações, bem como a identidade de seus participantes com garantia do sigilo dos dados da pesquisa e o anonimato das entrevistadas.

As entrevistas foram transcritas como entrevistas narrativas, apresentando o relato do participante de pesquisa como uma conversa, preservando todos os dados e a profundidade dos relatos. “As entrevistas narrativas se caracterizam como ferramentas não estruturadas, visando à profundidade de aspectos específicos a partir das quais emergem histórias de vida, tanto do entrevistado, como as entrecruzadas no contexto situacional.” (MUYLAERT *et al*, 2014, p. 194).

A referida pesquisa cumpriu todos os requisitos para submissão em comitê de ética, respeitando os aspectos éticos, por se tratar de seres humanos, conforme descrito nas diretrizes e normas regulamentadoras contidas na resolução 466/12 (BRASIL, 2013d) e respeitando também os contidos na resolução 510/16 (BRASIL, 2016a), segundo o artigo XVI da referida resolução, o qual contempla as vivências e saberes das pessoas e grupos em suas relações sociais, seus valores culturais e regulamenta as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) com o número CAAE: 76521317.2.0000.5285 e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa UNIRIO 2.350.399.

O estudo possuiu riscos mínimos aos participantes relacionados a danos psíquicos, moral, intelectual. Estes aspectos foram considerados de risco mínimo já que, eventualmente, as participantes poderiam se sentir constrangidas em relação a perguntas acerca de sua vida pessoal e sexual.

As medidas preventivas e minimizadoras dos danos foram: a liberdade do participante da pesquisa em se recusar a participar ou retirar seu consentimento durante qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma ou prejuízo; a garantia do sigilo e privacidade dos participantes da pesquisa quanto aos dados confidenciais pertinentes ao estudo e; a garantia da privacidade e do anonimato dos participantes a acerca da entrevista e dos dados coletados.

Os fins da pesquisa consistiram em melhorar a assistência de enfermagem à saúde da mulher, considerando a evidência das práticas assistenciais de enfermagem a fim de melhorias no exercício profissional (enfermeiro), e em sua formação, e atualização na assistência à saúde da mulher.

Os benefícios da pesquisa foram: a identificação das necessidades de saúde da mulher para o controle de ISTs; o incentivo à formação, especialização, atualização e aperfeiçoamento na assistência de enfermagem e; a construção do cuidado de enfermagem como uma prática baseada em evidências científicas.

A amostra do estudo cumpriu o propósito de representar o fenômeno em questão: as mulheres com vida sexual ativa e com vivências na Atenção Primária à Saúde. “Nesse sentido, pode-se dizer que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo.” (MINAYO, 2017, p. 15).

A Fenomenologia, a ciência que estuda os fenômenos, tem a sua base nas Ciências Sociais: “É que trabalham no nível da identidade entre o sujeito e objetivo da investigação” (MINAYO, 2014, p. 41). A pesquisa social tem como fenômeno o ser humano inserido em sociedade. “A pesquisa social em saúde são todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários” (MINAYO, 2014, p. 47).

Como acima mencionado, a coleta de dados foi feita por meio de entrevista semiestruturada e o acesso aos entrevistados deu-se mediante a amostragem bola de neve.

A amostragem em bola de neve consiste em selecionar amostras da população de forma aleatória, não probabilística. Consiste também em coletar uma amostra da população com o propósito de estudar as características individuais desta população. Segundo Vinuto (2014), este tipo de amostragem em bola de neve é uma forma de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência e torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados.

A técnica de bola de neve possui três objetivos descritos por Vinuto (2014), quais sejam: “O desejo de melhor compreensão sobre um tema; testar a viabilidade de realização de um estudo mais amplo e; desenvolver os métodos a serem empregados em todos os estudos ou fases subsequentes.” (VINUTO, 2014, p. 202-203).

Como parte da técnica de bola de neve, selecionaram-se três sementes, três sujeitos da pesquisa que foram o ponto de partida para a indicação dos demais participantes. Como semente foi selecionado um participante do contexto social do pesquisador.

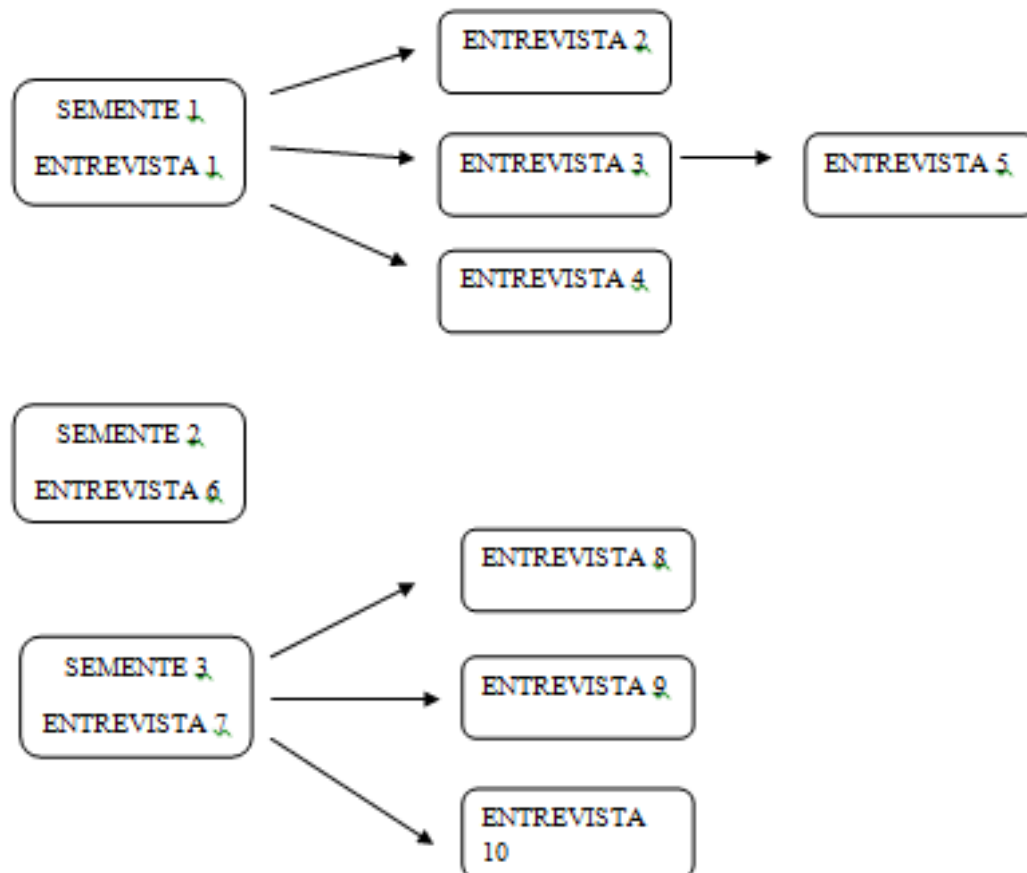
A técnica permitiu, por meio das sementes, indicações de novos participantes para a pesquisa. A semente é um participante da pesquisa que possibilitará a participação de novos participantes.

Segundo Vinuto, a “execução da amostragem em bola de neve se constrói da seguinte maneira: para o pontapé inicial lança-se mão de documentos e/ou informantes chaves, nomeados como sementes.” Esta técnica permitiu que o participante de pesquisa fosse captado no mundo da vida (VINUTO, 2014, p. 207-208).

O estudo teve três sementes para a indicação de novos participantes, as quais foram selecionadas a partir do ambiente social do pesquisador. Foi realizada a coleta de dados a partir de uma semente e, quando cessaram as indicações de novos participantes, foi selecionada uma nova semente para dar seguimento à coleta de dados até a saturação dos motivos “para” (Figura 2).

Considerando a técnica de bola de neve, foram indicados participantes de pesquisa que não puderam participar da mesma devido a motivos de viagem e também por não possuírem vivências na Atenção Primária à Saúde.

Figura 2 - Técnica da Bola de Neve



Fonte: Elaborado pela autora.

A saturação dos dados foi observada por meio do esgotamento das falas das mulheres, pela repetição da mesma ideia da motivação acerca dos motivos “para”, quando foi então observada a saturação dos dados. Em geral, os pesquisadores não trabalham com o conceito de saturação, mas com o propósito de dar corpo à sua pesquisa e torná-la defensável” (MINAYO, 2017).

Durante a condução do estudo, algumas dificuldades foram observadas, como as indicações de participantes. Porém, mesmo com as dificuldades encontradas, foi observada a saturação dos dados por meio da saturação dos “motivos para”. Outras dificuldades foram observadas quanto ao local da coleta de dados, por tratar-se de locais onde os participantes estavam no mundo da vida.

A análise de dados foi realizada com base no referencial teórico e metodológico de Alfred Schutz com a categorização dos dados encontrados. Na utilização de categorias deve focar a distinção das ações e usar conceitos relacionados para agrupar os dados e facilitar o processo de codificação” (POLIT, 2011). Mediante a “leitura cuidadosa e a análise crítica do conteúdo dessas falas possibilita a identificação e a descrição dos significados da ação — a categorização — com conseqüente compreensão do fenômeno investigado” (JESUS *et al*, 2013, p. 740).

4 RESULTADOS

Os resultados encontrados no estudo foram obtidos a partir do relato das dez mulheres participantes da pesquisa. A coleta foi realizada no período de dezembro de 2017 a maio de 2018 no Estado do Rio de Janeiro. As entrevistas foram conduzidas no ambiente sugerido pelo participante da pesquisa: em shoppings, na casa do participante, em seu local de trabalho, ou seja, no mundo da vida.

O mundo da vida, como expresso pelo referencial teórico e metodológico de Alfred Schutz, ou “mundo da vida cotidiana” é descrito da seguinte forma: “o mundo da vida cotidiana é baseado em um estoque de experiência prévia a seu respeito, nossas próprias experiências.” (SCHUTZ, 2012, p. 84). O mundo da vida cotidiana é o cenário e também objeto de nossas ações e interações, “é algo que temos que modificar com as nossas ações ou que as modifica.” (SHUTZ, 2012, p. 84-85).

Os locais em que a coleta de dados foi realizada configuram locais do mundo da vida, como a residência do participante da pesquisa, o local de trabalho ou o shopping center. No shopping center e no local de trabalho houve algumas dificuldades para encontrar um local com menos ruídos externos que poderiam interferir na gravação das entrevistas.

Nos dados obtidos por meio das entrevistas foi possível identificar a situação biográfica dos participantes. Conforme o referencial teórico e metodológico destaca, a situação biográfica é parte do estudo, pois permite a observação do grupo de participantes. Estas observações encontram-se descritas, a seguir, na situação biográfica.

O referencial metodológico utilizado no estudo caracteriza a situação biográfica como “A realidade do sentido comum da matriz de toda ação social, todo indivíduo se situa na vida de uma maneira específica” (SCHUTZ, 2003, p. 18) e enfatiza os aspectos do cotidiano “[...] cada pessoa segue durante toda a sua vida interpretando como se encontra no mundo, seus interesses particulares, motivos, desejos, aspirações, compromissos religiosos e ideológicos.” (SCHUTZ, 2003, p. 18).

Alfred Schultz enfatiza a situação biográfica como forma de localização do sujeito no mundo “A situação biográfica define o modo de localizar a ação, interpretar suas possibilidades e enfrentar seus desafios.” (SCHUTZ, 2003, p. 18).

A situação biográfica, referente aos aspectos sociais dos participantes da pesquisa, encontra-se no Quadro 2 (APÊNDICE A). Os aspectos relacionados aos dados pessoais encontram-se no Quadro 3 (APÊNDICE A) e os relacionados à saúde encontram-se no Quadro 4 (APÊNDICE A).

Nos dados da situação biográfica, em relação aos dados sociais, as seguintes informações dos participantes foram identificadas: idade, escolaridade, ocupação, renda e religião. Em relação à idade dos participantes, as entrevistadas tinham entre 30 e 39 anos.

Quanto à escolaridade, a mesma variou entre ensino médio incompleto e a pós-graduação. As seguintes ocupações foram observadas: autônoma, estudante, dona de casa e agente comunitária de saúde. Em relação à renda foi relatado valores de 0 salários até 10 salários mínimos. Quanto à religião, foram relatadas: religião cristã, evangélica, católica, umbandista e sem religião.

Ainda sobre a situação biográfica, os seguintes dados pessoais foram analisados: com quem reside, naturalidade, local de moradia, atividades do dia a dia e relacionamentos. Estes dados se encontram no Quadro 3 (APÊNDICE A).

No quadro 3 (APÊNDICE A) foram dispostos os supracitados dados pessoais referentes à relacionamentos, atividades do dia a dia, atividades que gostam de realizar, com quem residem, naturalidade e residência.

No quadro a seguir, o Quadro 4, foram identificados dados em relação à saúde, como cuidados com a saúde, início da vida sexual, métodos contraceptivos utilizados, métodos de prevenção de ISTs, cuidados com a saúde da mulher e cadastro em Unidade Básica de Saúde.

No Quadro 4 (APÊNDICE A) foram sistematizados os dados em relação ao grupo de mulheres e o início de sua vida sexual, os quais variam entre 14 anos e 22 anos. Acerca dos métodos contraceptivos utilizados, foi observado, predominantemente, o uso de método contraceptivo oral, seguido, respectivamente, do uso do método de barreira, a saber, a camisinha. No tocante ao cuidado em relação à saúde, foram identificadas ações de cuidado relacionadas à prevenção de doenças e a realização de exames laboratoriais.

Em relação à saúde da mulher, foi observada a realização do exame colpocitológico para rastreamento de câncer de colo de útero. Sobre o cadastro em Unidade Básica de Saúde, as entrevistadas relataram terem feito cadastros nas referidas unidades localizadas na zona norte e oeste da Cidade do Rio de Janeiro (Quadro 1).

Quadro 1 - Situação biográfica

SITUAÇÃO BIOGRÁFICA	
IDADE	30 A 39 ANOS
RELIGIÃO	- Evangélica (04) - Católica (03) - Candomblecista (01) - Relata não ter religião (02)
ESCOLARIDADE	- Ensino médio completo (06) - Pós-graduação (03) - Ensino superior (01)

	- Ensino médio incompleto (01)
OCUPAÇÃO	- Estudantes (03) - Autônomas (02) - Agente comunitário de saúde (03) - Do lar (01)
RENDA DO DOMICÍLIO	02 e 10 salários mínimos
RELACIONAMENTOS SEXUAIS	- Possuem (08) - Não (02)
MÉTODOS UTILIZADOS	- Contraceptivo oral e condom (06) - Nenhum método (04)
INÍCIO DA VIDA SEXUAL	14 anos a 21 anos de idade

Fonte: Elaborado pela autora.

Como etapa seguinte da análise, após a situação biográfica, foi realizada a análise acerca dos “motivos porque” e dos “motivos para” para a identificação do típico e o típico da ação das mulheres na Atenção Primária à Saúde.

A caracterização e localização da situação do grupo de mulheres e dos participantes da pesquisa auxiliaram na análise dos dados para a identificação dos motivos “porque” e “para”.

A pergunta fenomenológica realizada para identificar os motivos “porque” em relação à busca pela Atenção Primária à Saúde foi a seguinte: Em que situações procura o posto de saúde? As repostas encontram-se a seguir, caracterizando o típico do ato, os “motivos porque”: “E eu tava precisando de um atendimento para um atestado médico.” (E1); “Para outros exames, como preventivos, exames laboratoriais, como de sangue.” (E2); “Quando tem campanha, de vacinação, preventivo.” (E3); “Vacinação, quando tem campanha, e o preventivo.” (E4); “Fiquei acompanhando com o psicólogo ali.” (E5); “Eu procuro mais para vacina, quando eu tenho que levar as crianças para vacinar” (E6); “Então eu só vou mesmo só para fazer preventivo, e o Pré-natal procuro também para os filhos, para alguma coisa.” (E7); “Todo o dia a gente passa por uma avaliação, do médico e do enfermeiro. Eu faço preventivo.” (E8); “Para qualquer coisa converso com a médica e com a enfermeira. Esse ano eu tenho preventivo.” (E9); “Preventivo no posto e vacina só.” (E10).

Conforme relatado acima, os motivos “porque” identificados durante a análise do estudo foram: atestado médico, exames laboratoriais, realização de preventivo, vacinação, assistência ao pré-natal, atendimento por profissional de saúde, psicólogo, médico e enfermeiro. Os motivos “porque” mais mencionados foram a realização de preventivo e a vacinação.

O típico do ato, os motivos “porque”, encontrado no grupo de mulheres participantes da pesquisa é o típico do ato do grupo: a realização de exames laboratoriais, em que foi mais predominante a realização de exame colpocitológico. A realização dos referidos exames teve como objetivo o diagnóstico precoce de doenças.

O típico da ação, os motivos “para”, foi identificado no estudo por meio da seguinte pergunta fenomenológica: O que você espera dos profissionais de saúde quando procura o posto? Por meio das respostas emergiu o típico da ação, categorizado como “motivos para”: “Eu espero um bom atendimento, né?” (E1); “Eu espero atenção e resolução [...] Quero uma atenção específica.” (E2); “Eu espero ser bem atendida [...] Eu espero atenção [...] Eu espero ser atendida, e que eu consiga este atendimento.” (E3); “A atenção [...] Eu espero um bom atendimento e mais respeito.” (E4); “Ah, eu espero que eles me olhem né?! [...] Que olhem para a gente e tentem solucionar o nosso problema.” (E5); “Olha, eu espero solicitude, e um pouquinho de empatia né? [...] Então a eficácia do serviço é o top.” (E6); “Principalmente é uma atenção [...] Um bom acolhimento para através disso ter um bom tratamento do problema que eu possa ter.” (E7); “Ah, acolhimento [...] Então acolher é muito importante.” (E8); “Eu procuro acolhimento, uma palavra.” (E9); “Eu espero mais atenção principalmente em relação a isso [...] Assim eu queria que tivessem mais atenção para isso.” (E10).

Os motivos “para” relatados ao pesquisador, e caracterizados como típico da ação, foram: atenção e atendimento.

Sendo assim, os motivos “porque” e “para” identificados no estudo permitiram a realização da análise do típico da ação das mulheres na Atenção Básica à Saúde. Esta identificação é relevante para melhorar o entendimento acerca dos motivos os quais levam a população selecionada à busca da Atenção Primária; da ação e razão pela qual há a busca pela Atenção Básica e; acerca das expectativas das mulheres ao procurar uma Unidade Básica de Saúde.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As vivências das mulheres na Atenção Primária à Saúde viabilizaram, por meio de seus relatos, a caracterização da situação biográfica. Nesta etapa foram observadas as seguintes informações: idade, religião, escolaridade, ocupação, renda do domicílio, relacionamentos sexuais, métodos utilizados para contracepção e prevenção de doenças, início da vida sexual e cuidado com a saúde.

O aspecto que mais importa aqui destacar é referente ao início da vida sexual. Os relatos das mulheres evidenciam que as mesmas deram início à vida sexual a partir da primeira relação sexual, com idades que variaram entre 14 a 21 anos de idade, conforme é possível ver nas respostas a seguir: “Eu iniciei a minha vida sexual eu tinha vinte e um anos, foi com o meu primeiro namorado na época.” (E1); “Aos 18 anos, foi quando eu comecei a namorar o meu esposo, foi com 18 anos.” (E4); “Ah, foi nova, foi com 14 anos.” (E6); “Eu iniciei com 15 anos.” (E7); “Com 16 anos, quando tive a minha primeira relação.” (E9).

Assim, tem-se que o início da vida sexual das entrevistadas deu-se no período da adolescência e início da vida adulta. Há ações dedicadas a esta faixa etária da população que visam o cuidado com a saúde sexual. Algumas destas ações incluem “garantir a atenção à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso ao planejamento reprodutivo e aos insumos para a prevenção das DST/HIV/AIDS, além de desenvolver ações educativas com grupos, respeitando os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.” (BRASIL, 2010c, p. 25).

O despertar da sexualidade, as descobertas sobre o próprio corpo e sobre relacionamentos, bem como o início da atividade sexual, observa-se em maior quantidade no público adolescente e adulto jovem. A tendência ao início da vida sexual mais jovem é observada mais recorrentemente entre as jovens.

Segundo Borges e Schor, as adolescentes iniciam sua vida sexual, a partir da primeira relação sexual, em torno dos 15 anos. Um dos aspectos observados pelos autores é o fato de que, com o início precoce da vida sexual, outras prioridades são colocadas em primeiro plano em detrimento de atitudes voltadas à contracepção e prevenção de DST/AIDS (BORGES; SCHOR, 2003).

Na presente pesquisa foi possível detectar que a utilização de métodos contraceptivos e de prevenção de ISTs foi mencionada nos relatos das vivências das mulheres. Os métodos relatados estão descritos a seguir: “Eu utilizei a camisinha. Depois dos exames, a gente estava num relacionamento estável que a gente largou a camisinha, foi baseado na confiança dele e dele em mim.” (E1); “Eu quando eu relaciono, eu tomo o anticoncepcional e utilizo a

camisinha. Sempre quando eu vou me relacionar, tanto para prevenir a gravidez indesejada e também qualquer tipo de doença, é assim que eu faço a minha prevenção.” (E2); “Eu confesso que eu faço sexo sem camisinha, visto a todos estes anos que a gente está. Mas assim, para prevenir a gravidez, eu utilizo o anticoncepcional.” (E3); “Não, no momento não. No momento só o preservativo mesmo.” (E4); “Eu tomo pílula anticoncepcional e a camisinha.” (E5); “No momento eu não utilizo nenhum método.” (E6); “Eu só utilizo o anticoncepcional e camisinha. Eu utilizo o anticoncepcional oral. É ele que estou utilizando agora no momento.” (E7); “Eu uso o anticoncepcional oral. Mesmo sem estar tendo relações, eu ainda continuo tomando.” (E8); “Eu utilizo a injeção. Eu já tentei usar o DIU, mas não me adaptei. Aí eu preferi não insistir e tomar mesmo a injeção. E a camisinha também para prevenir as DSTs.” (E9); “Não, no momento não. Não tomo remédio nada.” (E10).

Os métodos contraceptivos e de prevenção de doenças mais mencionados pelas entrevistadas foram o uso do método anticoncepcional oral e *condom*. Os relatos apontam que a utilização destes métodos foi feita para a prevenção da gestação, principalmente. Foi observado que a prevenção de ISTs não foi mencionada com a mesma preocupação, quando comparada à prevenção de gravidez.

A atenção à anticoncepção pressupõe a oferta de informações, aconselhamento, acompanhamento clínico e a escolha de métodos e técnicas anticoncepcionais em um contexto de escolha livre e informada. “É muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais, para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida” (BRASIL, 2010b, p. 131).

A utilização de métodos contraceptivos e do planejamento reprodutivo deve ser feita juntamente com a prevenção das DST/HIV/AIDS, pois as ações também devem incluir a prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2010b).

A utilização dos métodos contraceptivos foi observada em um estudo com mulheres acerca não apenas do uso destes métodos, mas também do início da atividade sexual. Segundo Borges e Schor, os métodos contraceptivos oral e injetável foram usados mais recorrentemente, substituindo o uso de um método de barreira: o uso de anticoncepcionais na última relação sexual foi ampliado, porém os resultados mostraram que o preservativo masculino foi parcialmente substituído por outros métodos, tais como o contraceptivo hormonal oral ou injetável” (BORGES; SCHOR, 2003).

No estudo de Borges e Schor, o uso do preservativo nas relações sexuais foi relacionado ao relacionamento: “Elas substituíram o *condom* como método contraceptivo de

escolha justamente por estarem inseridas em um relacionamento mais estável e com vínculo afetivo-amoroso” (BORGES; SCHOR, 2003, p. 502). A visão dos autores confirma uma tendência de abandono do preservativo conectada aos relacionamentos estáveis e aos vínculos amorosos baseados na confiança, na fidelidade e na proteção (BORGES; SCHOR, 2003).

Os métodos contraceptivos disponíveis por meio do planejamento reprodutivo permitem aos indivíduos escolher o que melhor se adequa a si e as suas parcerias sexuais. Todavia se faz necessária a informação a fim de que haja orientação quanto à forma apropriada e segura de utilização do método para prevenção das ISTs e da gestação indesejada. A indicação de métodos contraceptivos não apenas aumenta a adequação para a prevenção da gestação, mas estimula também o cuidado com a prevenção das ISTs nas diversas situações e comportamentos dos indivíduos e de suas parcerias sexuais (FIGUEIREDO; SANTOS, 2012).

As infecções sexualmente transmissíveis e os métodos utilizados foram observados como forma de prevenção de ISTs, porém não são utilizados exclusivamente para a prevenção de ISTs. A partir do relato das mulheres foi possível observar se em suas vivências já haviam realizado algum método como contraceptivo e para prevenção de ISTs. Os relatos se encontram a seguir:

Eu já fiz exame de sangue, eu fiz até um recentemente para a Sífilis agora para um processo seletivo, para admissão. Ah, eu não falei, mas eu vou começar a ser professora substituta, então eu fiz exames para Sífilis e já fiz para HIV. Recente agora eu fiz para a Sífilis. (E 5).

Eu já fiz já. Nenhum teste deu positivo. Eu fiz três vezes na minha vida, nas duas gestações, eu fiz até mais, né? Porque tem que fazer no começo e no final, então eu fiz nas duas gestações e eu fiz agora em Dezembro, também que acabou que teve um momento de penetração sem preservativo e aí depois a gente colocou o preservativo. Mas eu fiquei muito na neura e aí eu fiz os exames, né, para tudo que eu fiz deu não reagente. (E6).

E ainda: “Eu fiz exames, mas só nas gestações. Só.” (E7); “Eu fiz um teste rápido há pouco tempo, [...] então eu fiz um teste rápido deu tudo ok, graças a Deus. Nas gestações eu fiz e fiz agora.” (E8); “E a camisinha também para prevenir as DST [...] teste rápido de doença, HIV, essas coisas só na gestação.” (E9).

A análise dos relatos apontou a realização de exames para investigação de ISTs, porém esta, notadamente, não é uma prática que faz parte da vivência destas mulheres na Atenção Primária à Saúde. Contudo, foi observada a realização de exames para investigação de ISTs como requisito de exames admissionais, durante a gestação e conforme a solicitação da mulher.

Os marcadores validados constituem importante ferramenta para operacionalizar o conceito de vulnerabilidade na ABS, pois permitem caracterizar a vulnerabilidade de mulheres, contribuindo para nortear o planejamento de ações de prevenção pautadas na realidade que não limitam-se ao repasse de informações, mas que consistem na troca de saberes, crenças e valores vinculados à forma que a mulher vive sua sexualidade (GUANILO; TAKAHASHI; BERTOLOZZI, 2014).

As vulnerabilidades das mulheres foram reconhecidas devido às demandas de saúde não terem as ISTs como foco de seu cuidado com a saúde. Segundo Duarte, observar as necessidades das mulheres e as suas vulnerabilidades em saúde permite elaborar propostas de ações para sua proteção e empoderamento: “O conhecimento das características das mulheres, especialmente aquelas que as tornam mais vulneráveis, deve subsidiar a proposição de estratégias de proteção e empoderamento deste grupo com vistas ao cuidado integral e ao aumento de sua autonomia.” (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014, p. 9).

Como ações de proteção à saúde das mulheres e ao seu empoderamento acerca do cuidado com a saúde, ressalta-se “a necessidade de ofertar assistência ginecológica visando o diagnóstico e o tratamento precoce de DSTs e outras afecções ginecológicas, de ações multiprofissionais que reforcem a autonomia feminina na tomada de decisões.” (DUARTE; PARADA; SOUZA, 2014, p. 9).

A Atenção Primária à Saúde promove ações além da realização de grupos educativos para planejamento reprodutivo e prevenção de ISTs. Promove também a distribuição de material informativo e de preservativos masculino e feminino para a prevenção de doenças.

A atenção às ISTs pode ser articulada com a prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva. De acordo com Bellenzani, quatro momentos estratégicos podem ser utilizados pela Atenção Primária à Saúde para o desenvolvimento de ações de prevenção de ISTs: atividades em grupo para prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva, atendimento para aconselhamento, realização de exames sorológicos, ou testes rápido de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, e a disponibilização de métodos contraceptivos (BELLENZANI, 2012).

Como proposta de ação para a prevenção das ISTs foi observada a importância do aconselhamento em saúde e também da consulta de enfermagem. Segundo Araújo, o acolhimento é o ponto chave para o aconselhamento para a prevenção das ISTs: “A compreensão de que o aconselhamento deve ser encarado como uma das estratégias de prevenção em DST/AIDS é fundamental. Destacamos aqui o acolhimento.” (ARAÚJO, 2007, p. 148).

As ações em saúde que visam à autonomia, a escolha de utilização de um método mais adequado e a informação de parcerias sexuais são indispensáveis à promoção da saúde. A tomada de decisões sobre a utilização ou não das práticas preventivas contra DSTs/AIDS é de completo encargo dos indivíduos. Ações que visam uma tomada de decisão para a prevenção e promoção da saúde contemplam a integralidade do indivíduo e a autonomia de cuidado em saúde, no tocante às ISTs (ARAÚJO, 2007).

Segundo Araújo, a abordagem desta temática, junto à população, representa um desafio a ser superado “para que sejam atingidos níveis mais eficazes na adoção de comportamentos mais seguros frente às DSTs e ao HIV/AIDS.” (ARAÚJO, 2007, p. 157).

O cuidado em saúde e o cuidado com a sua saúde foi um tema abordado durante as entrevistas, como disposto abaixo:

Vou confessar que eu não me cuido bem, que eu não vou tão regularmente ao médico quanto eu deveria ir. É geralmente quando eu estou sentindo alguma coisa ou tenho algum problema que eu procuro o médico. (E1);

Eu sinceramente não sigo nenhuma dieta específica, mas também eu não exagero com nenhum tipo de comida; eu não ingiro bebida alcoólica, não fumo. Pelo menos eu tento levar ela tipo de uma forma regular. (E2);

Atualmente eu tenho melhorado a minha alimentação, para emagrecimento [...] até com certa frequência vou à nutricionista, vou ao ginecologista uma vez ao ano, colho preventivo [...] meu otorrino eu vou de seis em seis meses para fazer lavagem e clínico eu vou mais quando eu estou precisando mesmo. (E3);

Olha eu sou sedentária à beça, te confesso, eu não gosto de ir à médico, mas quando é preciso, quando eu vejo uma necessidade, eu vou, eu faço exames, inclusive eu estou querendo fazer exame de sangue e não consigo. Mas eu faço preventivo e alguns exames que eu consigo fazer ginecológico, inclusive é o médico que eu mais vou, e o dentista, (risos). (E4);

Bem, quando eu preciso de médico, eu recorro à clínica da família. Então geralmente é isso e aqui em posto de saúde eu só fui para ir ao psicólogo. Não é contínuo, não é sempre. (E5);

Então, assim, pelo menos eu tento umas duas vezes no ano, eu faço exame de rotina de hormônio, hemograma, essas coisas. Eu tento ter uma alimentação balanceada e praticar exercício, mas não é sempre que eu consigo [...] poderia ser muito melhor, com certeza. (E6);

Bom, hoje em dia, eu cuido só com a alimentação, mas há muito tempo atrás eu fazia muita atividade física. Hoje em dia, por conta de trabalho e cuidar de criança, a atividade física está mais devagar. Eu não tenho frequentado à academia. Mas hoje em dia mais com a alimentação mesmo. (E7);

Eu cuido regularmente, na estratégia também, normal. Faço preventivo como qualquer cidadão que vai ao médico [...] mas tem as questões de saúde também que eu acompanho. (E8);

Assim, como eu estou trabalhando na clínica, eu tenho cuidado melhor da minha saúde porque no outro lugar que eu trabalhava, eu quase não ia para o médico.

Exames, eu quase não fazia isso [...] agora, sim, eu estou me cuidando melhor.” (E9);

Eu vou de seis em seis meses ao médico, porque eu ainda tenho um problema de saúde [...] aí eu tenho que acompanhar. Então eu tenho que tratar e aí eu tenho que acompanhar. A gente vai lá para saber se vai voltar. Eu fico acompanhando. (E10).

O cuidado com a saúde, observado nos relatos, evidencia que as mulheres cuidam da saúde por meio da alimentação, atividade física e também pela prevenção de doenças, procurando atendimento de um profissional de saúde.

A Atenção Primária à Saúde utiliza o modelo de linhas de cuidado, as quais configuram um processo de construção do cuidado envolvendo decisões e intervenções planejadas acerca das prioridades em saúde de indivíduos ou grupo de pessoas (SANTANA, 2018).

As linhas de cuidado são uma estratégia preconizada pela Saúde da Família, mas a atenção à saúde da família não se restringe somente as linhas de cuidado. A Atenção Primária à Saúde permite a construção do vínculo entre os profissionais de saúde e usuários baseada nas relações de cotidiano, tornando-as mais horizontais e possibilitando o empoderamento dos usuários no processo de cuidado (SANTOS; MESHIMA; MERHY, 2018).

A atuação do enfermeiro frente às linhas de cuidado deve ser munida de conhecimento para a resolutividade de problemas concatenados às demandas, promovendo ações de planejamento, organização e avaliação com plano de ação voltado para as necessidades dos indivíduos. As ações de cuidado frente às necessidades de saúde, com foco nas demandas dos usuários, viabilizam ações de valorização da tomada de decisão, do empoderamento e do cuidar da própria saúde (OLIVEIRA; TOSO; MATSUDA, 2017).

O cuidado de enfermagem na Saúde Coletiva abrange três dimensões sociais: a estrutural, a particular e a singular. A dimensão estrutural diz respeito a como a sociedade organiza-se por meio das políticas de saúde e serviços. A segunda dimensão, a particular, refere-se aos grupos sociais a partir da maneira com a qual o indivíduo desenvolve e organiza a vida. A terceira dimensão, a singular, é pertinente ao cuidado de si e da família, no seu contexto de vida, no seu cotidiano, o que envolve aspectos culturais, valores, relacionamentos e o meio que está inserido. Portanto, o cuidar em enfermagem na Saúde Coletiva é organizar ações que contemplem estas dimensões (ZOBOLI; FRACOLLI; CHIESA, 2013).

Na Saúde Coletiva, o cuidado vai além do modelo centrado nas doenças, também inclui “compreender os processos que podem levar ao adoecimento” (ZOBOLI; FRACOLLI; CHIESA, 2013, p. 252).

O que significa ser mulher e cuidar de sua saúde? Como a mulher cuida da sua própria saúde? Estas são indagações que, segundo Simões, incentivam a reflexão sobre a mulher e sobre o cuidado em saúde. No estudo de Simões é possível observar como as mulheres cuidam da sua própria saúde. De acordo com o relato das mulheres, o cuidado com a saúde seria “manter uma alimentação adequada, sono, a higiene corporal, além de fazer o autoexame das mamas. As mulheres, neste estudo, também apontaram a importância de submeter-se ao exame de prevenção do câncer cérvico-uterino oferecido à clientela nas unidades de saúde.” (SIMÕES, 1998, p. 86).

As ações de cuidado das mulheres, segundo Simões, possuem semelhança com o próprio discurso elaborado pelas políticas de atenção à saúde da mulher no dia a dia dos serviços difundidos pelos profissionais (SIMÕES, 1998).

As demandas e necessidades das mulheres em relação aos serviços de saúde são compatíveis com as ações oferecidas pelos serviços, garantidas por meio de políticas de saúde. Contudo, as ações em vigor não estão voltadas para as necessidades de saúde desta população. Sendo assim, a partir das necessidades delas é necessário propor ações que promovam a atenção à sua saúde.

É a partir de relatos, como os do presente estudo, que as vulnerabilidades e necessidades das mulheres junto à Atenção Primária à Saúde podem ser reconhecidas. Foi a partir do relato aqui exposto que os motivos “porque” e “para” na busca pela Atenção Primária foram explicitados.

Estes motivos são os típicos da ação pontuados pelas entrevistadas. É possível identificar dois aspectos distintos por meio da análise dos motivos do típico da ação: nos motivos “porque” foi identificado, como típico do grupo, o concreto do vivido, a busca por uma Unidade Básica de Saúde para a realização de exames laboratoriais, sendo o exame colpocitológico o mais mencionado. Nos motivos “para” foi identificado, como típico da ação, a procura pela Atenção Primária à Saúde para recebimento de atenção e atendimento.

Estes dois aspectos evidenciados no estudo por meio das entrevistas apontam para os princípios que norteiam a atenção à saúde da mulher, os quais vão além da prevenção de doenças, como exemplificado nos motivos “porque”.

Por meio da exposição dos motivos “para” é possível observar pontos que sinalizam a necessidade de uma assistência integral, da promoção da saúde e do reconhecimento das vulnerabilidades em saúde.

Nos motivos “porque”, como ações do concreto do vivido pelas mulheres na Atenção Primária, foram observadas ações para prevenção e diagnóstico de doenças, principalmente a

“realização de exames laboratoriais”. A prevenção de doenças exige uma ação antecipada, baseada na história natural da doença, a fim de tornar improvável o progresso posterior da mesma (LEAVELL; CLARK, 1976). As ações de prevenção visam o diagnóstico precoce de doenças para tratamento imediato.

As ações preventivas podem ser definidas como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, objetivando, assim, a redução de incidência e prevalência nas populações (CZERESNIA, 2009).

Nos motivos “para”, observados no estudo, a “atenção” e o “atendimento” foram identificados como o que a mulher espera dos profissionais quando busca uma Unidade Básica de Saúde. Tal perspectiva de saúde abrange ações que vão além da prevenção de doenças e indicam aspectos que precisam ser observados na promoção da saúde.

A promoção da saúde envolve “a ideia de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes de saúde” (CZERESNIA, 2009, p. 49). Esta perspectiva traz “o fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha, do conhecimento e do discernimento para atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 2009, p. 50).

As experiências vividas pelas mulheres podem ser observadas a partir de seus relatos, os quais são relevantes para este estudo, pois as observações registram uma vivência e experiência, tal como o fenômeno mostra-se nele mesmo e por si mesmo (CAPALBO, 2008).

A partir das experiências relatadas foi possível identificar as vivências e as categorias acerca do concreto do vivido que permeou as ações. “A finalidade é registrar a experiência vivida a partir do que é vivido, considerando uma vivência concreta, sendo assim as categorias concretas do vivido.” (CAPALBO, 2008, p. 138).

A primeira categoria evidenciada durante o estudo, por meio do discurso das mulheres na busca pela Atenção Primária, foi a dos motivos “porque”, que emergiu como típico do ato. As demandas por serviços de saúde são identificáveis a partir das percepções e do cotidiano dos indivíduos e também de suas relações com a oferta no âmbito das instituições de saúde (PINHEIRO, 2006).

5.1 Categoria “motivos porque” como típico do ato da busca pela Atenção Primária à Saúde

Uma das ideias que emergiu das falas das mulheres quanto ao motivo “porque” da busca pela Atenção Primária à Saúde foi a procura por atendimento, seja do médico, enfermeiro ou psicólogo.

As falas que permitiram captar esta ideia foram: “[...] Eu tive lá nesta clínica uma vez, foi quando eu fiz o meu cadastro. E eu tava precisando de um atendimento para um atestado médico; precisava para me candidatar a um emprego. Aí eu fui atendida pela equipe, né? E consegui o atestado.” (E1);

[...] Bem, eu fui quando fui ao psicólogo. Um dia precisei, foi por meio de indicação mesmo [...] eles me indicaram para procurar uma clínica da família ou um posto [...] mas aí eu fui no posto de saúde e eles me indicaram o CAPS que ficava perto dali também e fiquei acompanhando com o psicólogo ali [...] (E5).

E ainda: “[...] Eu procuro sempre, às vezes, até quando a gente não está procurando, eles procuram para a gente [...] todo o dia a gente passa por uma avaliação do médico e do enfermeiro que está junto da gente.” (E7); “Eu agora, todos os dias, acabo buscando o posto de saúde para qualquer coisa. Converso com a médica e com a enfermeira.” (E8).

O termo “atendimento em saúde” refere-se ao direito garantido a este serviço, como também é direito o acesso a bens sociais e a serviços. Os princípios de universalidade, equidade e integralidade estão previstos como direito na Constituição de 1988 e na Lei 8.080 do Sistema Único de Saúde. Segundo a Constituição “A saúde é direito de todos e dever do Estado [...] garantido acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, não paginado).

Os princípios do SUS, como descritos na Lei do Sistema Único de Saúde, têm a universalidade como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência como conjunto das ações e serviços preventivos e curativos em todos os níveis de complexidade do sistema e a preservação da autonomia das pessoas e igualdade da assistência à saúde (BRASIL, 1990). Estes princípios expressam o atendimento em saúde como direito, porém, no discurso expresso das mulheres, não foi o atendimento em saúde como direito, mas o atendimento por um profissional de saúde.

O atendimento por um profissional de saúde, segundo o artigo de Santos *et al*, é buscado pelos usuários da Estratégia de Saúde da Família nas Unidades Básicas de Saúde. Os usuários buscam agendamento de consulta com médico, enfermeira ou dentista. (SANTOS *et al*, 2016).

A segunda ideia de categoria concreta do vivido em relação ao ato de busca pela Atenção Primária à Saúde foi a realização de exames e vacinas. Dessa forma, os relatos foram: “[...] Eu me consulto na clínica próxima de casa para outros exames, como preventivos, exames laboratoriais, como de sangue, por exemplo.” (E2); “[...] Quando tem campanha de vacinação, preventivo.” (E3); “[...] Faz tipo um mutirão que eles falam, tipo há

um mutirão que eles falam e da última vez que eu fiz meu preventivo.” (E4); “[...] Eu procuro mais para vacina. Quando eu fiquei grávida, e em campanha, e quando eu tenho que levar as crianças para vacinar.” (E6); “[...] Então, eu só vou mesmo só para fazer preventivo e o pré-natal. Não aconteceu de eu ter que procurar por algum outro motivo não. Procuro também para os filhos para alguma coisa.” (E7); “[...] Eu tô liberada que esse ano eu faço preventivo, que fica dois anos. Normal, como qualquer pessoa. Como eu tenho minha agente de saúde, ela, quando está na época de preventivo, de que eu tenho que fazer, ela me avisa [...]” (E8);

[...] Esse ano eu tenho preventivo e agora é de dois em dois anos pela minha idade. Então, esse ano, eu ainda tenho que fazer o preventivo, mas eu sempre procuro estar procurando pelo menos de seis em seis meses. Antigamente não, foi como eu falei, eu não procurava. Na gestação, eu fiz tudo direitinho, mas depois disso também não fiz mais nada [...] (E9);

Ainda: “[...] Primeiro, eu quero para ter um acompanhamento melhor [...] Eu já fiz preventivo no posto, foi bacana, fui bem atendida. Eu já fui também para vacina e só. Rotina normal [...]” (E10).

A vacinação foi relatada pelas mulheres como um dos motivos “porque” para busca pela Atenção Primária à Saúde. O Programa Nacional de Imunização organiza toda a política nacional de vacinação da população brasileira, por meio do calendário vacinal, com foco nos grupos alvo para prevenção de doenças e de imunização a fim de ampliar a cobertura vacinal. Esta, por sua vez, tem como “missão o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis” (BRASIL, 2014c, p. 13).

Outro motivo foi destacado, em maior frequência, na busca das mulheres pela Atenção Primária à Saúde que foi a realização do exame de colpocitologia oncótica.

O exame de colpocitologia oncótica e o rastreamento para o câncer de colo de útero têm uma população alvo, sendo mulheres com vida sexual ativa com idade entre 25 e 64 anos. O intervalo para a realização do exame deve ser anual até a identificação de dois resultados, consecutivos, negativos, quando o exame passa a ser feito a cada três anos (BRASIL, 2013b).

A realização de exames laboratoriais na atenção primária permite a elaboração de ações de prevenção de doenças. Todavia, “as solicitações são reflexo do modelo assistencial ainda vigente dentro do serviço de saúde, o modelo médico-assistencial hegemônico no qual o tratamento de doenças e pesquisas diagnósticas, como os exames, tem mais importância no serviço do que as ações de rastreamento, prevenção de doenças e promoção de saúde.” (TONELLI; LANA, 2017, p. 8).

Por meio do modelo assistencial com foco na doença e sua prevenção, “a integralidade da assistência se torna prejudicada e torna-se necessário estabelecer diretrizes para a prática clínica dos profissionais da APS.” (TONELLI; LANA, 2017, p. 8).

Ao se observar as ações na realização de exames laboratoriais, identifica-se o predomínio de realização de exames como meio de prevenção e controle de doenças, que buscam o diagnóstico e o tratamento de doenças, do que exames que visam a prevenção e a promoção da saúde. Estas ações demonstram o modelo de atenção: “Os resultados revelam a permanência do modelo hegemônico de assistência à saúde.” (TONELLI; LANA, 2017, p. 8).

A integralidade é descrita na Lei 8080, que legitima o Sistema Único de Saúde, e a prevê como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, não paginado).

O conceito de integralidade, segundo a Política Nacional da Atenção Básica, descreve a integralidade da seguinte forma:

É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades biológicas, psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e coletividade. (BRASIL, 2017d, p. 6).

A integralidade é descrita na Política Nacional da Atenção Básica como ações que atendam a população. Outro conceito que reforça esta ideia de integralidade é observado por Pinheiro que defende que a integralidade também inclui a demanda e oferta. O autor também contribui com sua definição de integralidade: “A integralidade é assumida aqui como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta em planos distintos de atenção à saúde nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados.” (PINHEIRO, 2006, p. 69).

Segundo Mattos, a integralidade não corresponde somente às ações em resposta ao processo de saúde e doença, mas compreende “uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito que englobe tanto as ações de assistência, como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros e uma capacidade de contextualizar, adequadamente, as ofertas a serem feitas àquele sujeito de modo a identificar os momentos propícios a tal oferta.” (MATTOS, 2004, p. 1414).

O conceito apresentado por Mattos permite a reflexão sobre as ações não só abrangendo as demandas dos sujeitos, mas identificando as suas necessidades e, a partir destas necessidades, realizar ações para prevenção e promoção da saúde.

Outro aspecto descrito, segundo Mattos, é que a integralidade envolve as ações em saúde, a organização dos serviços e políticas públicas de saúde: “a integralidade usada para designar atributos e valores de algumas práticas de saúde, de alguns modos de organizar os serviços de saúde e de algumas políticas de saúde.” (MATTOS, 2007, p. 48). Esta abordagem da integralidade abrange que a mesma não só integra as ações de saúde, mas os serviços e as políticas de saúde devem incluir a integralidade na atenção à saúde.

As ações voltadas para as necessidades em saúde permitem identificar as vulnerabilidades em saúde e, a partir das vulnerabilidades, promover ações de prevenção e promoção da saúde. “Um dos significados de integralidade diz respeito à articulação entre ações preventivas e assistenciais [...] atendimento integral com ênfase na prevenção, sem descuidar da assistência” (MATTOS, 2007, p. 54).

As ações voltadas para a integralidade viabilizam ações assistenciais, de prevenção e promoção da saúde, tendo uma visão do todo e não somente da prevenção de doenças, mas tendo como ponto de partida as necessidades de saúde dos indivíduos, o que permite a identificação das vulnerabilidades e onde são necessárias ações de proteção à saúde.

As ações em saúde que contemplam a assistência integral possibilitam que sejam investidas para as particularidades dos indivíduos. Segundo Ayres (2009, p. 14) “a integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um”. As ações direcionadas para as necessidades permitem um olhar para além da prevenção de doenças, centrado no diagnóstico e tratamento, mas com foco nas necessidades específicas dos indivíduos, voltadas para a promoção da saúde.

O cuidado que preserve as necessidades de saúde, o cuidado integral, se faz necessário. É indispensável que possamos ter uma abordagem para além da prevenção de doenças, mas sim em prol do cuidado em saúde. Este visa “à integralidade, quando precisamos exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação” (ARAÚJO, 2007, p. 149).

Vale salientar a formação e observar aspectos que visem à integralidade da assistência e dos indivíduos. Segundo Araújo, a formação do vínculo, do relacionamento entre o usuário e o profissional de saúde é de extrema importância para uma assistência integral: “é preciso

estabelecer rotinas que favoreçam o diálogo entre profissionais em que a definição de objetivos da assistência sempre privilegie o cliente” (ARAÚJO, 2007, p. 149).

Ao abordar as vulnerabilidades é necessário identificar o que entende-se por vulnerabilidade. Segundo Ayres, as vulnerabilidades:

[...] buscam compreender como indivíduos e grupos de indivíduos se expõem a dado agravo à saúde a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas com base em três dimensões analíticas: aspectos individualizáveis (biológicos, comportamentais, afetivos), que implicam exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; características próprias a contextos e relações socialmente configurados, que sobredeterminam aqueles aspectos e, particularizado a partir destes últimos, o modo e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos (políticas, programas, serviços, ações) interferem sobre a situação — chamadas, respectivamente, de dimensão individual, social e programática. (AYRES, 2009, p. 17).

As vulnerabilidades acerca das dimensões individual, social e programática permitem identificar as vulnerabilidades em saúde, em quais as dimensões em que se enquadram e a partir delas realizar as ações e propostas de ações.

A vulnerabilidade na dimensão individual tem como principal ponto a concepção do indivíduo. Na dimensão individual é considerado o cotidiano, suas práticas e seu estilo de vida em seus diversos cenários. A segunda dimensão, descrita por Ayres, é a social e envolve aspectos do meio onde está inserido e suas relações, econômica, raça, religião, sociedade e outros. A terceira dimensão envolve as políticas e instituições, e, particularmente, as políticas de saúde e os estabelecimentos de saúde com ações voltadas para as “vulnerabilidades dos indivíduos e seus contextos.” (AYRES; PAIVA; FRANÇA, 2012, p. 86-87).

O conceito de vulnerabilidades, trazido por Ayres (2012) descreve como vulnerabilidade tendo as suas dimensões como individual, programática e social. Ao observar a vulnerabilidade neste conceito ampliado, permite que através da identificação das vulnerabilidades, assim como também as necessidades de saúde e a partir destas propor ações voltadas para as demandas e necessidades de saúde da população. O cuidado em saúde, pensado nesta perspectiva de necessidades de saúde, permite a identificação das vulnerabilidades, das demandas e necessidades de saúde, preservando o respeito às suas decisões, a autonomia e a integralidade da população nas ações de cuidado.

A vulnerabilidade pode ser observada por diferentes dimensões que são sociais, econômicas, ambientais, culturais ou de saúde. Esta utiliza abordagens integradas que podem ser influenciadas “pela economia política, as ciências sociais e a ecologia em torno de problemas ambientais, de saúde ou os desastres” (PORTO, 2011, p. 53).

Segundo Porto, que reconhece a vulnerabilidade como “parte da condição humana”, devido aos aspectos em que estamos inseridos na comunidade, na população, a identificação das vulnerabilidades permite o desenvolvimento de “ações conjuntas e solidárias entre as várias pessoas e organizações da sociedade voltadas a transformar a realidade, reconhecendo-se o papel dos conflitos e da atuação dos grupos vulnerabilizados enquanto sujeitos coletivos e ativos no processo de transformação.” (PORTO, 2011, p. 54).

A Atenção Básica, um modelo de atenção que possibilita ações junto à população nos seus contextos sociais, onde as ações de saúde têm foco na população e sociedade, busca na integralidade da atenção, nas necessidades de saúde e na identificação das vulnerabilidades, o foco de suas ações para prevenção e promoção da saúde.

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, a atenção básica é “o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada.” (BRASIL, 2017d, p. 2).

O SUS abrange a Atenção Básica como porta de entrada do sistema, onde o modelo de atenção é focado na prevenção de doenças, proteção, recuperação, reabilitação e promoção da saúde: “Como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema.” (BRASIL, 2017d, p. 3).

A procura e as demandas das mulheres na Atenção Básica apontam para suas vivências no serviço. A Atenção Básica tem como foco “a pessoa em sua singularidade e a inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral [...], visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção, o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde” (BRASIL, 2017d, p. 4).

Na Política Nacional da Atenção Básica, em 2017, foram realizadas algumas mudanças como, por exemplo, a inserção dentro do escopo de ação da Atenção Básica do ato de “organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado para garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2017d, p. 4).

Como ação da Atenção Básica, em 2017 entrou em vigor uma nova política, a qual acrescentou às suas ações a avaliação, estratificação e classificação de risco. Como ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção Básica, tem-se o Acolhimento

com Classificação de Risco e a Estratificação de Risco. O Acolhimento com Classificação de Risco entende-se como:

[...] escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas), conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis em diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS. O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. (BRASIL, 2017d, p. 17).

A avaliação de risco utiliza aspectos clínicos, sinais e sintomas para prevenção e tratamento de doenças. Neste sentido, a estratificação de risco é: “o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar a condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na Rede de Atenção à Saúde para um cuidado integral” (BRASIL, 2017d, p. 17).

As ações na Atenção Básica com foco na prevenção de doenças, nos sinais e sintomas e nos aspectos clínicos tem como premissa a saúde como ausência de sinais e sintomas de forma que um cuidado com foco no modelo de atenção de prevenção de doenças e agravos da saúde afasta-se do cuidado centralizado nas necessidades de saúde das pessoas e na integralidade do cuidar. Este modelo de atenção visa “fortalecer a presença de profissionais cuja formação permanece fortemente orientada pelo modelo biomédico, curativo e de controle de riscos individuais, [...] fortalecendo o binômio queixa-conduta” (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018, p. 18).

As vivências das mulheres na Atenção Básica, como típico do ato de busca pela Atenção Primária, apontam para o cuidado, na ausência de sinais e sintomas, do atendimento por um profissional de saúde. Este modelo visa às ações curativas e preventivas para proteção à saúde e direciona o cuidado com foco no processo de saúde-doença e nas ações de prevenção de doenças. As vivências relatadas pelas mulheres mostram as ações que estão previstas nas políticas de atenção a saúde, afastando-se do cuidado com foco na integralidade e nas necessidades de saúde das mulheres.

5.2 Categoria concreta do vivido quanto ao motivo “para” da ação da busca pela Atenção Primária à Saúde

As vivências das mulheres na Atenção Primária à Saúde, como foco do típico da ação, indicam o motivo “para”, o qual se refere ao que se espera dos profissionais na busca pela

Atenção Primária à Saúde. Como típico da ação foram observadas duas ideias principais sobre atenção e acolhimento, que encontram-se nos relatos a seguir:

[...] Eu espero um bom atendimento, né? Agilidade! A gente não gosta de ficar esperando o dia inteiro e; educação também. E, nestes quesitos, eu fui muito bem atendida. Fui muito bem atendida lá. O médico que me atendeu, ele foi muito simpático. E eu voltaria a buscar o posto de saúde, caso tivesse necessidade. (E1);

“[...] Eu espero atenção e resolução.” (E2); “[...] Eu espero ser bem atendida, mesmo que demore; que eu saia de lá satisfeita com o atendimento [...] Eu espero atenção, humanização.” (E3); “A atenção! Até tem alguns profissionais que são bem atenciosos, [...] eu acho que o mínimo que eles podem ter é uma educação e um respeito com aquele ser humano que está ali. [...] eu espero um bom atendimento e mais respeito.” (E4);

[...] Ah, eu espero que eles me olhem, né? Seja o que for, se eu for com algum problema, eu espero que eles tenham condições de identificar o problema que eu tenho e tentem entender, na medida do possível. Que olhem para a gente e tentem solucionar o nosso problema [...] (E5);

“[...] Olha, eu espero solicitude e um pouquinho de empatia né? [...]” (E6); “[...] Principalmente é uma atenção, [...] um bom acolhimento para, através disso, ter um bom tratamento do problema que eu possa ter.” (E7); “[...] Ah, acolhimento, entender o problema, [...] então acolher é muito importante.” (E8); “Eu procuro acolhimento, uma palavra, [...]” (E9); “Eu espero mais atenção, [...] a gente é bem atendida, [...] assim eu queria que tivessem mais atenção para isso.” (E10).

Nos relatos das mulheres acerca de suas vivências na Atenção Primária à Saúde, como motivos “para” da busca pela Atenção Primária, as entrevistadas mencionaram atenção e acolhimento. Segundo a Política Nacional de Humanização destaca, a atenção configura: “política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, democratização da gestão dos serviços e ampliação da atenção integral à saúde” (BRASIL, 2003, p. 14).

A atenção, observada nos relatos, refere-se à humanização da assistência, ao acolhimento, ao vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, ou seja, uma atenção fundamentada na “troca e construção de saberes; diálogo entre os profissionais; trabalho em equipe; consideração às necessidades, desejos e interesses dos diferentes atores do campo da saúde” (BRASIL, 2003, p. 10).

O acolhimento, como relatado pelas mulheres, segundo a Política Nacional de Humanização, é definido como:

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e

usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. (BRASIL, 2003, p. 8-9).

O ato de acolher significa realizar uma escuta ativa, buscando informações para o cuidado em saúde, porém também buscando a formação de vínculo e a construção de confiança entre o profissional de saúde e o usuário. Sobre o ato de acolher, tem-se que: “Com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores às necessidades do usuário é possível garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde.” (BRASIL, 2003, p. 9).

A prática do acolhimento, por meio da escuta e do diálogo, marca o cotidiano de trabalho das equipes. Embora não esteja definida como estratégia institucional de organização do trabalho é o acolhimento e o cuidado que atende às diversas necessidades de saúde, observando as subjetividades do cuidado em saúde (SANTOS; MESHIMA; MERHY, 2018).

O acolhimento e o diálogo entre o profissional de saúde e o usuário buscam entendimento, vínculo e a negociação perene das necessidades a serem satisfeitas. A partir do acolhimento e da compreensão das necessidades é que decide-se a trajetória necessária de cada usuário por meio do serviço (TEIXEIRA, 2007).

Esta ação de acolher permite a observação do usuário e de suas demandas. Tal gesto receptivo é acompanhado de um diálogo, da formação de um vínculo. Este diálogo orienta-se pela busca de maior conhecimento das necessidades de que o usuário se faz portador e dos modos de satisfazê-las (TEIXEIRA, 2007, p. 104).

É por meio das relações de cuidado que é possível identificar as necessidades de saúde, as vulnerabilidades e propor ações, juntamente com o usuário, para a promoção da saúde, “nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando, realizando avaliação de risco e vulnerabilidade.” (BRASIL, 2017d, p. 17).

Sobre o acolhimento em saúde, a partir desta ação é possível identificar a história de vida do usuário, seu histórico, seu cotidiano, os quais devem ser considerados para apoiar a tomada de decisão deste usuário referente ao cuidado de sua saúde (JATOBÁ *et al*, 2014).

Nos relatos das mulheres em relação aos motivos “para”, como atenção e acolhimento, as entrevistadas apontaram para ações além do processo saúde-doença. Mencionaram um cuidado voltado para as necessidades de saúde que permite identificar as vulnerabilidades, que viabiliza ações de proteção à saúde e que leva em consideração as necessidades de saúde

das mulheres. Na ação da procura das mulheres pelos serviços de saúde, as ISTs não foram o foco de busca pela Atenção Primária.

A ação da procura das mulheres, como demanda expressa das necessidades de saúde, merece ser destacada, pois esta ação de procurar emerge da vivência das pessoas, o que está relacionada com as ações oferecidas nos serviços de saúde.

Sendo assim, o objetivo da promoção da saúde é o de “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes — modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 2010b, p. 17).

A atenção em saúde, como afirma Ayres, possui o eixo das necessidades: “qualidade e natureza da escuta, acolhimento, resposta às demandas de atenção à saúde, desenvolvimento de sensibilidade e capacidade de resposta às necessidades que não se restrinjam à prevenção, correção e recuperação.” (AYRES, 2009, p. 14).

As necessidades em saúde e o modo como estas orientam o trabalho requer a compressão de tais necessidades e a relação destas com o trabalho em saúde. As necessidades expressas por meio da demanda permitem que sejam usadas como indicadores das decisões a serem tomadas.

As relações e processos de trabalho, de uma perspectiva individualizada e coletiva, deverão apoiar-se em vivências e na consideração às subjetividades da clientela, abrindo espaço para a participação dos indivíduos, grupos e comunidades na definição das necessidades a serem satisfeitas por meio dos serviços (MANDU; ALMEIDA, 1999).

O conceito de necessidade de saúde permite refletir sobre outros conceitos. A Teoria de Enfermagem, de Wanda Horta, discorre sobre as necessidades humanas básicas, apoiada na Teoria da Motivação Humana, de Maslow. A Teoria de Wanda Horta incentiva a reflexão sobre as necessidades de saúde tratadas em um modelo biomédico e centradas na doença, na prevenção de agravos, no tratamento e reabilitação. Todavia, a Teoria permite o planejamento, execução e avaliação do processo de enfermagem, com foco nas necessidades humanas básicas dos indivíduos (HORTA, 1979).

A Saúde Coletiva acrescentou à reflexão outro conceito de necessidades de saúde que propõe a “compreensão de que as necessidades de saúde são geradas no contexto das relações que os seres humanos estabelecem entre si para se reproduzirem como sujeitos e sociedade.” (CAMPOS; SOARES, 2013).

As necessidades de saúde, na Atenção Primária, permitem articular ações de planejamento em saúde, plano de cuidados, gestão dos serviços e a participação do usuário e

da comunidade como o alvo do cuidado em enfermagem. Estas necessidades são objetos do processo de trabalho da enfermagem e incidem sobre suas próprias ações (CAMPOS; SOARES, 2013).

O cuidado em saúde com foco nas necessidades de saúde do indivíduo permite que as ações contemplem a integralidade: “É por isso tudo que podemos dizer que o bom cuidado sempre será resultado da combinação do atendimento de todas as necessidades de saúde. O grande desafio das equipes de saúde, e de cada profissional de saúde, é tentar escutar e atender a necessidade que está mais posta em determinado momento.” (CECÍLIO; LACAZ, 2012, p. 22).

A gestão do cuidado em saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, visa o bem estar, a segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz em diferentes momentos da vida. A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões, cada uma com a sua especificidade e que pode ser reconhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção (CECÍLIO; LACAZ, 2012).

A atuação do enfermeiro para atender às necessidades em saúde da população vem contribuindo para a ampliação do acesso a esses serviços e para a concretização do princípio da integralidade da atenção à saúde (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2017).

A promoção da saúde é uma ação de interdisciplinaridade, articulando temas da humanização, da educação popular em saúde e do cuidado envolvendo sujeitos, espaços, saberes, tecnologias informacionais e gestão participativa (LANDIM; CATRIB; COLLARES, 2012).

A articulação da promoção da saúde no cotidiano das comunidades requer a existência de diálogo entre as concepções de saúde, doença e modos de vida que se fazem presentes nos diversos grupos que compõem o território (LANDIM; CATRIB; COLLARES, 2012).

A promoção da saúde e sua aplicação tem sido “uma estratégia que contribuirá para o enfrentamento das adversidades das condições de saúde da população ao identificar e fortalecer os programas, como o da promoção da saúde, que caracterizam-se pela afetividade das ações” (SILVA, 2012, p. 73).

Como motivos “porque” e “para” na Atenção Primária à Saúde, a integralidade é alvo das mulheres. Esta população busca por atenção e acolhimento no cuidado em saúde. Contudo, as ações que são ofertadas nos serviços de saúde são voltadas para o processo saúde-doença e para a prevenção de doenças.

O cuidado em relação às ISTs não é foco na busca da mulher pela Atenção Primária à Saúde. Como principais ações foram observadas as de vacinação, assistência pré-natal e a

prevenção e controle do câncer de colo uterino. A Política de Atenção à Saúde da Mulher também deve enfatizar ações para o cuidado da mulher em relação à sua saúde e que contemplem a saúde sexual e reprodutiva e ações de promoção da saúde para as ISTs.

O foco das ações está nas doenças que acometem a saúde das mulheres, porém as mesmas buscam ações que contemplem a sua saúde para além da prevenção, incluindo a promoção da saúde e a autonomia no cuidar de sua saúde.

As demandas e necessidades de saúde expressas pelas mulheres foram de ações que estão previstas nos serviços de atenção à saúde, ações que fazem parte da vivência destas mulheres na Atenção Primária. Porém, vale ressaltar que as ISTs, que foi objeto do estudo, não foi alvo das demandas e necessidades de saúde das mulheres que participaram do estudo.

Como atenção integral à saúde da mulher, as ISTs fazem parte das ações previstas para a assistência ao público feminino. Pensando nos números elevados de infecções sexualmente transmissíveis nas mulheres, as ações de atenção integral à saúde da mulher devem abranger a prevenção e promoção da saúde e estar inseridas nas políticas de saúde e na Atenção Primária à Saúde.

As ações de prevenção e promoção da saúde devem abranger as diferentes esferas junto à população, nos serviços e nas políticas de saúde para que assegurem o atendimento às demandas e necessidades de saúde das mulheres visando à proteção, prevenção, promoção, cuidado em saúde e a integralidade da atenção.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo visou identificar as necessidades de saúde de mulheres com vivências em uma Unidade Básica de Saúde no contexto da promoção da saúde e prevenção de ISTs frente às políticas de saúde.

Nas necessidades de saúde das mulheres identificaram-se os motivos “porque” da busca pela Atenção Básica. Os motivos observados envolvem ações, como atendimento por profissional de saúde e realização de exames. Estas ações apontam para a prevenção de doenças como motivação da busca pela Atenção Básica. São estas ações que encontram-se disponíveis nos serviços de saúde.

Quanto às necessidades de saúde das mulheres e os motivos “para” na busca pela Atenção Primária à Saúde foi observada a busca por atenção e acolhimento, o que aponta para a humanização da assistência em saúde, inclusive na promoção da saúde.

O cuidado em saúde, com foco nas necessidades de saúde das mulheres, permite, por meio da identificação das necessidades, descobrir as vulnerabilidades em saúde e, a partir destas, propor, planejar e executar ações com foco na promoção da saúde e no cuidado realizado junto à população a fim de garantir a autonomia e a tomada de decisão do cuidado de sua saúde.

A temática que envolve ISTs não foi objeto de preocupação e envolvimento, por parte da mulher, na procura pela Atenção Básica. Contudo é uma ação prevista na Política de Atenção à Saúde da Mulher.

O enfermeiro é um profissional de saúde que, a partir de sua atuação junto à mulher, pode traçar e propor ações para o cuidado em relação à saúde sexual e reprodutiva a fim de que haja promoção da saúde nos casos de infecções sexualmente transmissíveis, sendo a saúde sexual também alvo da atenção à saúde da mulher para ações de promoção e cuidado. Importa que este estudo contribua para incluir à Atenção Primária à Saúde e às ações, junto à população, atividades que não visem somente à prevenção e o tratamento de doenças, mas que tenham como foco a promoção da saúde e as necessidades de saúde das mulheres.

A identificação das demandas de saúde das mulheres permitiu refletir sobre as ações descritas pelas mesmas que são realizadas no cuidado em saúde nos serviços de Atenção Primária à Saúde. As demandas de saúde das mulheres permitem observar suas necessidades de saúde, as quais apontam para a atenção e o acolhimento. Por meio da identificação de tais necessidades é possível observar as vulnerabilidades deste grupo da população e, a partir de então, propor ações de proteção, prevenção e promoção da saúde.

A contribuição deste estudo consiste em refletir sobre a assistência de enfermagem na Atenção Primária. O que foi observado no estudo é que as ações e propostas voltadas à saúde da mulher na Atenção Primária possuem seu foco na prevenção de doenças e na atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, no estudo, foi observado que as necessidades de saúde das mulheres apontam para o acolhimento e atenção em saúde, que são ações com foco na promoção da saúde. Esta reflexão estimula a reformulação das concepções que norteiam as ações de enfermagem na Atenção Primária, e, desta forma, propõem-se ações com o foco nas necessidades de saúde da mulher.

Como proposta para as ações de promoção da saúde, abrangendo a assistência, os serviços de saúde, o ensino, a pesquisa e as políticas de saúde, cita-se: as ações educativas visando à discussão sobre a sexualidade, o corpo feminino e a saúde da mulher, pois auxiliam na descoberta do corpo e na formação da autonomia da mulher sobre o seu corpo e as suas escolhas.

As ações de educação e de promoção da saúde, tendo como foco a integralidade da mulher, as suas demandas e necessidades de saúde, podem auxiliar na participação da mulher no cuidado do seu corpo e da própria saúde, podendo ser realizadas nos serviços de saúde, nas universidades, em projetos de extensão, em projetos sociais e com a participação das mulheres.

Outra ação que pode contribuir para os serviços de saúde é a consulta de enfermagem, ação que contempla o cuidado integral à saúde da mulher e constitui-se como um espaço para escuta, discussão e construção do cuidado. Durante a consulta de enfermagem, a mulher tem um espaço para falar sobre as suas demandas e necessidades de saúde.

Outra contribuição são as ações educativas, nas escolas, serviços de saúde e universidades para a saúde sexual, com contribuição para estudos com a temática das infecções sexualmente transmissíveis, de ações de prevenção e promoção da saúde na pesquisa e a abordagem desta temática nas políticas de saúde.

As ISTs não foram foco principal de demandas e ações no cuidado com a saúde da mulher. No entanto, o estudo visou propor ações para a assistência de enfermagem com foco na promoção da saúde como, por exemplo, a consulta de enfermagem, a consulta de enfermagem ginecológica, o aconselhamento, o planejamento reprodutivo, ações educativas, promoção da saúde sexual, prevenção, controle e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. Estas são ações de atenção à saúde da mulher que promovem a saúde.

Por meio da assistência de enfermagem pode-se, junto à mulher, traçar um plano de cuidados que seja compatível com as suas demandas e necessidades de saúde, permitindo que

a mulher consiga olhar para si e cuidar de sua saúde, traçando ações de promoção da saúde que visem assistir à mulher de forma integral, respeitando sua tomada de decisão e preservando sua autonomia no cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, C. L. F. A Prática do Aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2007.

AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: Da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania – Livro I**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 71-94.

AYRES, J. R. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, supl. 2, 2009.

BELLENZANI, R. Prevenção às DST/HIV e promoção da saúde sexual: Como os direitos sexuais e reprodutivos podem orientar a estratégia saúde da família? In: PAIVA, V.; CALAZANS, G.; SEGURADO, A. (Orgs.). **Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade – Livro II**. Curitiba: Juruá, 2012, p. 239-273.

BORGES, A. L. V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública [online]**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 564, de 06 de novembro de 2017. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 233, p. 157, 06 nov. de 2017a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 de maio de 2016a.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei n. 5452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, p. 11937-11984, 9 ago. 1943.

BRASIL. Lei 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 30 abr. 2008a.

BRASIL. Lei 11.770 de 9 de setembro de 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 10 set. 2008b.

BRASIL. Lei 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 13 jul. 1984a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7210.htm. Acesso em 09 abr. 2017.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 09 abr. 2017.

BRASIL. Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

BRASIL. Lei 9.797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 07 mai. 1999.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 26 mai. 1986a. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 6 abr 2017.

BRASIL. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 09 nov. 2000a.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 08 abr. 2005a.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 08 ago. 2006a.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União**; seção 1, Brasília, DF, 28 dez. 2007.

BRASIL. Lei nº 13.104, de 9 de março de 2015. Altera o art. 121 do decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - código penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 10 mar. 2015a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Portaria interministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, seção 1, p. 75, 17 jan. 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 1986b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/Aids**. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de informática do SUS**. [201-]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 26 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: Manual técnico. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 18).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: A humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 3ª ed., 2017e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 569, de 1 de junho de 2000. Discorre sobre Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, n. 119-E, p. 4-6, 8 jun. 2000b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 26 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 426, de 22 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2 ed. rev., 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 de jun. 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Presidência da República. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2013e.

BRAWNER, B. M. A Multilevel Understanding of HIV/AIDS Disease Burden among African American Women. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, [Estados Unidos da América], v. 43, n. 5, p. 633-650, set./out. 2014.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. S. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: CAMPOS, C. M. S. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole, 2013. p. 265-292.

CAPALBO, C. **Fenomenologia e Ciências Humanas**. Aparecida: Ideias & Letras, 2008.

CARTA DE OTTAWA. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2001. p. 113- 126.

CECILIO, L. C. O.; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

CESTARI, M. E. W. *et al.* Necessidades de cuidados de mulheres infectadas pelo papilomavírus humano: uma abordagem compreensiva. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 5, n. 46, p. 1082-1087, 2012. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em: 26 abr 2017.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 43-57.

DO VAL, L. F., NICHATA, L. Y. I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. (Esp), n. 48, p. 149-55, 2014. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em: 02 de jul. 2017.

DUARTE, M.T.C.; PARADA, C.M.G.L.; SOUZA, L.R. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/Aids. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, jan./fev, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00068.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.

EMBREE, L. **The Shutzian theory of the cultural sciences**. Suíça: Springer, 2015.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. Diretrizes para o trabalho dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. In: FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. **Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: Editora: Atheneu, 2017.

FIGUEIREDO, R.; SANTOS, A. J. S. Redução de exposição a Infecções por DST/HIV/AIDS em práticas sexuais. In: PAIVA, V.; PUPO, L. R.; SEFFNER, F. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**, Livro III – Pluralidade de vozes e inovação de práticas. Curitiba: Juruá, 2012, p. 223-236.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, M. L. **Enfermagem obstétrica: Diretrizes assistenciais**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

GUANILO, M. C. D.; TAKAHASHI, R. F.; BERTOLOZZI, M. R. Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e ao HIV: construção e validação de marcadores. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600022>. Acesso em: 05 dez. 2018.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1979.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília, DF: IPEA, MP, SPI, 2014.

JATOBÁ, A. *et al.* Acolhimento com classificação de risco em saúde da família: uma abordagem para apoiar a tomada de decisão. **Ação ergonômica**, v. 9, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/341>. Acesso em: 05 dez. 2018.

JESUS, M. C. P. *et al.* A Fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 3, n. 47, p. 736-41, 2017. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/ Acesso em: 11 abr 2017.

LANDIM, F. L. P.; CATRIB, A. M. F.; COLLARES, P. M. C. Promoção da saúde nos territórios: Construindo sentidos para a emancipação. In: LANDIM, F. L. P.; CATRIB, A. M. F.; COLLARES, P. M. C. **Promoção da Saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos**. São Paulo: Saberes Editora, 2012. p. 27-48.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, abr./jun. 2014.

MANDU, E. N. T.; ALMEIDA, M. C. P. Necessidades em saúde: Questões importantes para o trabalho da enfermagem. **R.Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 52, n. 1, p. 54-55, jan./mar., 1999.

MARQUES, D.M.; PEREIRA, A.L. Assistência pautada nos direitos sexuais e reprodutivos: uma condição para promover a saúde da mulher. Goiás: **Rev. Eletr. Enf.[Internet]**, v. 13, n. 3, p. 449-55, jul-set 2011.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 05 nov de 2018.

MATTOS, R. A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS ABRASCO, 2007.

MINAYO M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82> Acesso em: 11 abr 2017.

MINAYO M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOLAPO, S. T. J.; MAJA, T. M. M.; WRIGHT, S. C. D. Guidelines to reduce sexually transmitted infections at primary health care centers. **Curationis**, Durbanville, v. 30, n. 4, p. 31-37, dez. 2007. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18402418>. Acesso em: 09 jul. 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018.

MOURA, M. A. V. *et al.* **A enfermagem e a saúde da mulher: questões de gênero e sociopolíticas**. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 105-114, 2000.

MUYLAERT, C. J. *et al.* Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. (Esp2), n. 48, p. 193-199, 2014. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/site/Index.php/paginas/mostrar/1419/2094/147>. Acesso em: 01 ago. 2018.

NETO, E. T. S. *et al.* Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 107-119. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2018.

OLIVEIRA, J. L. C.; TOSO, B. R. G. O.; MATSUDA, L. M. Práticas avançadas para a gestão do cuidado: reflexão emergente à enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm [Internet]**, Brasília, DF, v. 71, n. 4. p. 2181-2186, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0115>. Acesso em: 06 dez. 2018.

OLIVEIRA, M. A. C. (Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v 3, n. 65, p. 401-405, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a02.pdf> Acesso em: 26 abr 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque, 1946.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Ampliação do papel dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde**. Washington, D.C.: OPAS, 2018.

PEREIRA, A. L. F. **Legislação Profissional e Marcos Regulatórios da Prática Assistencial da Enfermeira Obstétrica no Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2010.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os Sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS ABRASCO, 2006. p. 69-115.

POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Tradução: Denise Regina Sales. Porto Alegre: Artmed, 7 ed., 2011.

PORTO, M. F. S. Complexidade, processos de vulnerabilização e justiça ambiental: um ensaio de epistemologia política. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v. 93, p. 31-58, jun. 2011. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/133>. Acesso em: 05 out. 2018.

SÃO PAULO (Município). Lei nº 16.161, de 13 de abril de 2015. Dispõe sobre o direito ao aleitamento materno no Município de São Paulo, e dá outras providências. **Diário Oficial da Cidade**: São Paulo, 14 abr. 2015.

RIESCO M.L.G., TSUNECHIRO M. A. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades?. **Revista Estudos. Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2002000200014&script=sci_arttext. Acesso em: 20 jul. 2017.

SANTA CATARINA (Estado). Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**: Florianópolis, n. 20.457, 19 jan. 2017.

SANTANA, M. N. S. Processo de construção das linhas de cuidado em saúde na estratégia saúde da família. **Rev. Saúde.Com.**, [Bahia], v. 14, n. 3, p. 1262-1269, 2018. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>. Acesso em: 05 dez. 2018.

SANTOS, R. R. *et al.* A influência do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 130-139, jan./mar. 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15144/10725>. Acesso em: 06 dez. 2018.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>. Acesso em: 05 dez. 2018.

SCHUTZ, A. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

SCHUTZ, A. **Sobre Fenomenologia e relações sociais**. Tradução de Raquel Weiss. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.

SCHUTZ, A., LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

SILVA, C. S. Promoção da saúde: Processos e mecanismos que consolidam transformações. In: LANDIM, F. L. P.; CATRIB, A. M. F.; COLLARES, P. M. C. **Promoção da Saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos**. São Paulo: Saberes Editora, 2012. p. 49-77.

SIMÕES, S. M. F. **Mulher**: a de-cisão no cuidar da própria saúde. Um estudo compreensivo na ótica da enfermagem.. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1998.

SOUZA E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. Supl., n. 24, 1, p. 100-110, 2008.

STALIANO, P.; ARAUJO, T. C. C. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: Um Estudo com Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 3, n 1, p. 43-51, jan./jun. 2011.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS ABRASCO, 2007. p. 91-114.

TONELLI, I. S.; LANA, F. C. F. Demanda de exames complementares de média complexidade na Atenção Primária à Saúde. **Rev. baiana enferm.**, [Bahia], v. 31, n. 3, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/22172>. Acesso em: 06 dez. 2018.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021**. Geneva: WHO Pres., 2016.

ZOBOLI, E. L. P.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. O cuidado em enfermagem em saúde coletiva. In: CAMPOS, C. M. S. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. Barueri: Manole, 2013. p. 244-264.

APÊNDICE A – Situação Biográfica

Quadro 2 - Situação Biográfica: dados sociais

PARTICIPANTE DA PESQUISA	IDADE	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	RENDA	RELIGIÃO
ENTREVISTA 1 (SEMENTE 1)	“Eu tenho 31 anos”.	“Eu sou graduada e atualmente eu estou fazendo o mestrado, não está finalizado ainda”.	“Eu trabalho meio período como secretária em um escritório de advocacia”.	“Deve Ser uns três salários mínimos”.	“Não, não tenho nenhuma religião”.
ENTREVISTA 2	“34 anos”.	“Estudante, indo para o quarto período agora”.	“No momento, só estudando mesmo, no momento estou desempregada”.	“Não tem uma renda fixa”.	“Eu me considero católica, mas eu não frequento muito”.
ENTREVISTA 3	“Eu tenho 32 anos”.	“Eu tenho pós-graduação, eu tenho mestrado”.	“Eu atuo mais como arquiteta do que como engenheira de transportes”.	“Eu atuo como arquiteta, assim não é uma renda fixa, ou emprego por carteira assinada, eu faço, eu sou autônoma”. “Entorno de dez salários mínimos”.	“Eu sou católica, atualmente não pratico, católico não praticante. Eu tenho frequentado a Igreja, mas respeito todas as religiões do mundo possíveis”.
ENTREVISTA 4	“Eu tenho 39 anos”.	“Eu fiz o ensino superior incompleto”.	“No momento do lar (...), mas eu sou autônoma”.	“ No momento assim é praticamente só do meu marido, como eu ajudo ele, mais ou menos dois salários”.	“Religião eu não tenho propriamente que eu siga, mas assim eu gosto muito da, pausa, às vezes eu frequento a Igreja evangélica, me considero uma cristã”.
ENTREVISTA 5	“Eu tenho 33 anos”.	“Eu faço doutorado, em Engenharia de transportes”.	“A minha ocupação hoje é como pesquisador, aqui onde eu faço doutorado, é hoje é isso e vou começar como professora”.	“Bem, a renda da minha bolsa dá mais ou menos R\$ 2.500,00 e pouco”.	“Eu não tenho nenhuma religião”.
ENTREVISTA 6 (SEMENTE 2)	“Eu tenho 30 anos”.	“Ensino médio superior completo,”	“Hoje eu trabalho com fotografia e maquiagem, né?!”.	“Tipo se juntar tudo, ah eu acho que dá uns sete	“É adventista do sétimo dia”.

		incompleto né?! Eu tranquei”.		salários”.	
ENTREVISTA 7 (SEMENTE 3)	“Eu agora estou com 34”.	“Eu fiz o ensino médio completo”.	“Eu sou agente de saúde na clínica da família”.	“Em torno de uns quatro salários, em média disso”.	“Sou cristã”.
ENTREVISTA 8	“Eu tenho 36 anos”.	“Ensino médio completo”.	“Agente de saúde”.	“Eu tenho o meu salário e a pensão do pai das meninas, então vamos dizer que juntando tudo, vamos dizer que dá uns R\$ 1.800,00 reais, mensal”.	“Eu sou candomblecista”.
ENTREVISTA 9	“36 anos”.	“Ensino médio”.	“Agente comunitário de saúde”.	“No meu uns R\$ 2.200,00 reais, é eu e meu marido mesmo, na mesma profissão”.	“Eu sou católica, mas eu curto tudo, vou para tudo”.
ENTREVISTA 10	“32 anos”.	“Até o segundo ano do segundo grau”.	“Eu sou vendedora”.	“A minha renda vem do meu trabalho, mas a renda da casa, são R\$ 3.000,00”.	“Eu sou evangélica”.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3 - Situação Biográfica: dados pessoais

PARTICIPANTE DA PESQUISA	MORA COM QUEM?	ONDE NASCEU?	BAIRRO QUE MORA?	DIA A DIA	RELACIONAMENTO
ENTREVISTA 1 (SEMENTE 1)	“Eu moro com o meu marido”.	“Rio de Janeiro”.	“Eu moro na Praça seca”.	“Eu gosto muito de fazer trilha, eu gosto de correr, gosto de ir ao cinema, gosto de ler, gosto muito de fazer yoga também, gosto de passear com o meu cachorro, de estar com os meus amigos”.	“Nós estamos juntos a seis anos, contando o nosso casamento e namoro. E parece ainda que é muito recente ainda, assim nós somos muito amigos, a gente divide muito as coisas, conversa bastante, tem muita coisa em comum, ele é biólogo também, nós fazemos muitas coisas juntos”
ENTREVISTA 2	“A gente mora eu e minha mãe	“Rio de Janeiro”.	“Marechal Hermes”	“Tem coisas que eu gosto de fazer, eu sou uma pessoa um pouco sedentária, eu fico	“Eu já passei por dois noivados, já tive alguns

	e meus irmãos”.			<p>mais em casa, vendo filmes, escutando música, eu não sou apegada a esportes, esportes não (...), academia, por exemplo, mas se for para sair de casa para fazer um esporte eu prefiro né? (..) É uma forma de você fazer exercício com um foco, e o foco seria o esporte né? (...), Eu gosto disso, Por exemplo o muay thai foi uma paixão que eu descobri recentemente”</p> <p>“Videogame, eu gosto muito, sair para passear eu gosto muito também, no momento eu não tenho o foco em namoro, meu foco está muito em estudo e trabalho, que está difícil conseguir, mas meu foco está voltado só para isso mesmo”.</p>	namorados, inclusive o último, foi um pouquinho conturbado então, hoje a minha opção é justamente é não ter ninguém, tem pouco tempo isso, e como eu mencionei quero focar em busca de um emprego e nos estudos”.
ENTREVISTA 3	“Eu moro com os meus pais e eu me sustento porque eu moro com eles e meu irmão”.	“Rio de Janeiro”.	“Eu moro em Madureira”.	<p>“Olha quando assim eu costumo frequentar a academia na parte da manhã, aí eu tento estudar, de vez em quando tento algum concurso, aí vou estudando, assim no dia de semana, assim se o meu noivo não estiver trabalhando eu encontro com ele, se ele estiver aí baba. Assim no final de semana eu encontro com ele e alguns amigos”.</p> <p>“Atualmente eu gosto de ir ao cinema, música, ler e jogar RPG”.</p>	“Sim, eu tenho um noivo há nove anos, a mesma pessoinha (risos), e quem sabe ainda este ano a gente consiga juntar as escovas”.
ENTREVISTA 4	“Na minha casa, moramos eu e meu marido e meu cachorrinho, risos, mas a minha casa é um quintal, é uma casa geminada, onde na casa ao lado mora a família	“Rio de Janeiro mesmo”.	“Eu moro no bairro de Marechal Hermes”.	“Eu costumo cuidar da minha casa, eu faço as minhas revisões, ajudando o meu marido, cozinho e gosto muito de ler”.	“Olha é muito tempo! Não só de casada eu vou fazer 14 anos, mas antes eu também namorei 8 anos”.

	do meu esposo”.				
ENTREVISTA 5	“Eu moro sozinha”.	“Eu nasci em volta redonda, no Rio de Janeiro”.	“Eu moro aqui no Rio de Janeiro, no Méier”.	“Ah, o meu dia a dia é corrido, eu fico na faculdade, no laboratório, tem que atender no laboratório, a o doutorado, aí meu dia a dia fica corrido mesmo”.	“Sim, eu me relaciono com alguém, eu tenho um companheiro, mas não sou casada”.
ENTREVISTA 6 (SEMENTE 2)	“Eu moro com as minhas duas filhas e na casa de baixo moram os meus avós com o meu irmão”.	“Rio de Janeiro”.	“Madureira”.	“Meu dia a dia, pausa, é deixo me ver, pausa, é deixo eu pensar, sei lá, uma ordem cronológica, não sei, meu dia a dia basicamente é ver minhas filhas, boto para a escola, e aí durante a manhã, eu também tiro para fazer alguma coisa relacionada ao meu trabalho né?!, pausa, editar foto, postar, divulgar, eu tento fazer da minha manhã, um momento de edição tranquila, que eu tô sozinha em casa, não tem ninguém, eu gosto de editar, eu também gosto de fazer atividade física de manhã, geralmente logo assim que elas saem eu já faço atividade física, e já pego para editar alguma coisa, ou para cuidar da casa e tal, e depois durante a tarde eu basicamente é quando eu fico, pausa, geralmente a tarde é quando eu trabalho com a divulgação, postagem de fotos, entrega de fotos também para clientes e aí quando elas estão em casa, eu busco dividir este tempo com elas, cuidando delas, fazendo dever de casa, essas coisas, todas essas coisas de rotina, né?! De cuidar de criança, de dar banho, botar para dormir, porque aí já ficou de noite e aí já dorme, aí eu termino de fazer alguma coisa no computador, e é aí que eu vou deitar também, basicamente é Isso, as vezes tem uma saída ou outro, as vezes durante a semana tem que sair para resolver uma coisa ou outra, as vezes tem que sair para resolver uma coisa, as vezes	“Aí depende, (risos), eu não namoro, eu estou solteira, dois anos, mas Sim, eu me relaciono com alguém né?! Tipo eu estou solteira a dois anos, então já me envolvi com algumas pessoas, É (risos), Ai, esta pistão da vida, eu já saí com pessoas de só sair, sentar, conversar, dar uns beijos e tchau, eu já saí com pessoas num envolvimento mais íntimo, e outras só de trocar uma ideia mesmo”.

				tem que ir no médico, é ir num banco e tal, ou uma sessão, basicamente é isso a minha semana”.	
ENTREVISTA 7 (SEMENTE 3)	“Moro eu e meu esposo, a filha do meu esposo e os meus três filhos”.	“Eu nasci no Piauí”.	“Eu moro em Cascadura”.	“Meu dia a dia é trabalho né, agora que eu estou de licença, mas é trabalhar e cuidar da casa e das crianças mesmo”.	“Sim, com meu esposo”.
ENTREVISTA 8	“Moro eu, minha filha e minha enteada”.	“Eu?! Rio de Janeiro, carioca, São Cristóvão”.	“Eu moro em Cascadura agora”.	“O meu dia a dia é isso, trabalho, VD, colocar criança na escola”. “Comer é um dos maiores prazeres da minha vida (risos), antes até de comer e ter uma namorado, eu prefiro comer, mas o que eu gosto, gosto de sair, gosto de curtir, gosto de passear, ultimamente eu tenho feito mais, eu gosto de ir no pagode, gosto de tomar uma cervejinha, de vez em quando, mas não é nada, muito, porque assim o trabalho não está ajudando muito, hoje em dia financeiramente até deu uma melhorada, mas a acebça da gente, final de semana, só quer dormir, descansar, a gente tem filho, tem um negócio aqui, outro ali, até dá para curtir, mas não sempre, o maior prazer que eu tenho hoje em dia é comer, nosso prazer agora é fazer festa no trabalho para poder comer, aniversário do gato, do cachorro, pagamento, saiu, vamos comer, vamos fazer festa (risos)”.	“Não, por enquanto não”.
ENTREVISTA 9	“Moro eu, meu esposo e meu filho”.	“Eu nasci no Rio de Janeiro”.	“Rio de Janeiro; moro em Cascadura.”	“O meu dia a dia é agitado, com o trabalho, com a escola do meu filho, cuidar da cada, do marido Eu sempre fui muito caseira, entre sair e ficar em casa vendo filme, eu prefiro ficar em casa vendo filme, sair assim, final de ano, marca todo mundo de sair com o pessoal do trabalho, aí eu vou, eu gosto	“Sim, eu me relaciono com o meu esposo”.

				mais de ficar em casa, ir no cinema, no shopping, passear, Madureira, Madureira todo mundo gosta, é um point geral, que é a nossa casa”.	
ENTREVISTA 10	“Moro com o meu marido, eu, ele e minha enteada”.	“Na Paraíba”.	“Em Cascadura”.	“Ah, eu vou para o trabalho, volto, faço janta, faço relatório, dou uma arrumadinha na casa, porque as vezes está muito bagunçada, e dormir e aí no outro dia é a mesma coisa”.	“Sim, meu marido. Me relaciono com ele”.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4 - Situação Biográfica: dados relacionados à saúde

PARTICIPANTE DA PESQUISA	INÍCIO VIDA SEXUAL	MÉTODO CONTRACEPTIVO E PREVENÇÃO DE IST	CUIDA DA SAÚDE	SAÚDE DA MULHER	CADASTRO
ENTREVISTA 1 (SEMENTE 1)	“Eu iniciei a minha vida sexual eu tinha vinte e um anos, foi com o meu primeiro namorado na época, o meu marido é o meu segundo namorado. Eu fiquei com esse meu primeiro namorado uns dois anos.”	“Atualmente não, nós estamos tentando engravidar”. “Eu utilizei a camisinha”. “Depois dos exames, a gente estava num relacionamento estável que a gente largou a camisinha, foi baseado na confiança dele e dele em mim.”	“Vou confessar que eu não me cuido bem, que eu não vou tão regularmente ao médico quanto eu deveria ir. É geralmente quando eu estou sentindo alguma coisa, ou tenho algum problema que eu procuro o médico”. “Sim, eu quando tinha uns dezenove anos tive hipertireoidismo, fiz tratamento com a endocrinologista e fiquei curada. Não tive mais nada e agora há uns dois meses descobri que eu tenho hipotireoidismo e estou fazendo tratamento.”	“Então eu sempre fui a ginecologista, minha mãe me levou a primeira vez eu tinha uns doze anos. E eu ia regularmente e quando eu iniciei a minha vida sexual, eu fui, fui lá nela né?! Tirei algumas dúvidas e ela me passou o anticoncepcional que eu passei a usar a partir daí.”	“Sim, eu possuo cadastro na clínica da família da Praça Seca, agora eu não lembro qual o nome dela”.
ENTREVISTA 2	“Aos 18 anos, eu namorava na época. Foi com camisinha,	“No momento eu interrompi. Eu utilizava o anticoncepcional por causa de policistos que	“Bom eu sinceramente eu não sigo nenhuma dieta específica, mas também eu não exagero com nenhum tipo de comida. Eu não	“Eu não costumo procurar em caso de necessidade, mas costumo fazer exame de sangue a cada seis meses,	“Sim, sou cadastrada num posto, no centro da cidade, eu faço o meu tratamento lá desde os 15 anos. Depois da

	anticoncepcional eu não utilizava”.	eu tenho, né? E conforme eu tomava o policistas curava. É uma coisa que eu tenho que tomar uma vez ou outra, como eu parei também a visa ativa por algum tempo, então eu interrompi o tratamento, eu pretendo retomar futuramente” “Eu quando me relaciono, eu tomo o anticoncepcional e utilizo a camisinha. Sempre quando eu vou me relacionar, tanto para prevenir a gravidez indesejada e também qualquer tipo de doença. É assim que eu faço a minha prevenção”.	ingiro bebida alcoólica, não fumo; pelo menos eu tento levar ela tipo de uma forma regular”. “Eu faço tratamento desde os 15 anos em uma instituição de saúde pública da prefeitura. Eu passei a tomar dois tipos de remédios. Com o tempo, eu consegui diminuir para um”.	manter aquela rotina, fazer check up, quando não em seis meses, eu faço a cada um ano, o preventivo por exemplo, que a gente faz também, da última vez que eu fiz, a enfermeira mencionou que eu deveria fazer a próxima daqui a dois, anos porque nos últimos dois anos, não estava nada de errado, então não tinha o porquê fazer no outro ano novamente”	criação da clínica da família, eu me consulto na clínica próximo de casa, para outros exames, como preventivos, exames laboratoriais, como de sangue por exemplo”
ENTREVISTA 3	“Antes com o meu primeiro namorado, que eu fiquei oito meses, eu usava a camisinha e anticoncepcional, ele era enfermeiro e ele tem trauma de possíveis escapulidas, Com este meu namorado, nós ficamos juntos durante oito	“Eu confesso que eu faço sexo sem camisinha, visto a todos estes anos que a gente está, mas assim para prevenir a gravidez eu utilizo o anticoncepcional”.	“Atualmente eu tenho melhorado a minha alimentação, para emagrecimento, eu vi que eu estava com as taxas de colesterol alteradas e até com certa frequência vou a nutricionista, vou ao ginecologista uma vez ao ano, colho preventivo, eu como tenho um cisto no seio eu faço a ultra e meu otorrino eu vou de seis em seis meses para fazer lavagem e clínico eu vou mais quando eu estou precisando mesmo”.	“Eu assim faço o preventivo, e acompanho o cisto através da ultra de mamas, mamografia eu ainda não tenho idade para fazer o acompanhamento”.	“Sim, sou cadastrada em uma clínica em Madureira”.

	meses”.				
ENTREVISTA 4	“Aos 18 anos, 18 anos, foi quando eu comecei a namorar o meu esposo, foi com 18 anos”.	“Não, no momento não, no momento só o preservativo mesmo”.	“Olha eu sou sedentária a beça, te confesso, eu não gosto de ir a médico, mas quando é preciso, quando eu vejo uma necessidade eu vou, eu faço exames, inclusive eu estou querendo fazer exame de sangue e não consigo, mas eu faço preventivo, e alguns exames que eu consiga fazer ginecológico, inclusive é o médico que eu mais vou, e o dentista. Eu vou mais por causa do meu mioma, eu tenho que ficar em controle e acho que é só isso mesmo”.	“Bem, eu vou ao meu ginecologista e ele passa ultrassonografia, ele pede exames, assim, pausa, quando eu tive, ele me passava a ressonância, agora nem tanto, faço mais ultrassom e mamografia, e exame de sangue”.	“Sim, sou cadastrada na clínica da família de Marechal Hermes, eu faço meu acompanhamento lá, somente para preventivo e vacina”.
ENTREVISTA 5	“Com 19 anos”.	“Eu tomo pílula anticoncepcional e a camisinha”. “Eu já fiz exame de sangue, eu fiz até um recentemente para a sífilis agora para um processo seletivo, para admissão, ah eu não falei, mas eu vou começar a ser professora substituta, então eu fiz exames para sífilis, e já fiz para HIV, recente agora eu fiz para a Sífilis”.	“Bem, aqui no Rio de Janeiro, quando eu preciso de médico, eu recorro a clínica da família, e também clínicas populares que pago a consulta, então geralmente é isso, e aqui em posto de saúde eu só fui para ir no psicólogo, não é contínuo, não é sempre”.	“Eu vou uma ou duas vezes no ano no ginecologista, mas daí eu pago a consulta né, aí eu faço preventivo e essas coisas acabo fazendo no particular”.	“Na verdade eu sou cadastrado em um posto ali no engenho de dentro de eu não me engano, não é no Méier”.
ENTREVISTA 6 (SEMENTE 2)	“Ah, foi nova, foi com 14 anos”.	“Não, no momento eu não utilizo nenhum método, como eu tipo assim, eu tenho a questão que no	“Então, pausa, assim pelo menos eu tento umas duas vezes no ano, eu faço exame de rotina de hormônio, hemograma, essas coisas, eu tento ter uma	“Então eu busco sempre, eu fico muito preocupada no desconforto de ter aquilo, ponto. É o pensamento comigo mesma, do	“Eu estou, naquele que é na Praça do Patriarca, eu me lembro que eu precisei cadastrar para fazer um número do SUS”.

		<p>problema que eu tive de saúde, não é todo anticoncepcional que eu posso tomar, e tomava de uma dosagem muito fraca, assim o efeito colateral que aquilo me dava, era muito maior que o benefício, lógico que o benefício é um senhor benefício, eu não ter nenhuma gravidez indesejada, mas me deixava deprimida, muito para baixo, ficava 15 dias com dor de cabeça até passar o efeito, até eu me acostumar, a cada novo ciclo, a cada nova cartela, e muita baixa da libido, muito baixa, não sentia vontade de nada, e ficava muito mesmo paralisadona, então eu só percebi isso quando eu parei de tomar, quando eu parei de tomar o remédio foi uma diferença assim gritante, então quando eu tava no meu relacionamento antigo, a gente começou a usar o preservativo, porque era muito mais negativo o efeito do anticoncepcional, da pílula do que positivo, então a gente começou a</p>	<p>alimentação balanceada e praticar exercício, mas não é sempre que eu consigo, o ano inteiro, eu consigo por alguns períodos, dos meses, então eu não consigo, as vezes eu fico por uns períodos ficar mais focada, e desfoco, e fico caindo neste efeito sanfona, engorda e emagrece, engorda e emagrece, as vezes fico mais focada na academia e tem hora que não Estou, e agrava muito assim, quando eu adoço, geralmente é quando eu dou aquela parada na academiia e dou uma descansada, e aí já me afasto, aí as vezes não vou por causa de grana, de ir na academia e de me alimentar eu não sou tão certinha não, mas não tenho uma alimentação cagada, mas sou tão certinha não, poderia ser muito melhor, com certeza”.</p>	<p>desconforto de ter aquilo, porque a gente que é mulher e tem o órgão interno que é úmido é muito desconfortável qualquer coisa que tenha ali, eu não sou homem para sentir, mas assim qualquer coisinha, qualquer coisa que tenha ali já me incomoda, qualquer coisa de infecção urinária, qualquer coisa neste região me incomoda muito, eu já tive um corrimento por usar num carnaval muito biquíni molhado e tive colocar aqueles remédios, aquelas pomadas, pausa, então qualquer dor, qualquer coisa nesta região me incomoda muito e me tira muito do sério, então eu penso primeiro em mim e no meu conforto, no meu bem estar, pensando nisso eu penso no preservativo, sempre a camisinha e tem a questão da higiene porque tem muito disso também, fora assim eu não faço outra coisa, não sei o que seria, talvez o preventivo está dentro disso, não sei mais o que do preventivo e da camisinha para isso, os exames eu só fiz quando tive dúvida ou fiquei na neura porque eu tive uma penetração sem preservativo , e na gestação</p>	
--	--	--	---	--	--

		<p>usar a camisinha nos períodos de fertilidade, e nos outros a gente ficava um pouco mais tranquilo, mas a gente tentava usar sempre por medo né?!, de sei lá, eu cheguei até a ver a possibilidade de colocar o DIU, cheguei a comprar o DIU até, eu ia colocar o DIU, mas como eu estou solteira, não dá para você ir para a cama com um monte de gente, sem camisinha, não que estou indo para cama com um monte de gente, Risos, mas assim eu já saí com outras pessoas, eu já tive um envolvimento íntimo, sexual com outras pessoas antes e sempre com preservativo do início ao fim, mesmo quando era oral, entendeu, que eu sou, pode me achar nojenta, mas eu não vou meter a boca lá, Risos, eu não vou meter a boca, porque eu não sei nem o que o cara faz com aquele negócio, Risos, ah não vou não, Risos Sim, eu já fiz já, nenhum teste deu</p>		<p>só, tudo bem na maior parte da minha vida, eu estava em relacionamentos sérios e duradouros, então eu nunca tive essa coisa de fazer sabe antes, mas hoje talvez pela idade, maturidade, conhecimento, experiência, eu acabo tendo um pouco mais de preocupação com isso, comigo mesma, e depois esta responsabilidade se eu tenho alguma coisa de não passar isso para ninguém”.</p>	
--	--	--	--	--	--

		positivo, eu fiz três vezes na minha vida, nas duas gestações, eu fiz até mais né, porque tem que fazer no começo e no final, então eu fiz nas duas gestações e eu fiz agora em Dezembro, também que acabou que teve um momento de penetração sem preservativo, e aí depois a gente colocou o preservativo, mas eu fiquei muito na neura, e aí eu fiz os exames né, para tudo que eu fiz deu não reagente”.			
ENTREVISTA 7 (SEMENTE 3)	“Eu iniciei com 15 anos”.	“Eu só utilizo o anticoncepcional e camisinha, eu utilizo o anticoncepcional orla, é ele que estou utilizando agora no momento. Só nas gestações, só”.	“Bom hoje em dia eu cuido só com a alimentação, mas a muito tempo atrás eu fazia muita atividade física, hoje em dia por conta de trabalho e cuidar de criança, a atividade física está mais devagar, eu não tenho frequentado a academia, mas hoje em dia mais com a alimentação mesmo”.	“Em relação a isso, eu faço o preventivo periodicamente, exame da mama, eu faço quando vou na consulta quando eu faço preventivo”.	“Sim, sou castrada na que eu trabalho mesmo, ela fica em Cascadura”.
ENTREVISTA 8	“Com 15 anos”.	“Eu uso o anticoncepcional oral, mesmo sem estar tendo relações, eu ainda continuo tomando, é algo que eu levei para a vida, porque eu não tenho como, porque se eu tiver outro filho eu	“Eu cuido regularmente, na estratégia também, normal, faço preventivo, como qualquer cidadão que vai ao médico, agora quando acontece algum negócio a gente vai buscar, como observadora de outra pessoa, a gente também se observa, (pausa), mas tem as questões de	“Eu to liberada, que esse ano eu faço preventivo, que fica dois anos, normal como qualquer pessoa, como eu tenho minha agente de saúde, ela quando está na época de preventivo, de que eu tenho que fazer ela me avisa, ela me busca, assim	“Onde eu hoje trabalho, em Cascadura, sou cadastrada em uma outra equipe diferente da que eu trabalho”.

		<p>tenho até um troço, então a gente não sabe, tem a camisinha, tem aquelas coisas todas, mas a gente nunca sabe, eu tomo o meu remedinho”.</p> <p>“Sim, eu fiz um teste rápido a pouco tempo, porque eu separei do meu marido por conta de traição, então eu fiz um teste rápido deu tudo ok, graças a Deus, nas gestações eu fiz, e fiz agora por conta da traição, quando eu descobri a traição a primeira coisa que eu fiz foi o teste rápido”.</p>	<p>saúde também que eu acompanho, eu estou vendo com o ortopedista a questão, do túnel do carpo, eu me trato também em relação a cisto em uma narina, e também a síndrome do pânico, estava entre bipolar e síndrome do pânico, então eu tenho síndrome do pânico, e sou hiperativa, na verdade eu sou hiperativa, e dessa realidade de ser hiperativa eu desenvolvi uma síndrome, a síndrome do pânico, que foi por conta, desta coisa que a gente, da minha ansiedade, ansiedade que me causava medo, porque eu tinha sintomas de morte, que me causou esta questão de pânico, eu não andava de nada, não andava de ônibus, trem, não andava nada, nem saía na rua, aí meus colegas que me ajudaram, falava e ligava para vir me buscar porque eu estava travada na rua, e eu conversei até com meu psicólogo que tiveram situações que eu tive que enfrentar meus medos”.</p>	<p>como eu tenho que buscar as minhas, mas a minha responsabilidade eu sei, de que esse eu tenho que marcar tenho que fazer, bonitinho, aquela coisa toda, então a gente se trata como todo mundo”.</p>	
ENTREVISTA 9	<p>“Com 16 anos, quando tive a minha primeira relação”.</p>	<p>“Sim, eu utilizo a injeção, eu já tentei usar o DIU, mas não me adaptei, aí eu preferi não insistir e tomar mesmo a injeção. E a camisinha também para prevenir as DST”.</p> <p>“Teste rápido de doença, HIV, essas coisas só na</p>	<p>“Assim, como eu estou trabalhando na clínica, eu tenho cuidado melhor da minha saúde, porque no outro lugar que eu trabalhava eu quase não ia para médico, exames, eu quase não fazia isso, se eu passasse mal eu ia para uma emergência, agora sim eu estou me cuidando melhor, antes eu sentia uma coisa ia para clinica, vacina eu ia</p>	<p>“Esse ano eu tenho preventivo, e agora é de dois em dois anos pela minha idade, então, esse ano eu ainda tenho que fazer o preventivo, mas eu sempre procuro estar procurando pelo menos de seis em seis meses, antigamente não, foi como eu falei, eu não procurava, na gestação eu fiz</p>	<p>“Sou sim na mesma que eu trabalho, mas em outra equipe”.</p>

		gestação”.	para a clinica, agora eu cuido bem melhor porque eu sei qual é a realidade da unidade, quando a gente está fora a gente não sabe como são as coisas lá dentro, mas quando estamos dentro, a gente consegue ver a realidade da clinica, foi muito diferente quando eu entrei para a clínica, eu estava de fora e falava, que o povo não fazia nada, fazem porcaria nenhuma, tem quase duas horas de almoço, eu achava isso, agora eu vejo o quanto é diferente, agora que eu estou vivendo isso, eu falo não é bem o que eu tinha falado, eu vejo o cadastrado, as necessidades do cadastrado, o que eles estão precisando, muito legal, muito, interessante da clinica, e da área da saúde, atender, criança, adulto, vacinação, visitar domiciliar, enfermeiro vai em casa, médico vai em casa, vacinação e idoso que não pode ir na clinica, é muito legal”.	tudo direitinho, mas depois disso também não fiz mais nada, mas aí a pouco tempo a agente de saúde que da minha área, me mandou ir lá para eu fazer e eu fui e fiz a dois anos atrás, tenho até que fazer novamente, deu tudo direitinho, não deu nada e eu tenho até que fazer novamente”.	
ENTREVISTA 10	“Com 14 anos”.	“Não, no momento não, não tomo remédio nada, nada até porque eu não posso ter filho Não, porque eu nunca me dei com anticoncepcional, eu usava camisinha, só camisinha só, nunca gostei muito de tomar remédio, sempre que eu tomava eu passava mal,	“Eu vou de seis em seis meses ao médico, eu tenho um ginecologista particular, é até, não é nem de seis em seis meses, eu vou de quatro em quatro, porque eu ainda tenho um problema de saúde relacionado à cirurgia que eu fiz a pouco tempo, faz dois anos que eu fiz uma cirurgia tubária, e ainda tenho as sequelas, por exemplo eu tenho uma trompa que criou	“Eu faço preventivo, eu faço exame de sangue, agora mesmo eu tenho um para fazer, ultrassonografia, o acompanhamento normal, ele viu que eu estava acima do peso, aí ele passou um remédio natural para diminuir um pouco o peso, remédio fitoterápico, eu já tive ferida no colo do útero na adolescência, mas tratei,	“Sou cadastrada na daqui perto de casa em Cascadura”.

		<p>“aí sempre camisinha, nunca usei DIU, essas coisas não”.</p>	<p>uma inflamação crônica que ela não melhora, aí eu tenho que acompanhar, tratar de quatro em quatro meses, para ver se vai voltar, eu tenho uma trompa que ela tem uma inflamação crônica que ela não melhora, então eu tenho que tratar, e aí eu tenho que acompanhar, a gente vai lá para saber se vai voltar, eu fico acompanhando a trompa”.</p>	<p>junto com este médico, o mesmo médico”.</p>	
--	--	---	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE B – Quadro dos Motivos “Porque” e Motivos “Para”

Quadro 5 - Motivos “Porque” e Motivos “Para”

PARTICIPANTE DA ENTREVISTA	MOTIVOS PORQUE	MOTIVOS PARA
SEMENTE 1 ENTREVISTA 1	“[...] Eu tive lá nesta clínica uma vez, foi quando eu fiz o meu cadastro. Eu tava precisando de um atendimento para um atestado médico, precisava para me candidatar a um emprego. Aí eu fui atendida pela equipe, né? E consegui o atestado.”	“[...] Eu espero um bom atendimento, né? Agilidade, a gente não gosta né de ficar esperando o dia inteiro e educação também; e nestes quesitos eu fui muito bem atendida. Fui muito bem atendida lá, o médico que me atendeu, ele foi muito simpático. E eu voltaria a buscar o posto de saúde, caso tivesse necessidade.”
ENTREVISTA 2	“[...] Eu me consulto na clínica próximo de casa, para outros exames, como preventivos, exames laboratoriais, como de sangue por exemplo.” “[...] Eu, assim, nunca tive nenhum motivo para procurar fora de época, eu tenho, como eu te disse, um prazo, a cada seis meses fazer um check up, não tive nenhum alarde.”	“[...] Eu espero atenção e resolução porque eu já tive caso de trocarem os resultados de pacientes e também no cadastro da minha mãe, eles cadastraram ela como sendo do sexo masculino. Eu já cheguei a enviar e-mail para a prefeitura por causa disso e nada foi feito até então. Quero uma atenção específica (pausa), me deu um branco porque realmente tem alguns médicos que eles nem olham para você, você senta, chega, escuta e eles escrevem. A impressão que dá para o paciente é que ele não está dando a devida atenção. Pelo menos eu nunca passei por isso, eu sempre fui bem atendida; das vezes que eu precisei ir na UPA, eu fui bem atendida e me deram a devida atenção da forma que eu quiser ser atendida.”
ENTREVISTA 3	“[...] Quando tem campanha, de vacinação, preventivo.” “[...] Eu confesso que não vou muito. Eu fui lá para fazer acompanhamento dentário. Como eu não tinha cárie, a menina fechou o tratamento. Quando tem a campanha do preventivo, eu costumo ir e fora a vacinação. Eu fui em campanha de vacinação, coloquei as minhas vacinas em dia por conta de um processo seletivo que eu estava fazendo para as forças armadas. Aí eu tive que colocar a carteira de vacinação toda em dia. Foi aí que eu tomei a febre amarela. Antes de tudo acontecer, eu já estava imunizada.”	“[...] Eu espero ser bem atendida, mesmo que demore; que eu saia de lá satisfeita com o atendimento, do que é, por exemplo, quando é campanha, por exemplo, na campanha do preventivo. Por incrível que pareça, não lota. Pelo menos nas vezes que eu fui, a campanha está vazia. Elas ligam, as agentes de saúde ligam para os moradores cadastrados Implorando para a pessoa ir lá ou vai de casa em casa buscando os moradores cadastrados, toca e diz começou a campanha do preventivo, alguém da sua família está na idade de fazer? Fala, olha, começou, vai lá na clínica da família e tal. Mas é uma coisa que não é muito procurada, por exemplo, quando eu vou, eu vejo que está vazio (Pausa). Eu espero ser atendida e que eu consiga este atendimento. Fui lá, fiquei horas na fila e não tem médico, volta amanhã, volta outro dia.” “[...] Eu espero atenção, humanização, porque, às vezes, a pessoa chega lá cheia de dor, ela pode te xingar, mas você destratar é pior. Aquilo que você está sentido vai transformar em estresse e vai ser pior o

		<p>atendimento. Eu espero ser atendida, ter um atendimento humanizado e que o profissional de saúde tenha um pouco de compaixão para o paciente e que olhe o paciente mesmo. Poder ser naquele dia que ela está olhando pela folhinha, pelo bloco de receituário, o paciente fala, ele continua olhando, ah, é isso. Isso já aconteceu comigo: o médico escreveu o que eu estava sentindo, mas se quer conferiu o que eu estava sentindo. Como assim ele sabe que eu estou com infecção na garganta? Ele confiou na minha palavra e se eu tivesse mentindo? Se fosse o hipocondríaco, o cara que inventa a doença só para ter acesso a algum remédio? Podia estar mentindo, ele iria me receitar um remédio sem eu estar realmente doente. Eu espero isso, atenção, humanização e que olhe o paciente quando for estar atendendo; que realmente ouça, que não finja que ouviu e receite qualquer coisa. Aí o paciente vai para casa sem entender o que está ali.”</p>
ENTREVISTA 4	<p>“[...] Assim, na clínica da família onde eu vou, eu vou somente quando tem ou campanha ou, às vezes, lá no meu bairro, eles fazem uma vez a cada mês ou a cada dois meses; faz tipo um mutirão, que eles falam; tipo um mutirão que eles falam e, da última vez que eu fiz meu preventivo, foi até uma enfermeira que fez, ela fez e eu pedi uma mamografia e ela falou que não conseguiria me dar, pois precisava do pedido de um médico. Aí eu nem fiz, eu fui no meu ginecologista e, às vezes, ele passa algum procedimento, porque é difícil eu conseguir na clínica da família, onde eu moro. É difícil eu pedir algum exame ali, ultrassonografia, mamografia. Eu não consigo ir no dia que eles falam para ir num negócio de grupo, para fazer uma triagem para iniciar os médicos e eles tem um negócio de senha, dá trinta senhas, eu não consigo. Eu já fui hiper cedo e chegaram lá e falaram: os médicos estão em greve! Aí eu fico bem chateada, eu fico bem chateada. Aí eu prefiro pagar; às vezes vou no particular. Junto um dinheiro e vou. Aí eu só vou mesmo de vacinação, quando tem campanha, e o preventivo.”</p>	<p>“[...] A atenção. Até tem alguns profissionais que são bem atenciosos, alguns eu até conheço do bairro mesmo, mas tem muitos que deixam a desejar bastante (pausa) e uma das razões que eu fico chateada às vezes com a clínica da família, mas, assim, eu já fui ao hospital do meu bairro também. Fui bem atendida até; mas em outra situação, a minha mãe não foi bem atendida. A médica falou que minha mãe estava embriagada, sendo que minha mãe estava tendo uma arritmia. Então foi bem complicado. Neste dia eu fiquei bem chateada, bem chateada. Eu acho que a saúde, eu acho que os profissionais de saúde é (pausa) eu também trabalhei na área da saúde, trabalhei com [...] eu sei o quanto é difícil lidar com o paciente. Você chega com dor, chega chateado e você tem que ter paciência, um respeito, um carinho todo especial com ele. Não tem jeito. Eu trabalhei cinco anos nisso. Então eu sei disso, mas sei que a gente tem que conseguir porque se for com você, você não vai gostar. Então (pausa) eu acho que o mínimo que eles podem ter é uma educação e um respeito com aquele ser humano que está ali, somente para melhorar a sua vida ali (pausa) inclusive até na campanha, quando eu fui tomar a vacina da febre amarela, e eles estavam fazendo uma fila para crianças sendo que as mães precisavam tomar a vacina também. Aí eu fiquei assim “ué, mas as mães não vão tomar a vacina também?”. Aí eles falaram “não, a gente vai dar só nas crianças”. Mas aí uma das mães falou assim “mas eu também vou tomar! Aí falaram “Aí a senhora vai ter que voltar para a fila!” e eu fiquei assim “será que eles não dão a vacina na mãe? As crianças vão ter que voltar na fila!”. Eu vi criança chorando porque estava muito assustada com a agulhinha. Aí aquilo,</p>

		nossa, inclusive deixamos duas mães passarem na frente, porque eu falei assim “gente, é impossível! Uma com três, uma com duas, aí não dá, né?”. Um calor excessivo, nossa, aí eu acho isso desrespeitoso. É falta de organização. Mas é isso que eu espero, assim, da pessoa que trabalha na área da saúde. Pode ser um médico, um enfermeiro, até o faxineirinho que está limpando o chão (pausa) coitadinho, porque, às vezes, as pessoas ficam “olha lá! Não limpam!”. Eu espero um bom atendimento e mais respeito.”
ENTREVISTA 5	<p>“Bem, eu fui, quando fui no psicólogo. Um dia precisei, Foi por meio de indicação mesmo. Eu fui num UPA e lá no UPA eles me indicaram para procurar uma clínica da família ou um posto. Só que no meu bairro, no Méier, não é clínica da família e sim um posto de saúde, que tinha no Engenho de Dentro, e não no meu bairro, porque o mais perto de mim não atendia o local onde eu moro e sim um posto que fica mis longe um pouco da minha casa. Mas aí eu fui no posto de saúde e eles me indicaram o CAPS, que ficava perto dali também, e fiquei acompanhando com o psicólogo ali.”</p> <p>“Eu vou porque a gente não pode ficar sem assistência. Então eu vou porque eu nunca sei se eu vou precisar, não sei, de alguma emergência, alguma coisa. Assim, eu acho que se eu tiver mais perto da clínica da família para algum problema vai ser mais fácil de eu ser atendida. Eu acho que seria melhor a disponibilidade, eles, assim, cobrir mais as outras regiões que, igual eu, se for em relação à clínica da família, eu não tenho. Ali tem uma no Méier, mas no Méier não cobre onde eu moro e aí no posto onde eu vou não tem a clínica. Eu acho que a clínica fica mais perto da gente e ali, no caso, eu fui direto no posto, não fui na clínica da família. Eu não tenho a acessibilidade à clínica mais perto de mim.”</p>	“Ah, eu espero que eles me olhem, né? Seja o que for, se eu for com algum problema, eu espero que eles tenham condições de identificar o problema que eu tenho e tentem entender, na medida do possível. Que olhem para a gente e tentem solucionar o nosso problema porque a gente, às vezes, fica com receio que nem sempre eles vão olhar para a gente assim, com paciência, para ver o que a gente tem.”
SEMENTE 2 ENTREVISTA 6	<p>“[...] Eu procuro mais para vacina. Quando eu fiquei grávida, e em campanha, e quando eu tenho que levar as crianças para vacinar.”</p> <p>“[...] Eu acho que não. Eu acho que esta questão das doenças sexualmente poderia ser falado, mais divulgado, por exemplo, eu que tenho filhas e uma vida sexual ativa, sempre pesquisando, eu não sabia algumas coisas e isso faz diferença porque eu conheço as mais batidas, por exemplo, assim eu sou neurótica. Quando eu tenho algum desconforto, eu costumo jogar na internet para ver o que é e, às vezes, você vê milhões de coisas que você diz “eu não sabia” Por</p>	“[...] Olha, eu espero solicitude e um pouquinho de empatia, né? Porque, às vezes, a galera não está muito animada para estar ali trabalhando, está meio “descaprichada”. Mas, assim, isso é questão de atendimento, mas a gente procura eficácia, né? Às vezes, você vai lá, mas a pessoa não está nem me atendendo bem, mas foi eficiente, fez o que você tinha que fazer. Então valeu. Entendeu porque, às vezes, você pode ter um atendimento ótimo, mas não ter a eficácia do serviço. Isso aí é o pior. Então a eficácia do serviço é o top 1.”

	<p>exemplo, tem algumas doenças que fala sobre forma de contágio, se oral pega ou se não pega; se a mulher, pelo nível de acidez, tem alguma defesa ou não. Certas coisas, assim, eu já sei a resposta, mas essas coisas não são comentadas na sociedade, principalmente entre os homens. Na minha opinião, eu acho que a mulher ainda se cuida muito mais. Os homens não tem tanta esta coisa de saber, de pesquisar e se cuidar. O cara está de camisinha, só a camisinha é suficiente, tipo, tem alguma outra forma de me preservar, de me proteger. Só o exame vai detectar, mas existe outra forma de me proteger. Tipo, se no sexo oral eu posso fazer sem camisinha que eu não vou pegar nada, eu acho que isso não é muito falado.”</p>	
<p>SEMENTE 3 ENTREVISTA 7</p>	<p>“[...] Olha, assim, eu procuro só para fazer (pausa) graças a Deus, eu não sou uma pessoa que tenho a saúde comprometida, que tenho que ficar vendo alguma coisa. Então, eu só vou mesmo só para fazer preventivo e o pré-natal. Não aconteceu de eu ter que procurar por algum outro motivo não. Procuro também para os filhos, para alguma coisa.”</p> <p>“[...] Outra coisa que eu quero acrescentar é sobre o preventivo. Onde eu trabalho aí vem uma mulher para fazer o preventivo e eu não posso fazer o agendamento por ela ser menor de 24 anos. Aí foi um caso de uma gestante minha, eu não pude agendar o preventivo. Aí quando ela voltou, ela estava grávida e com Sífilis. Eu podia ter feito o agendamento, mas por conta da idade, eu não pude. Aí ela podia fazer o teste rápido e iniciar o tratamento. Essa questão das DST, que deve ver a saúde da mulher como um todo, não só no preventivo, e essa questão das doenças deve incentivar também a falar na saúde do homem, para os homens, para se prevenirem também.”</p>	<p>“[...] Olha, assim, o que eu espero não só para mim, mas para todos, principalmente, é uma atenção. O que eu vejo é uma carência muito grande neles. Eu acho assim, todo mundo que ser respeitado. Então, o que eu procuro, e o que eu acredito que a maioria procura, porque lidando com eles a gente percebe, um bom acolhimento, ser ouvido, porque, às vezes, a pessoa chega com um problema, mas não é devidamente ouvido, né? Então, o que eu procuro é isso, um bom acolhimento para, através disso, ter um bom tratamento do problema que eu possa ter.”</p>
<p>ENTREVISTA 8</p>	<p>“Eu procuro sempre, às vezes até quando a gente não está procurando, eles procuram para a gente. Tipo, eu não percebi que eu estava entrando em surto, quem percebeu foram eles “você não está legal” e eu falando “estou sim!”. E foi aquela coisa toda. A baixa que dá, quem sofre de depressão fica mais caída, eu fico mais caída. Então, a gente está sempre procurando, todo o dia a gente passa por uma avaliação do médico e do enfermeiro que está junto da gente”</p> <p>“Eu to liberada, que esse ano eu faço preventivo, que fica dois anos, normal como qualquer pessoa, como eu tenho minha agente de saúde, ela quando está na época de preventivo, de que eu tenho que fazer ela</p>	<p>“O que eu procuro? Ah, acolhimento, entender o problema, por mais que você, no momento, não consiga ajudar, mas eu vou tentar, vou te dar uma resposta, mesmo que você não queira, mesmo que eu não consiga hoje (pausa), eu preciso de uma consulta (pausa), eu não tenho como marcar agora, mas você não vai ficar esquecida não. Eu vou ver uma forma, saber como te ajudar, mesmo que seja difícil, mas você está acolhida, o acolhimento é muito importante para o paciente que, às vezes, o paciente não tem nada. Ele chega lá no desespero e a gente acolhe, e a gente descobre que ele quer só um pouco mais de atenção. E vai conversando, e vai descobrindo e tem um problema que não é a questão física, mas pode ser outra. Então o acolhimento é muito</p>

	<p>me avisa, ela me busca, assim como eu tenho que buscar as minhas, mas a minha responsabilidade eu sei, de que esse eu tenho que marcar tenho que fazer, bonitinho, aquela coisa toda, então a gente se trata como todo mundo.”</p>	<p>importante. É muito ruim você chegar em um lugar, no posto de saúde, e o agente de saúde, “aham, pois não! Tá bom [...], tem médico não [...], não é porque eu tô [...] tá, tá, tá, volta daqui a uma semana!”(pausa). É muito ruim isso. Você não escutou, você não acolheu. Às vezes o problema dela não é nem questão médica, ou de enfermagem, é uma questão além, que você pode conversar em equipe “olha, eu estou com uma paciente assim; não apareceu, vamos lá para uma avaliação” [...] encaixar de alguma forma; fazer uma demanda, fazer uma VD. Então acolher é muito importante.”</p>
ENTREVISTA 9	<p>“Eu agora, todos os dias, acabo buscando o posto de saúde. Para qualquer coisa, converso com a médica e com a enfermeira.”</p> <p>“Esse ano eu tenho preventivo e agora é de dois em dois anos, pela minha idade. Então, esse ano, eu ainda tenho que fazer o preventivo, mas eu sempre procuro estar procurando pelo menos de seis em seis meses. Antigamente não. Foi como eu falei, eu não procurava; na gestação, eu fiz tudo direitinho, mas depois disso também não fiz mais nada. Mas aí a pouco tempo, a agente de saúde da minha área me mandou ir lá para eu fazer e eu fui e fiz há dois anos atrás. Tenho até que fazer novamente. Deu tudo direitinho, não deu nada e eu tenho até que fazer novamente.”</p>	<p>“Eu procuro acolhimento, uma palavra [...] “não vou conseguir te ajudar hoje, mas eu vou ver com o fulano de tal, vou falar com o médico”, vou orientar o que eu posso fazer por ele.”</p>
ENTREVISTA 10	<p>“Primeiro, eu quero para ter um acompanhamento melhor.”</p> <p>“[...] Os tratamentos que eu tive no posto, eu não tenho do que reclamar. Foram todos legais. Eu já fiz preventivo no posto e foi bacana. Fui bem atendida. Eu já fui também para vacina. Só! rotina normal.”</p>	<p>“Eu espero mais atenção, principalmente em relação a isso, porque é uma experiência que eu tive e que eu não queria que outras pessoas passassem. Eu acredito que muitas mulheres devem estar sofrendo pra caramba, assim como eu sofri. Eu espero que tenha mais atenção em relação a isso e ter mais atenção para a gravidez tubária. É uma coisa que hoje em dia chega a matar, cara. Eu fui salva por um milagre mesmo. Eu atribuo o que aconteceu comigo a um milagre. Assim, você fica dois meses com sangramento e assim você tem um feto evoluindo na trompa e a trompa não romper é um milagre. Então eu queria que tivessem mais atenção, neste caso, os outros casos são possíveis. Para mim, em relação a preventivo, o atendimento no consultório, a gente é bem atendida. Enfim, no posto, no hospital é diferente. Assim eu queria que tivessem mais atenção para isso porque, hoje em dia, eu não posso ter filho por causa disso; se tivesse visto antes, eu poderia.”</p>

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: NECESSIDADES DE SAÚDE DE MULHERES NO CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

OBJETIVOS DO ESTUDO: O objetivo deste estudo é Identificar necessidades de saúde de mulheres no contexto do controle das infecções sexualmente transmissíveis que são assistidas por uma unidade básica de saúde no município do Rio de Janeiro e Discutir as necessidades de saúde de mulheres no contexto do controle das infecções sexualmente transmissíveis frente às políticas sociais e de saúde.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO DO ESTUDO: Você está sendo convidada para participar deste estudo. Você tem a autonomia para recusar a participação no estudo, sua participação na pesquisa é voluntária e a você terá completa autonomia para aceitação e também a retirada de sua participação na pesquisa em qualquer momento do estudo.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir participar deste estudo, você participará de uma entrevista semiestruturada. As entrevistas serão registradas através de dispositivos de áudio, e serão transcritas na íntegra pelo pesquisador, preservando as informações bem como a identidade de seus participantes, garantindo o sigilo dos dados da pesquisa e o anonimato dos participantes. Você assinará um termo de consentimento livre e esclarecido concordando a participação no estudo.

RISCOS: A pesquisa possuiu riscos mínimos aos participantes da pesquisa, como a possibilidade de danos psíquica, moral, intelectual, nestes aspectos possui risco mínimo de dano ou lesão ao participante da pesquisa. As medidas preventivas e minimizadoras dos danos serão a liberdade do participante da pesquisa em se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao participante da pesquisa.

BENEFÍCIOS: Os benefícios da pesquisa serão identificar as necessidades de saúde da mulher para o controle de infecções sexualmente transmissíveis, os maiores benefícios para a pesquisa serão incentivar para a formação, especialização, atualização e aperfeiçoamento na assistência de enfermagem, e a construção do cuidado de enfermagem com uma prática baseada em evidências científicas.

FINALIDADE: Os fins da pesquisa visam melhorar a assistência de enfermagem na assistência à saúde da mulher, preza a evidência das práticas assistenciais de enfermagem, afim de que possa melhorar a assistência na formação, atualização da equipe de enfermagem na assistência à saúde da mulher e as vivências destas mulheres na atenção primária e expectativas de pessoa de sexo feminino com vida sexual ativa e vivência na atenção primária.

CONFIDENCIALIDADE: Você terá a garantia do sigilo que assegurou a privacidade dos participantes da pesquisa quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; como é assegurada e privacidade e sigilo dos participantes da pesquisa acerca da entrevista e dos dados coletados preservando as informações bem como a identidade de seus participantes, garantindo o sigilo dos dados da pesquisa e o anonimato dos participantes. Este estudo cumprirá todos os requisitos para submissão em comitê de ética, respeitando os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, descritos nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, contidos na resolução 466/12. E respeitando também os aspectos éticos contidos na resolução 510/16 que regulamenta as pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Este estudo está sendo realizado juntamente a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado. O pesquisador principal é aluna do curso de Mestrado Isabella Cristina Alves Pereira e está sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Florence Romijn Tocantins. As pesquisadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida e reclamação acerca do estudo. Você poderá entrar em contato com o pesquisador principal Isabella Cristina Alves Pereira, através do telefone (21) 998229530 e do e-mail isabellacapereira@gmail.com e com o orientador da pesquisa através do e-mail florenceromijn@hotmail.com. E também poderá entrar em contato com o Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, CEP – UNIRIO localizado na Av. Pasteur, 296. Bairro: Urca. CEP: 22290-240, você poderá entrar em contato pelo telefone (21) 25427796 e do e-mail cep.unirio09@gmail.com. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail do pesquisador principal da pesquisa, do orientador e do Comitê de ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento do estudo. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que os pesquisadores possam lhe contatar em caso de necessidade.

Eu li o termo acima e concordo com a participação no estudo.

Participante: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____
Endereço: _____
Telefone: _____

Pesquisador: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

Responsável: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

APÊNDICE D - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Idade? Escolaridade?

Ocupação? Tem uma fonte de renda? Qual a renda mensal do domicílio?

Onde nasceu? Ou o bairro onde mora?

Tem alguma religião? Qual? De que forma ela influencia no seu dia a dia e na sua saúde?

Quem mora com você?

O que você gosta de fazer?

Você se relaciona com alguém?

Você utiliza algum método?

Quando e como iniciou a sua vida sexual?

Você já fez algum exame que identificou alguma doença?

Como você cuida da sua saúde?

Como você cuida da sua saúde em relação à saúde da mulher?

Você faz algum tratamento para alguma doença?

Você procura o posto de saúde? Está cadastrada em algum?

Em que situações você procura o posto de saúde?

O que você espera dos profissionais de saúde quando procura o posto?

APÊNDICE E - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades	2017		2018			2019
	Mar - Ago	Set - Dez	Jan - Mar	Abr - Jul	Ago - Dez	Jan - Mar
Elaboração de Projeto	X					
Avaliação e Ajustes no projeto com auxílio das disciplinas	X					
Entrada no CEP e Análise do CEP		X				
Coleta de Dados			X	X		
Organização dos Dados				X		
Análise Preliminar dos dados				X	X	
Análise final/conclusões					X	
Relatório Final						X

ANEXO A - Comprovante de Envio do Projeto

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: NECESSIDADES DE SAÚDE DE MULHERES NO CONTROLE DAS
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Pesquisador: Isabella Cristina Alves Pereira

Versão: 1

CAAE: 76521317.2.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 107530/2017

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto NECESSIDADES DE SAÚDE DE MULHERES NO CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS que tem como pesquisador responsável Isabella Cristina Alves Pereira, foi recebido para análise ética no CEP UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro em 14/09/2017 às 12:32.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO B - Parecer CEP UNIRIO

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NECESSIDADES DE SAÚDE DE MULHERES NO CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Pesquisador: Isabella Cristina Alves Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76521317.2.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.350.399

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de dissertação de mestrado cujo público-alvo são mulheres adultas e com vida sexual ativa e que sejam atendidas pela atenção básica. A amostragem se dará pelo método "bola de neve" e as mulheres serão abordadas pela pesquisadora principal para a entrevista e coleta dos dados, por meio de perguntas abertas. A abordagem dos dados será qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar necessidades de saúde de mulheres no contexto do controle das infecções sexualmente transmissíveis que são assistidas por uma unidade básica de saúde no município do Rio de Janeiro. Discutir as necessidades de saúde de mulheres no contexto do controle das infecções sexualmente transmissíveis frente às políticas sociais e de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e referem-se ao constrangimento e são descritos pela pesquisadora como: "A pesquisa possuiu riscos mínimos aos participantes da pesquisa, como a possibilidade de danos psíquica, moral, intelectual, nestes aspectos possuiu risco mínimo de dano ou lesão ao participante da pesquisa, considerando que eventualmente as participantes podem se sentir constrangidas no que se refere a perguntas acerca de sua vida pessoal e sexual. As medidas preventivas e

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.350.399

minimizadoras dos danos serão a liberdade do participante da pesquisa em se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao participante da pesquisa; a garantia do sigilo que assegurou a privacidade dos participantes da pesquisa quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; como é assegurada a privacidade e o anonimato dos participantes da pesquisa acerca da entrevista e dos dados coletados."

Os benefícios são indiretos e descritos como: Os benefícios da pesquisa serão identificar as necessidades de saúde da mulher para o controle de infecções sexualmente transmissíveis, os maiores benefícios para a pesquisa serão incentivar para a formação, especialização, atualização e aperfeiçoamento na assistência de enfermagem, e a construção do cuidado de enfermagem com uma prática baseada em evidências científicas."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que pretende identificar as necessidades de saúde da mulher que são atendidas pelo SUS, sob o contexto das infecções sexualmente transmissíveis. Não será necessária a autorização de instituição co-participante devido a técnica de amostragem escolhida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta:

Folha de rosto adequada

Instrumento de coleta de dados

TCLE adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_910552.pdf	12/09/2017 15:20:32		Aceito
Outros	InstrumentodeColetaDeDadosProjetoIsabella.pdf	12/09/2017 15:18:48	Isabella Cristina Alves Pereira	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.350.399

Brochura Pesquisa	ISABELLAprojetoUnirioAtualizado.pdf	12/09/2017 15:16:38	Isabella Cristina Alves Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	NECESSIDADESDESAUDEDEMULHERES NOCONTROLEDA SINFECCOESSEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS.pdf	12/09/2017 15:15:01	Isabella Cristina Alves Pereira	Aceito
Cronograma	PROJETOUNIRIOCRONOGRAMA.pdf	12/09/2017 15:13:51	Isabella Cristina Alves Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.pdf	12/09/2017 15:13:06	Isabella Cristina Alves Pereira	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	12/09/2017 15:10:04	Isabella Cristina Alves Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Outubro de 2017

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

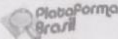
UF: RJ

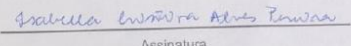
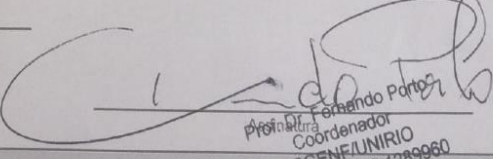
Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO C - Folha de Rosto CEP


 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: NECESSIDADES DE SAÚDE DE MULHERES NO CONTROLE DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 15			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4, Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Isabella Cristina Alves Pereira			
6. CPF: 118.285.067-70		7. Endereço (Rua, n.º): BARAO 207 PRACA SECA BL 5C Apto 201 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO 21321620	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (21) 3173-3241	10. Outro Telefone:
		11. Email: isabellacapereira@gmail.com	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>31 / 08 / 2017</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO		13. CNPJ: 34.023.077/0001-07	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone: (21) 1542-7771		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Fernando Porto</u>		CPF: <u>127.554.237-49</u>	
Cargo/Função: <u>Coord. do PPGENF</u>			
Data: <u>31 / 08 / 2017</u>		 Assinatura Coordenador PPGENF/UNIRIO Matrícula SIAPE 1289960	
TROCINADOR PRINCIPAL			
se aplica.			