



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
Programa de Pós-graduação de Enfermagem - Mestrado

Lilia Eliane de Oliveira Moraes

**Laqueadura tubária e vulnerabilidade às infecções sexualmente
transmissíveis: histórias de vida de mulheres**

Rio de Janeiro

2012

Lilia Eliane de Oliveira Moraes

Laqueadura tubária e vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis: histórias de vida de mulheres

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leila Rangel da Silva

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Adriana Lemos

Rio de Janeiro
2012

M827 Moraes, Lilia Eliane de Oliveira.
Laqueadura tubária e vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis : histórias de vida de mulheres / Lilia Eliane de Oliveira Moraes, 2012.
95f. ; 30 cm + 3 CD ROM

Orientador: Leila Rangel da Silva.

Coorientador: Adriana Lemos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

1. Doenças sexualmente transmissíveis. 2. Saúde da mulher. 3. Sexualidade. 4. Vulnerabilidade. 5. Cuidados em enfermagem - Planejamento. I. Silva, Leila Rangel da. II. Lemos, Adriana. III. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV. Título.

CDD – 616.951



ATA DA REUNIÃO DA QUADRINGENTÉSIMA NONA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM.

Às quatorze horas do dia vinte e um de dezembro de dois mil e onze, teve início a 409ª Defesa de Dissertação para obtenção do grau de MESTRE EM ENFERMAGEM, intitulada: **"LAQUEADURA TUBÁRIA E VULNERABILIDADE PARA AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES"**, defendida pelo (a) Mestrando (a): **LILIA ELIANE DE OLIVEIRA MORAES**, Linha de Pesquisa: **Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, Adolescente e Criança**, regularmente matriculado (a) no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, registro nº 10101P8M15. A Banca Examinadora foi composta pelos seguintes membros:

Presidente: Prof.ª. Dr.ª. **LEILA RANGEL DA SILVA** (Orientadora).
1ª Examinadora: Prof.ª. Dr.ª. **ROSÂNGELA DA SILVA SANTOS**
2ª Examinadora: Prof.ª. Dr.ª. **ADRIANA LEMOS PEREIRA**
Suplente: Prof.ª. Dr.ª. **ANA BEATRIZ AZEVEDO QUEIROZ**
Suplente: Prof.ª. Dr.ª. **INÊS MARIA MENESES DOS SANTOS**

A Dissertação foi apresentada em sessão pública. Após a apresentação, a candidata foi argüida pelos membros da Banca Examinadora, onde, foi observado que:

Estudo relevante e de grande contribuição para a área da saúde da mulher. A mestranda apresentou com segurança domínio de conteúdo, clareza e objetividade atendendo os requisitos de uma dissertação de mestrado. Respondeu com propriedade as questionamentos da banca.

A Banca Examinadora atribuiu à mestranda a seguinte menção: **APROVADA**
A Banca Examinadora sugeriu: *Publicação de artigos nacionais e internacionais*

Na forma regulamentar esta ata vai lavrada e assinada pela Banca Examinadora e assinada pela candidata.

BANCA EXAMINADORA

ASSINATURA

Presidente: *Leila Rangel da Silva* CPF: *893821617-91*
1ª Examinadora: *Rosângela da Silva Santos* CPF: *463.257.357-49*
2ª Examinadora: *Adriana Lemos Pereira* CPF: *005.505.657-10*
Suplente: CPF:
Suplente: CPF:
MESTRANDO (A): *Lilia Eliane de Oliveira Moraes*



A minha mãe *Débora* que, com esforço e muita luta, ensinou a mim e ao meu irmão o melhor caminho e a forma honesta de alcançar nossos objetivos e sermos dignos.

“Ensina a criança no caminho em que deve andar, e, ainda quando for velho, não se desviará dele”. (Provérbios 22:6)

Ao meu irmão *Elcío*, homem de caráter excepcional, meu carinho e amor ontem, hoje e sempre.

Ao meu esposo e companheiro *Enio*, meu amor e respeito, hoje e sempre.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por todas as oportunidades e bênçãos concedidas.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da UNIRIO. Em especial as Profas. Dras. Maria Aparecida e Inês Maria por compartilharem seus conhecimentos.

A minha amada orientadora, que apesar de todos os percalços de nossas vidas, foi amiga e acolhedora, compreensível e amável, mas também firme e objetiva neste nosso caminhar.

As mulheres que aceitaram participar do estudo e serem entrevistadas.

As Profas. Dras. Rosângela da Silva Santos, Adriana Lemos, Ana Beatriz Azevedo Queiroz e Inês Maria Meneses dos Santos, pela leitura criteriosa, sugestões e comentários valiosos feitos ao estudo.

Aos amigos e profissionais exemplares, Paulo São Bento, Rozânia Xavier, Márcia Luiz, Raquel Fonseca, Celeste Adão, Fernanda Morais e Marcelle Araújo pela amizade e companheirismo que foram fundamentais nas etapas desta jornada. Vocês são muito mais que especiais.

Aos meus lindos sobrinhos e afilhados (Fabrício, Gabriel, Giovana, Guilherme, Brenda, Igor e Felipe, na ordem cronológica e sem ciúmes). Quero ser sempre um bom exemplo para vocês. Perdoem a ausência nestes dois anos.

Aos amigos do mestrado e de sempre, Maíra, Antônio, Swya, Maria Eliza, Díbulo, Cristina e Fábio. Obrigada pela força e pela coragem que demonstraram nos obstáculos de vida que apareceram durante o mestrado.

A Michelle Assis, agora já enfermeira, mas antes uma acadêmica muito especial. Meu muito obrigada.

Ao Enio, meu esposo, pela companhia, amor, apoio, ajuda, dedicação, gestos de carinho e força para continuar.

A Vivi, por me ajudar nas tarefas do lar.

A Cléo, que mesmo latindo insistentemente para o laptop, não deixou de estar ao meu lado e oferecer seu cãorinho.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo.

RESUMO

MORAES, L. E. O. **Laqueadura tubária e vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis**: histórias de vida de mulheres. 2011. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Este estudo tem por objeto a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) das mulheres após a laqueadura tubária. Os objetivos são: conhecer a vulnerabilidade às ISTs de mulheres que se submeteram à laqueadura tubária por meio de suas histórias de vida; e analisar a vulnerabilidade às ISTs em um grupo de mulheres submetidas à laqueadura tubária. A vulnerabilidade é uma interação entre a característica dos indivíduos e suas relações familiares e afetivas e as desigualdades de gênero, classe, raça, acessos e oportunidades. Estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, utilizando o método História de Vida. O cenário foi uma instituição pública federal de saúde situada no município do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram 11 mulheres que foram submetidas à laqueadura tubária nesta unidade. Para a coleta de dados foi realizada entrevista aberta, norteadas pela seguinte questão: “Fale-me sobre sua história de vida sexual após a realização da laqueadura tubária”. Para a análise dos dados foram utilizadas as dimensões individuais, sociais e programáticas da vulnerabilidade, que deram origem a uma categoria analítica: “Dimensões individual, social e programática - a vulnerabilidade de mulheres submetidas à laqueadura tubária para infecções sexualmente transmissíveis”. Depreende-se desta pesquisa que a educação sexual, nas unidades de saúde, deve ser integrada pelos serviços e pautada pelo compromisso e participação de todos. Conclui-se que o acesso e qualidade dos serviços de planejamento familiar e reprodutivo devem ser aprimorados de forma constante, incluindo-se, aqui, a investigação e avaliação da saúde sexual, independente do método contraceptivo escolhido.

Palavra Chave: Enfermagem. Saúde da Mulher. Sexualidade. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

This study has as its object the vulnerability to sexually transmitted infections (STIs) of women after tubal ligation. The aims are: to know the vulnerability to STIs of women who underwent tubal ligation through their life histories; and to analyze the vulnerability to STIs in a group of women who underwent tubal ligation. Vulnerability is the conjugation of a series of factors involving the individuals' characteristics and their family and affective relations, as well as the gender, class, race, access, and opportunity inequalities. This work is a descriptive-exploratory study, with a qualitative design, which uses the Life History method. The setting was a federal public health institution located in the city of Rio de Janeiro, Brazil. The subjects were eleven women who underwent tubal ligation in this unit. For data collection the open interview was carried out, driven by the following question: "Tell me about your sexual life history after tubal ligation." For data analysis the individual, social, and programmatic dimensions of vulnerability were used, which lead to the creation of an analytical category: "Individual, social, and programmatic dimensions – the vulnerability of women who underwent tubal ligation to sexually transmitted infections." One infers from this research that sexual education, in the health units, should be included to the services and ruled by the commitment and participation of everyone. One concludes that the access and quality of the family and reproductive planning services should be constantly improved, including, here, the investigation and evaluation of sexual life, regardless of the contraceptive method chosen.

Keyword: Nursing. Women`s Health. Sexuality. Vulnerability.

RESUMEN

Este estudio tiene por objeto la vulnerabilidad a las infecciones sexualmente transmisibles (ISTs) de las mujeres después de la ligadura de trompas. Los objetivos son: conocer la vulnerabilidad a las ISTs de mujeres que se sometieron a la ligadura de trompas por medio de sus historias de vida; y analizar la vulnerabilidad a las ISTs en un grupo de mujeres que se sometieron a la ligadura de trompas. La vulnerabilidad es la conjugación de una serie de factores que envuelven tanto las características de los individuos y sus relaciones familiares y afectivas como las desigualdades de género, clase, raza, accesos y oportunidades. Este trabajo es un estudio descriptivo-exploratorio, de naturaleza cualitativa, que utiliza el método Historia de Vida. El escenario fue una institución pública de salud federal ubicada en la ciudad de Rio de Janeiro, Brasil. Los sujetos fueron once mujeres que se sometieron a la ligadura de trompas en esa unidad. Para la recogida de datos fue realizada la entrevista abierta, orientada por la siguiente cuestión: “Habla acerca de tu historia de vida sexual después de la ligadura de trompas”. Para el análisis de los datos fueron utilizadas las dimensiones individuales, sociales y programáticas de la vulnerabilidad, que dieron origen a una categoría analítica: “Dimensiones individual, social y programática – la vulnerabilidad de mujeres que se sometieron a la ligadura de trompas a las infecciones sexualmente transmisibles”. Se infiere de esta investigación que la educación sexual, en las unidades de salud, debe ser integrada a los servicios y pautada por el compromiso y la participación de todos. Se concluye que el acceso y la calidad de los servicios de planificación familiar y reproductiva deben ser perfeccionados constantemente, se incluyendo, aquí, la investigación y evaluación de la salud sexual, independiente del método anticonceptivo escogido.

Palabra Clave: Enfermería. Salud de la mujer. Sexualidad. Vulnerabilidad.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BF	Bolsa Família
DST	Doenças Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papiloma vírus humano
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LT	Laqueadura tubária
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
Objeto de Estudo	13
Questão Norteadora	13
Objetivos	14
Relevância	14
1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA	19
1.1 A Saúde da Mulher e a Política Pública de Saúde Brasileira	19
1.2 As Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Saúde da Mulher Brasileira	22
1.3 O Planejamento Familiar no Brasil	23
1.4 Conceitos de Vulnerabilidade	29
2 ABORDAGEM METODOLÓGICA	33
2.1 Cenário do Estudo	36
2.2 Sujeitos do Estudo	37
2.3 Autorização do Estudo	42
2.4 Coleta de Dados	42
2.5 Análise dos Depoimentos	44
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
3.1 Dimensão Individual, Social e Programática: a vulnerabilidade de mulher submetidas à laqueadura tubária para infecções sexualmente transmissíveis ..	58
3.2 Dimensão Individual: vulnerabilidade e gênero	59
3.3 Dimensão Social: acesso à educação e informações de saúde	67
3.4 Dimensão Programática: vulnerabilidade e programas para a saúde da mulher	73
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	82

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados – Roteiro da entrevista	92
APÊNDICE C - Comunicação de mudança do Título da Pesquisa ao CEPIFF	93
ANEXO - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPIFF	94

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O interesse por esta pesquisa floresceu durante minha prática profissional como enfermeira obstétrica na área de saúde da mulher a partir do final da década de 90. Seu desenvolvimento deu-se, especificamente, nos grupos de planejamento familiar e no pré e pós-operatório imediato de cirurgias de laqueadura tubária. A prática em questão aconteceu em enfermaria de ginecologia.

Ao longo desses anos tive a oportunidade de trabalhar em mais de uma unidade de saúde com grupos de planejamento familiar e com mulheres de diferentes classes sociais, raças, culturas e modos de vida. Causou-me um desconforto permanente a não preocupação demonstrada pelas mulheres com a utilização da dupla proteção¹ e os motivos frequentemente alegados para assumir tal comportamento: a resistência do parceiro e o vínculo de confiança, além da descrença na importância do uso de preservativos. Este último, sabemos responsável pela vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Atualmente, participo das etapas dos grupos de contracepção em uma unidade pública federal de saúde materno-infantil, referência para risco materno e fetal. Minhas atividades vão da escuta individual às práticas educativas de grupo, incluindo o pré e pós-cirúrgico de laqueadura tubária, com mulheres que optaram por este método contraceptivo.

Ao longo de meu exercício profissional surgiram alguns questionamentos. Um deles diz respeito à existência ou não de um vínculo entre a contracepção definitiva e a vulnerabilidade para as infecções sexualmente transmissíveis. Afinal de contas, a partir dos relatos que ouvi no meu dia-a-dia, percebi o seguinte: mesmo após terem participado dos grupos educativos de saúde sexual e reprodutiva², as mulheres, aquelas que optam por métodos contraceptivos permanentes, entendem que não precisam mais se preocupar com a parte reprodutiva. E, por isso, se desvinculam do autocuidado com a dupla proteção.

Ao prestar cuidado diário a estas mulheres, identifiquei, a partir das suas falas e do diálogo com outras mulheres, que a realização da cirurgia de laqueadura tubária proporciona a

¹ Dupla proteção é “a prevenção simultânea das doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada”. (BRASIL, 2002, p. 8). É a proteção contra gravidez indesejada e outras infecções sexualmente transmissíveis. É forma de sexo seguro e requer concordância de ambos os parceiros. Pode ser praticada de várias maneiras, “dentre elas a associação entre preservativos femininos ou masculinos e esterilização feminina”. (BERER, 2007, p. 23-7).

² Obrigatórios desde a regulamentação do artigo 226, parágrafo 7º, da Constituição Federal pela Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, onde dispõe que, fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (BRASIL, 1996).

elas uma sensação de alívio, segurança e despreocupação com o uso do preservativo (método de barreira³). Essa constatação me inquieta, principalmente, em relação à saúde sexual dessas mulheres. É que, com a laqueadura, elas estão protegidas de uma concepção indesejada, mas continuam vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis.

O interesse pelo estudo aqui apresentado, assim, surgiu a partir dessa vivência profissional e da preocupação com estas mulheres - que optaram pelo método de laqueadura e a manutenção de sua saúde sexual. Na verdade, ainda existe resistência ao uso de preservativos masculinos e femininos que são prioritários na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. Ainda que muitas ações educativas tenham sido implementadas, essa resistência é expressa claramente pelos depoimentos das mulheres que participam dos grupos de planejamento familiar.

Percebo que, em nossa sociedade, existe uma cultura que não incentiva o uso do preservativo pelas mulheres. Assim é que atitudes e práticas femininas “socialmente aceitas”, numa sociedade patriarcal, não permitem a mulher duvidar do companheiro ou se colocar numa situação que possa trazer suspeita sobre seu comportamento sexual. Autores como Lowndes (1999) e Guerriero, Ayres e Hearst (2002) assinalam que as relações entre homens e mulheres, em um meio de desigualdades de gênero, colocam estas últimas na posição de grupo vulnerável para as infecções sexualmente transmissíveis. Silva e Vargens (2009) aprofundam a questão ao afirmarem que:

há uma complexidade ao definir a palavra gênero, pois se relaciona com o social e o subjetivo e exerce a influência em diversas situações. É a forma de apontar as construções sociais, na ideia de papéis diferentes para homens e mulheres. (SILVA; VARGENS, 2009, p.402).

Já com relação ao comportamento das mulheres em nossa sociedade, Parker e Galvão (1996) explicam que a vulnerabilidade da mulher em relação a AIDS se relaciona com fatores corriqueiros do dia a dia feminino, entre eles: a confiança no parceiro, a desigualdade social e econômica e a grande frequência das infecções sexualmente transmissíveis.

Por sua vez, o próprio poder público reconhece os entraves que dificultam o enfrentamento do problema. As políticas públicas de prevenção já identificam que as limitações de acesso à informação, aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento, aliadas aos aspectos socioculturais relacionados às desigualdades de gênero, constituem-se

³ “Métodos que colocam obstáculos mecânicos ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical”. (BRASIL, 2002, p. 38).

como os principais desafios para o enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS. (BRASIL, 2007).

No Brasil, o planejamento familiar e os métodos anticoncepcionais disponíveis, entre eles a laqueadura tubária, são direitos das mulheres garantidos por Lei. No entanto, o exercício desses direitos é prejudicado em face das limitações de conscientização e acesso aos métodos de barreira. E esses obstáculos incidem diretamente sobre a vulnerabilidade às IST.

Uma breve olhada no histórico-cultural das políticas públicas brasileiras deixa entrever que a mulher é subjugada naquilo que diz respeito aos aspectos reprodutivos. E não poderia ser diferente. Essa realidade é o reflexo de uma sociedade onde a mulher tem seus papéis definidos e restritos aos ditames do homem, da família e do espaço doméstico onde vive. É preciso ressaltar, no entanto, que sob o enfoque político, a realidade começa a mudar com a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. (BRASIL, 2009a).

A realidade atual, no entanto, ainda é envolta por uma série de preconceitos. O uso do preservativo em uma relação estável (ou entendida desta forma) poderia estar vinculado à promiscuidade ou desconfiança do parceiro. Nesta linha de raciocínio, exigir o seu uso seria pressupor que a mulher está rotulando a si mesma ou seu parceiro como praticantes de comportamentos não aprovados pela sociedade. Seria necessário, então, desvincular o uso do preservativo ao sexo extraconjugal, culturalmente imposto, e vinculá-lo aos cuidados necessários para a saúde, assim como é a escovação dentária diária.

Foram essas questões que me motivaram a estudar as mulheres que se submeteram à laqueadura tubária, retomaram suas atividades sexuais e ingressaram no grupo das vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis. Considerei este grupo, desta forma, como um universo diferenciado no que se refere à proteção da saúde sexual.

Objeto de Estudo

A vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis em mulheres após a laqueadura tubária.

Questão Norteadora

Baseado no exposto, foi elaborada a seguinte questão norteadora para o estudo:

- As mulheres que se submeteram ao método da laqueadura tubária se previnem das infecções sexualmente transmissíveis?

Objetivos

Para responder a questão norteadora foram elaborados os seguintes objetivos:

1. Conhecer a vulnerabilidade para as infecções sexualmente transmissíveis de mulheres que se submeteram a laqueadura tubária a partir de suas histórias de vida;
2. Analisar a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis em um grupo de mulheres submetidas à laqueadura tubária.

Relevância

A relevância desta investigação está diretamente ligada às altas taxas das IST, no Brasil e no mundo, principalmente entre as mulheres e suas relações de gênero e os fatores que propiciam essa vulnerabilidade. O aumento do número de casos de IST entre as mulheres, o número de procedimentos de laqueadura tubária realizados pelo sistema público de saúde e o direito da mulher em decidir sobre o próprio corpo, de forma segura e sexualmente saudável, traduzem a importância de estudos voltados para esta temática.

O conceito de vulnerabilidade passou a ser amplamente discutido na área de saúde a partir do início da década de 80, como uma possibilidade de interpretação à epidemia da AIDS. Este termo, portanto, expressa distintas perspectivas, dependendo de seu emprego.

Villela e Doretto (2006) afirmam que a vulnerabilidade pode ser vista como o produto da interação entre as características do indivíduo de cognição, afeto, psiquismo, estruturas sociais de desigualdade de gênero, classe e raça e como esses aspectos determinam acessos, oportunidades e produzem sentidos para o sujeito sobre ele mesmo e o mundo.

Uma pessoa pode tornar-se menos vulnerável se for capaz de reinterpretar criticamente mensagens sociais que a colocam em situações de desvantagem e pouca proteção. Sua vulnerabilidade, porém, pode aumentar se o indivíduo não tem oportunidades de ressignificar as mensagens emitidas no seu entorno (VILLELA; DORETTO, 2006). Fica claro, então, que os autores expressam suas preocupações com as questões de gênero e sua relação com vulnerabilidade.

Para Ayres (1996), o conceito de vulnerabilidade considera que todo e qualquer indivíduo está exposto ao HIV-AIDS e corre o risco de se contaminar. Nessa perspectiva, o autor considera que, além dos fatores epidemiológicos, outras variáveis, como as de natureza

biológica, social, político-institucionais e comportamentais, determinam as diferentes chances que uma pessoa tem de se contaminar. (AYRES, 1996)

As estratégias efetivas para combater o problema da vulnerabilidade e reduzir os riscos frente a ela podem ser elaboradas com o conhecimento destes fatores. Ainda de acordo com o mesmo autor, uma série de motivos contribui para a fragilidade do indivíduo diante das IST. Entre eles destacamos a falta e o manejo das informações, mitos e crenças em relação à sexualidade, fatores culturais associados à construção da sexualidade (controle social) e as relações de poder.

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) estimou a ocorrência no mundo de cerca de 340 milhões de casos novos de IST por ano. Nessa estimativa não estavam incluídos o herpes genital e o HPV.

A mesma Organização (OMS, 2011) estimou para 2011 a ocorrência de 448 milhões de novos casos de IST/ano em adultos de 15 a 49 anos. Fica demonstrado, assim, um aumento considerável de novos casos e a necessidade de estratégias para frear esta nova realidade. Em países em desenvolvimento, as IST e suas complicações se encontram entre as causas mais frequentes de uso do sistema de saúde. (OMS, 2011).

Já no que concerne ao Brasil, encontra-se a seguinte estimativa anual para as infecções de transmissão sexual na população sexualmente ativa: Sífilis: 937.000, Gonorréia: 1.541.800, Clamídia: 1.967.200, Herpes genital: 640.900 e HPV: 685.400. (BRASIL, 2010a). Estas estimativas já apontam para a necessidade de estudos específicos que envolvam grupos vulneráveis a estas doenças.

No Brasil, dados epidemiológicos demonstram que, nos últimos 20 anos, houve um aumento considerável da ocorrência de infecção por HIV, AIDS e outras IST em mulheres. A informação sobre casos notificados revela que, em 1985, a razão de casos de AIDS entre os sexos masculino e feminino era de 26,5 homens por mulher. Decorridas duas décadas, a realidade mudou da água para o vinho: em 2005, essa razão passou a ser de 1,5 casos em homens para cada caso em mulheres. (BRASIL, 2007). Estudar o comportamento sexual de mulheres e sua vulnerabilidade, portanto, é relevante para a enfermagem na estruturação e promoção de ações que contribuam não só com a saúde sexual, mas com a diminuição da razão de contaminação - tanto para mulheres quanto para homens, pois os dois grupos estão interligados nessas questões.

O aumento do número de casos de HIV na população feminina durante a última década (44% entre 1996 e 2005) preocupa autoridades, instituições especializadas e o movimento social organizado. Diante desse quadro, o Ministério da Saúde elaborou, em 2007,

o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST. A iniciativa tem como objetivo “o enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres brasileiras estejam mais suscetíveis à infecção pelo HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis.” (BRASIL, 2007, p. 5). O trecho do documento, abaixo reproduzido, explicita bem a intenção do programa:

Atuar na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis visa, sobretudo, reafirmar que a incorporação da perspectiva de gênero e a garantia dos direitos humanos de todas as pessoas são condições fundamentais para a redução das vulnerabilidades e da ocorrência de infecções provocadas por relações sexuais desprotegidas. (BRASIL, 2007, p.5).

A laqueadura tubária, sabemos, pode ser um dos fatores que contribuem para a vulnerabilidade, associada às questões de gênero. Daí a importância da inclusão das questões de gênero no estudo aqui desenvolvido. Não menos importante é investigar a vulnerabilidade das mulheres esterilizadas por laqueadura tubária diante das infecções sexualmente transmissíveis.

Vários fatores, além das características biológicas, contribuem para que a mulher esteja mais vulnerável a ter DST, como por exemplo: as relações desiguais entre homens e mulheres, a falta de oportunidade de falar sobre sexualidade e conhecer seu corpo, a dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro, e as condições econômico-culturais que podem limitar o acesso a serviços e informações adequadas. (BRASIL, 2007, p. 16).

Atualmente, a esterilização cirúrgica é embasada por lei. A mulher que se submete ao procedimento deve passar por um processo de abordagem educativa, que inclui inclusive a discussão das questões de gênero e saúde sexual.

Villela e Barbosa (1996) fizeram um estudo comparativo do comportamento sexual entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas. No trabalho em questão, eles citaram uma pesquisa realizada em Baltimore (USA), em 1992, que apontava que 78% das mulheres esterilizadas nunca usavam preservativos, em contraposição a 46% de mulheres não esterilizadas.

Estudos semelhantes apresentam resultados similares, sugerindo que a esterilização pode ser mais um fator relacionado à vulnerabilidade feminina ao HIV. Vargas (2007) cita a laqueadura como fator de não proteção da mulher. A razão é simples. Uma das mulheres entrevistadas em seu estudo disse que o método dificultaria ainda mais convencer o marido a utilizar o preservativo.

Já os dados epidemiológicos mais recentes demonstram que as mulheres mais vulneráveis são casadas, se declaram monogâmicas, tem baixa escolaridade, estão em situação

de pobreza e têm baixo acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2007). Esses dados indicam a necessidade de estudar o perfil das mulheres esterilizadas em relação à estabilidade conjugal, situação econômica, escolaridade e acesso aos serviços de saúde. Os dados trazem à tona ainda a correlação destes aspectos com a vulnerabilidade do grupo estudado.

Silva (2008) cita que “a maioria das mulheres com relacionamentos fixos fala apenas em prevenir a gravidez e só comenta sobre prevenção de DST/HIV quando são questionadas”. A autora menciona ainda que há certa restrição moral ao uso do preservativo entre os casais em conjugalidade devido à associação, ao longo da história, do uso destes contraceptivos com as relações extraconjugais. Entendo, assim, que a questão reprodutiva deve ser olhada à luz da relação de gênero, uma vez que a saúde sexual individual da mulher está intimamente relacionada com os aspectos culturais, sociais, econômicos, educacionais e de políticas públicas.

Todos os dados aqui apresentados levam à seguinte reflexão: as mulheres podem ser mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis após a laqueadura tubária e por isso é necessário intensificar a adoção de medidas preventivas para evitar o aumento do número de contaminações. Penso que o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde é fundamental, principalmente para os que trabalham diretamente com grupos de planejamento familiar. Conhecer os fatores responsáveis pela vulnerabilidade é meio caminho andado para adequar as práticas educativas e fazer com que elas sejam capazes de diminuir as chamadas vulnerabilidades.

O processo de produção de conhecimento neste estudo está fundamentado no conceito de exercício pleno da saúde sexual. Ao explorar os fatores sociais e culturais responsáveis pela vulnerabilidade das mulheres às IST/AIDS, o enfermeiro, em sua prática, principalmente nos grupos educativos, deve conhecer seus interlocutores e aparar as arestas necessárias para a redução de riscos. Quando os profissionais de saúde valorizam as histórias pessoais e com isso conhecem, num plano amplo, a gênese da vulnerabilidade, suas práticas contribuem no sentido de frear a cadeia de transmissão das IST/AIDS. Este estudo, portanto, servirá como fonte de conteúdo de uma temática construída à luz da percepção dos enfermeiros.

A complexidade da conexão entre sexualidade, cultura e vulnerabilidade na sociedade brasileira requer estudos cada vez mais aprofundados, sobretudo em se tratando de mulheres, grupo que vem se apresentando fragilizado a riscos relacionados à saúde sexual.

A família, a sociedade e a cultura dos indivíduos devem ser levadas necessariamente em consideração na construção do cuidado específico para a mulher e suas vulnerabilidades. São as suas necessidades e expectativas que devem ser consideradas.

Compreendendo as influências de elementos culturais presentes no contexto familiar, bem como o próprio comportamento sexual da mulher e identificando crenças, mitos e tabus sobre sexualidade e vulnerabilidade, teremos subsídios para desenvolver condutas de educação em saúde junto à mulher e sua família.

Sousa, Pinheiro e Barroso (2008) relatam que crenças, mitos e tabus surgem como resultado da interação entre a falta de informação e os valores culturais dos indivíduos ou comunidades a que pertencem. Por isso, a desinformação pode dificultar a busca de saúde ou sua manutenção. Sendo assim, é importante conhecer o contexto cultural, os valores, o modo de vida das mulheres que optaram e se submeteram a laqueadura tubária.

Esta investigação contribuirá com o desenvolvimento da enfermagem, com o compromisso de aperfeiçoar conhecimentos na área de IST/AIDS, auxiliando na prevenção de novas infecções em grupos mais vulneráveis. Nossa expectativa é que esse trabalho motive os profissionais da cadeia da saúde a promoverem ações destinadas a melhorar a saúde sexual das mulheres.

Este estudo se insere no Projeto de Pesquisa Cuidado Cultural à Saúde da Mulher Brasileira: tendências e desafios para a enfermagem. O trabalho integra também o Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança – NuPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

1 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

1.1 A Saúde da Mulher e a Política Pública de Saúde Brasileira

As reivindicações de saúde no Brasil surgiram em decorrência das transformações políticas e econômicas no Século XIX. A saúde, nos Séculos XVIII, XIX e início do Século XX, ainda não era tratada na esfera da intervenção estatal. A assistência à saúde era pautada pela filantropia e a prática liberal. Posteriormente, a saúde e suas questões aparecem nas reivindicações de movimentos organizados. E as organizações do setor de saúde começam, então, a ser aprofundadas a partir da década 30. (BRAVO, 2001).

Somente a partir do início do século XX, a Saúde da Mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde do nosso país. Essa incorporação, no entanto, aconteceu de forma parcial, não contemplando a totalidade das necessidades reais da mulher na saúde reprodutiva, planejamento familiar, prevenção do câncer cérvico-uterino e de mamas. Da mesma forma, questões relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis também foram ignoradas.

O Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) foi elaborado no final dos anos 60 pela Divisão de Saúde Materno-Infantil da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde do Ministério da Saúde. A iniciativa foi implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, sob recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e tinha, como estratégia, a intervenção a grupos de risco ou situação de vulnerabilidade. (COSTA, 1999). O resultado foi a segmentação da assistência à saúde e determinadas intervenções que, no contexto de então, não eram as mais necessárias para trabalhar as situações reais de saúde da mulher. Esta estratégia governamental restringia os cuidados de saúde da mulher ao seu ciclo gravídico-puerperal. A integralidade de saúde, considerando os diferentes aspectos de sua vida e suas reais necessidades de saúde, não foi contemplada de maneira adequada.

Sob influência da crise da Previdência Social e da demanda crescente de atenção de saúde, o Ministério da Saúde reformulou as diretrizes da assistência à saúde e a política nacional de saúde para o grupo materno-infantil, criando o PMI – Programa Materno-Infantil. (MERHY, 1997). Neste programa, implementado entre 1974/1975, já se pode perceber a preocupação com a saúde preventiva, mas ainda restrita a mulher no ciclo gravídico-puerperal. Na ocasião, a pasta levou em conta também a valorização de investimentos na área de atenção básica, da necessidade de reorganização dos serviços de saúde visando à assistência precoce e contínua, tanto na área preventiva quanto curativa.

De acordo com Coelho, Lucena e Silva (2000a), as políticas de assistência à saúde da mulher foram desenvolvidas de maneira mais adequada a partir de 1975, seis anos após recomendação da Organização Mundial de Saúde. À época criou-se o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PMI).

Coelho (2005) sustenta que:

o programa Materno-Infantil centrava sua atenção à saúde da mulher para que ela fosse capaz de gerar crianças saudáveis. As consultas às mulheres, enquanto puérperas tinham a intenção de trazer os recém-nascidos à consulta médica e o atendimento à criança no programa estendia-se até os 14 anos de idade. (COELHO, 2005, p. 670).

Percebemos que, apesar de mais desenvolvido, o PMI apenas contemplava a mulher no ciclo gravídico puerperal. O programa, assim, restringia seu raio de ação ao papel social da cuidadora do lar e de sua família. A integralidade de sua saúde não era devidamente assistida. Importava para a política pública de saúde apenas o papel de mãe. Dentro das estratégias do PMI constava um discreto planejamento familiar voltado para as mulheres com número elevado de filhos e com risco social. Coelho, Lucena e Silva (2000a) relatam que as mulheres recebiam informações de caráter educativo e eram persuadidas a se perceberem como principais responsáveis por seus problemas de saúde.

Desde a década de 60 as mulheres, inspiradas pelo clima de liberdade instaurado a partir da pílula anticoncepcional e do feminismo internacional, protagonizaram um movimento de ruptura do papel social a elas imposto: de mãe e cuidadora do lar. Passaram, assim, a construir a chamada cidadania feminina que florescia, a olhos vistos, com a presença crescente da mulher no mercado de trabalho e seu ingresso em cursos universitários. Este contexto gerou a demanda pelo controle da fecundidade e vivências sexuais desvinculadas da procriação. Os serviços de saúde, no entanto, ainda não estavam preparados para o atendimento destas necessidades.

Até o início da década de 80 a política governamental para a saúde da mulher era limitada ao papel biológico. Esse era o enfoque que prevalecia não só perante a sociedade, mas nas políticas de saúde que se limitavam a gravidez e ao parto. Cuidar da saúde da mulher significava assistir à gravidez e ao parto. (BRASIL, 2009a).

Neste contexto e diante das solicitações das mulheres, em 1983 o Ministério da Saúde criou o PAISM (Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher). A iniciativa era constituída por diretrizes e princípios destinados a orientar a assistência de saúde às mulheres nas diferentes faixas etárias, etnias e classes sociais. O programa tratava ainda das

necessidades epidemiologicamente detectáveis e de situações que envolvessem controle do risco à saúde e bem-estar da população feminina.

Uma ação do PAISM não podia ser executada em detrimento de outra. Costa (1999) diz que

o controle da fecundidade não deve acrescentar nenhum risco à saúde das mulheres. Isto deve ser garantido a partir da abordagem integral, do acompanhamento clínico e ginecológico, tanto na indicação como no segmento do uso de métodos contraceptivos. (COSTA, 1999).

O PAISM deve ser entendido e aplicado, desta forma, como a qualificação da saúde da população feminina de forma a gerar melhorias de assistência de saúde de forma integral e como direito de cidadania para as mulheres independentes de raça, cor ou religião. Deve contemplar também todos os aspectos de risco à saúde e ser aplicado pelos profissionais de saúde com este objetivo.

Apesar dos programas de saúde voltados especificamente para as mulheres, persiste o desafio do controle das infecções sexualmente transmissíveis, que se constituem em um grande problema de saúde pública, principalmente neste grupo. E o desafio é maior quando se trata de mulheres por causa das questões de gênero e implicações sociais.

Após avaliar as políticas anteriores de saúde voltadas para a mulher, o Ministério da Saúde, procurando preencher as lacunas anteriores e considerando as reivindicações dos movimentos sociais na luta pelos direitos humanos das mulheres na área da saúde, criou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – princípios e diretrizes (PNAISM).

A mais recente política nacional considerou situações em saúde como climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional. Entre as preocupações do programa constaram ainda saúde mental; doenças infecto-contagiosas, bem como, a atenção às mulheres rurais, portadoras de deficiências, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas. O PNAISM priorizou também a promoção conjunta da prevenção e controle das IST e infecção HIV/AIDS na população feminina, além do combate à feminização da epidemia. (BRASIL, 2007; FREITAS; VASCONCELOS; PINHEIRO, 2009).

Atualmente, o Ministério da Saúde busca a reorientação do modelo curativo para o modelo de priorização das ações básicas, com os Programas de Saúde da Família (PSF) e Programas de Agentes Comunitários (PACS). No âmbito desses programas estão contidas

propostas de incorporação das questões de gênero nas ações programáticas, ampliando os limites da área técnica da mulher, ainda que lentamente. (ARILHA, 2002).

1.2 As Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Saúde da Mulher Brasileira

De acordo com Lowndes (1999), as infecções sexualmente transmissíveis, antigamente conhecidas como doenças venéreas, são um grupo de infecções comuns e que podem trazer consequências graves. Como fazem parte do grupo dos agravos de saúde mais comuns, é daí que vem nossa grande preocupação e de outros profissionais de saúde. Afinal de contas, são infecções que podem trazer agravos, incluindo a morte, e atingem não só o indivíduo infectado, mas sua família e o resto da sociedade.

Cabe ressaltar que essas infecções são de prevenção simples, possível e acessível à população, já que estão incluídas no Sistema Único de Saúde. Este último, ainda que careça de melhorias na distribuição e no quantitativo, oferece preservativos masculinos e femininos, que são indispensáveis não apenas na lógica da anticoncepção, mas, principalmente, na prevenção das IST.

Ainda de acordo com Lowndes (1999), no Brasil, somente após o advento do vírus da imunodeficiência adquirida e da AIDS é que o controle das infecções sexualmente transmissíveis passou a ser prioritário.

As mulheres, no entanto, não se constituíam alvo primário de atenção nas políticas públicas brasileiras voltadas para a prevenção das IST. E a explicação é simples: estas políticas eram voltadas tão somente para o ciclo reprodutivo. Mas, com o advento da AIDS e a feminização da doença, o quadro começou a mudar.

A nova estimativa de ocorrência de casos de infecções sexualmente transmissíveis no mundo, por ano, pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) é de 448 milhões de novos casos. Nestes números não estão incluídas as infecções por Papiloma vírus (HPV) e herpes genital. (BRASIL, 2010b). Esses números, alarmantes, demonstram a importância do envolvimento da sociedade e dos profissionais de saúde em busca de estratégias para sua redução. É bom lembrar que as IST podem levar a internações e infecções secundárias. E que esta última provoca o afastamento dos trabalhadores do campo de trabalho, causando prejuízos materiais à sociedade e ao país.

No Brasil, infelizmente, existem poucas informações concretas sobre a magnitude dos problemas das DST. (LOWNDES, 1999). Entendo que a subnotificação, por exemplo, é um dos grandes entraves que dificultam a clarificação da real situação das infecções

sexualmente transmissíveis. Isso sem levar em conta a dimensão continental do nosso país e as grandes diferenças existentes entre a qualidade da assistência à saúde prestada de norte a sul. É bom considerar ainda a dificuldade de acesso, tanto da população, ao sistema de saúde, quanto dos profissionais, aos números exatos das doenças. Muito embora não obrigue as notificações em nível nacional, o Ministério da Saúde considera que estas informações são importantes para as ações locais de planejamento, organização e avaliação. (BRASIL, 2006). É por essa e por outras razões que não temos informações atualizadas dos números de infecções sexualmente transmissíveis. Infelizmente, dispomos apenas de estimativas.

Como nossos números de controle de infecções sexualmente transmissíveis não são precisos, podemos, como parâmetro de importância de sua prevenção, analisar a situação do câncer de colo de útero. A doença vem a ser o segundo câncer que mais atinge as mulheres em nosso país. Sabe-se também que certos tipos de HPV, de transmissão sexual, são responsáveis pela maioria dos casos da doença (tipos 16, 18, 31 e 45). (BRASIL, 2010c).

A partir deste exemplo isolado, de uma doença provocada por uma infecção sexualmente transmissível, responsável por sofrimento e morte, é possível dimensionar a importância de ações de prevenção das IST. São elas que irão proteger as mulheres com perfil semelhante aos sujeitos deste estudo. O outro dado importante deste trabalho mostra como a vulnerabilidade feminina aumentou após a feminização da AIDS.

1.3 O Planejamento Familiar no Brasil

Área de fundamental importância para a saúde da mulher, o planejamento familiar, reivindicado por grupos organizados de mulheres, foi implantado pelo Sistema Único de Saúde. O tema, na verdade, é uma grande oportunidade para que o profissional de saúde e a mulher se aproximem para discutir os diversos aspectos possíveis em saúde sexual e reprodutiva.

Para Piovesan (1998), os direitos sexuais e reprodutivos são compreendidos como os direitos básicos ao livre exercício da sexualidade e reprodução humana, dispostos no universo dos direitos civis e políticos, econômicos, sociais e culturais. Já na concepção de Côrrea, Jannuzi e Alves (2003), esses conceitos são modernos e, desenvolvidos recentemente como parte integrante da temática mais ampla dos direitos humanos, representam uma conquista histórica para toda sociedade. Para as mulheres, sustentam estes autores, essas categorias têm um significado especial, pois representam o resultado da luta pela cidadania e pela sua própria inserção no contexto dos direitos humanos.

É importante observar, ainda, que nos primórdios dos estudos demográficos, os direitos individuais não eram preocupações incorporadas na análise do “problema populacional”. Os números agregados da população sobrepunham-se e impunham-se aos desejos e direitos dos indivíduos e casais. Ademais, as questões sexuais e reprodutivas estavam confinadas ao mundo doméstico e privado, não sendo objetos de políticas públicas. (CÔRREA; JANNUZI; ALVES, 2003).

Por outro lado, o movimento feminista sempre colocou, como ponto fundamental, a luta pela autonomia das mulheres, o que implica em um projeto de existência abarcando as diversas esferas da vida, especialmente nos campos da sexualidade e da reprodução. O direito de escolha e a liberdade de decisão nos assuntos sexuais e reprodutivos são pontos centrais que sempre orientaram as ações e demandas do movimento feminista no Brasil e no mundo. Assim foi que as questões relativas à saúde integral da mulher e à saúde sexual e reprodutiva ganharam relevância, incluindo-se, aqui, o acesso à contracepção e ao aborto seguro. Historicamente, as reivindicações pelos direitos sexuais e reprodutivos têm funcionado como um catalisador para a ampliação de outros direitos. (CÔRREA; JANNUZI; ALVES, 2003).

O Programa de Planejamento Familiar foi um dos instrumentos de educação primordial na prevenção primária de saúde. Por meio de estratégias individuais e coletivas utilizadas pelos profissionais de saúde, o PPF passou a orientar os usuários, oferecendo-lhes informações necessárias para a escolha e uso efetivo dos métodos contraceptivos que melhor se adaptassem às condições atuais de saúde. Compreendido como um direito básico de cidadania e que deve ser tratado dentro do contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, o Programa de Planejamento Familiar garante ao indivíduo a possibilidade de regular a fecundidade e decidir livre e responsavelmente por ter ou não filhos, quando tê-los, acesso à informação, educação e serviços de planejamento familiar. O programa, assim, garante o exercício pleno da sexualidade, inclusive com tratamento da infertilidade. (BRASIL, 2002).

No início da década de 80, grupos organizados por mulheres insistiam que nos programas de saúde fossem incluídos componentes de educação sexual, e de saúde como um todo, além do direito a procriação, sexualidade e saúde, planejamento familiar, descriminalização do aborto, democratização da educação para a saúde e outras medidas pertinentes a esfera pública. (LEITE; PAES, 2009). Vale lembrar que reprodução e sexualidade vieram a ser separadas a partir de 1967, no Brasil, com o advento dos métodos contraceptivos modernos, entre eles o da pílula anticoncepcional. (TORRES; BESERRA; BARROSO, 2007). Sendo assim, as mulheres alcançaram a oportunidade de controlar sua

sexualidade em relação à reprodução, podendo exercê-la livremente, carecendo apenas de orientação para manutenção de saúde.

O Planejamento Familiar no Brasil está legalizado e explicitado na Constituição Federal de 1988, nossa Carta Magna, no artigo 226, parágrafo 7º. O instituto é regulado pela Lei número 9.263, de 12 de janeiro de 1996. (BRASIL, 1996a) Nestas normas jurídicas estão definidas as regras de assistência e direito dos cidadãos ao planejamento familiar, não só em relação à concepção, mas à contracepção, incluindo-se ainda as questões de infertilidade.

O Planejamento familiar faz parte do elenco de ações preconizadas pelo PAISM de 1983, assim como as ações educativas, preventivas, de diagnóstico e tratamento das IST. Ele integra o conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, na visão preconizada do atendimento global e integral à saúde. Não se restringe ao aspecto reprodutivo, mas a várias necessidades de saúde da mulher, do homem, da família, da sociedade e do Estado.

Entendo, assim, que o planejamento familiar deve fazer parte da promoção da autonomia do homem e da mulher - resultando na saudável melhoria de suas condições de vida e saúde. Seja nos aspectos de gênero, seja nos aspectos reprodutivos. Por isso, entendo ainda que o termo “planejamento familiar”, nos documentos oficiais de saúde pública poderia ser substituído por “saúde sexual e planejamento reprodutivo”. Essa simples troca ampliaria sua abrangência no contexto da promoção de saúde e cidadania.

Em 1997, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1.442, incluiu a laqueadura tubária e a vasectomia, no grupo de procedimentos cirúrgicos contraceptivos do Sistema Único de Saúde.

De acordo com a Lei, a laqueadura tubária e a vasectomia são permitidas, de forma voluntária, nas seguintes situações: homens ou mulheres, com idade acima de 25 anos, mesmo sem filhos, e homens e mulheres com capacidade civil plena, com pelo menos dois filhos nascidos vivos, ou em casos de risco de vida materno ou do futuro concepto, testemunhado por dois médicos, ou iteratividade (duas ou mais cesáreas). Deve ser observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. Neste período, o acesso a serviço de regulação de fertilidade, incluindo aconselhamento, também deve ser prestado pela equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

O registro da manifestação da vontade é condição para que se realize a esterilização. O interessado deve ser informado, de forma clara, sobre os riscos e as dificuldades de reversão do método. A esterilização no momento do parto só é permitida caso seja comprovada a iteratividade (duas ou mais cesarianas anteriores). (BRASIL, 1996a).

A legislação dispõe ainda que se houver sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento de ambos os cônjuges.

Durante o período de aconselhamento deve ser destacada a necessidade de utilização de dupla proteção, mesmo após a esterilização, mostrando a importância das camisinhas femininas e masculinas como proteção para contaminação das IST. (BRASIL, 2002).

Sobre os métodos contraceptivos encontramos, nas bases de dados do Ministério da Saúde, os números dos mais recentes estudos realizados em nível nacional. O levantamento que consideramos mais interessante foi a PNDS 2006 (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher), que é uma pesquisa domiciliar de representatividade nacional das cinco macrorregiões brasileiras, urbanas e rurais. (BRASIL, 2009b). Essa pesquisa é de grande valia para conhecermos vários perfis de interesse para este estudo.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS-2006 (BRASIL, 2009b), a maioria das mulheres que viviam em alguma forma de união usava algum tipo de método anticoncepcional. Entre eles, a esterilização feminina era o método mais utilizado. A pesquisa mostrou ainda que havia em curso um aumento do uso de preservativos e declínio da opção por esterilização cirúrgica como método. Essa mudança surge provavelmente após a criação da lei do planejamento familiar. (BRASIL, 1996a). É que este texto legal foi rigoroso no tocante à utilização de métodos contraceptivos cirúrgicos. Outra motivação foi o temor causado pela AIDS.

Esta redução da utilização de métodos contraceptivos cirúrgicos pode ter sido provocada também pela maior conscientização quanto aos inconvenientes da adoção dos métodos definitivos. Terá contribuído ainda a fixação de critérios mais rigorosos para a adoção destes procedimentos.

Hoje, tanto nas unidades do SUS quanto nas privadas, para que a mulher seja submetida à laqueadura tubária, como método de escolha, é necessário que ela, acompanhada ou não de seu companheiro, participe das etapas do planejamento familiar. Esse pré-requisito inclui a escuta individual, os grupos educativos de saúde sexual e reprodutiva e consulta médica. É necessário que ela compreenda e assine um termo de manifestação da vontade e confirmação se é de sua livre vontade se submeter ao método cirúrgico. O documento deve estar datado e assinado com, no mínimo, 60 dias anteriores a da data prevista para a realização do ato cirúrgico.

Ao longo do chamado processo educativo e de aconselhamento, a mulher deve ter a oportunidade de se manifestar livremente e de tirar todas as suas dúvidas sobre as implicações

relacionadas ao tema. Os grupos de estudo devem, por sua vez, abordar as questões de gênero, saúde sexual e reprodutiva, além dos prós e contras de cada método contraceptivo disponível.

Além destas estratégias de conscientização da mulher e de seu companheiro, outros fatores podem estar contribuindo para a mudança do perfil do universo feminino quando o tema é a adoção de métodos contraceptivos cirúrgicos. Um deles é a dificuldade que a maioria da população tem para acessar as redes de saúde, principalmente, as especializadas. A combinação destes fatores pode, portanto, estar motivando o declínio do número de mulheres que estão optando pelo método.

Uma pesquisa de follow-up aplicada em seis grandes capitais do Brasil, mostrou que as mulheres encontram grandes dificuldades para se submeterem a procedimentos de LT pelo SUS. Os motivos alegados são dificuldade de acesso para solicitar o procedimento, ausência de médicos, má vontade e burocracias do SUS. As usuárias assinalam ainda o não respeito aos critérios de idade ou número de filhos nascidos vivos, o fato de serem, algumas, solteiras e, assim, não terem quem assine, e até casos de médicos que alegam arrependimento e outros cobrando “extra” para a cirurgia. (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2003).

Acreditamos que o número de unidades do SUS que disponibiliza a cirurgia de laqueadura tubária e o preparo dos profissionais ainda não é o ideal para atender a todas as mulheres que optam pelo método em nosso país.

Em contrapartida, a PNDS 2006 mostra que ocorreu um aumento significativo de mulheres que optaram por métodos contraceptivos como meio de evitar gravidez indesejada. (BRASIL, 2009a). Apesar de todas as questões de gênero retrógradas construídas pela sociedade ao longo de décadas - e que ainda colocam a mulher em uma posição de submissão - a mudança de comportamento demonstra que elas hoje estão mais conscientes de seus direitos, notadamente os reprodutivos.

Outro dado interessante demonstrado no PNDS 2006 foi o aumento do uso da camisinha, principalmente entre os jovens.

As mudanças da anticoncepção ocorridas no Brasil entre 1996 e 2006 foram analisadas. Aumentou o uso de métodos anticoncepcionais, como a pílula, a esterilização masculina e a camisinha, enquanto a esterilização feminina, que era o método mais utilizado em 1996, diminuiu no período mais recente. (BRASIL, 2009a).

Ainda de acordo com a PNDS-2006, das 3.705 mulheres entrevistadas e esterilizadas, 91,67 % delas não utilizaram preservativos na última relação sexual. Foram consideradas na análise mulheres esterilizadas há mais de um ano. O percentual das esterilizadas que utilizaram camisinha na última relação, apesar de baixo, deve ser

considerado, pois 8,3% utilizavam a dupla proteção à época da pesquisa. Seria necessária, então, a avaliação dos fatores que estimulam ou conscientizam a manutenção do uso.

Apesar do aumento do número de mulheres que buscam métodos para evitar gravidez indesejada e o aumento do número de mulheres e jovens que adotaram a camisinha como método, a pesquisa demonstra que mulheres esterilizadas não utilizaram a dupla proteção na última relação sexual. Este grupo, então, está vulnerável às infecções sexuais porque não usa a dupla proteção. Sobre estas mulheres, não podemos afirmar se tiveram a oportunidade de passar pelos grupos de planejamento familiar, pois a pesquisa não abrange a época em que se submeteram à laqueadura. Estes grupos servem, hoje, de estratégia de conscientização da importância da dupla proteção e da utilização da camisinha na redução de riscos à saúde. Sublinhamos inclusive que a reunião de usuárias é obrigatória e foi regulamentada a partir de 1996.

O planejamento familiar, sabemos, é de fundamental importância para a saúde da mulher, considerando-se aqui a concepção e a contracepção, e constitui um momento de suma importância para a implementação de estratégias de aconselhamento voltadas para a proteção das infecções sexualmente transmissíveis, destacando-se, aqui, a importância da educação em saúde. Vem a ser também uma excelente ocasião para o profissional de saúde trabalhar, tanto com a mulher como com o seu companheiro ou família, as questões biológicas, de sexualidade, gênero e violência sexual - que a colocam no grupo mais vulnerável às IST e propor medidas de proteção eficazes.

As mulheres são mais suscetíveis à infecção por DST, tanto por fatores sociais como por fatores biológicos, e pela interação destes dois tipos: pelas diferenças na genitália masculina e feminina, pela falta de métodos de prevenção controláveis pela mulher, pela passividade e desconhecimento esperados da mulher no que diz respeito à sexualidade; pela falta de poder de barganha nas relações sexuais, pela violência sexual que é praticada contra a mulher em larga escala, e pela aceitação social e ocultamento da infidelidade masculina. (LONWDES; GIFFIN, 1995, p. 4).

Nossa realidade atual é um tanto ou quanto contraditória. Embora já exista a camisinha feminina, - método controlado pela mulher de proteção às IST - sua utilização ainda não é muito aceita pelo universo feminino, seja pela dificuldade de acesso a este preservativo nas unidades de saúde, seja pela pouca orientação relacionada a seu uso. Aqui, mais uma vez, esbarramos nos entraves de acesso ao sistema de saúde.

Finalizando, é importante ressaltar que a esterilização voluntária feminina é um direito assegurado pela Constituição Brasileira e regulamentado por Lei. O procedimento, portanto, deve ser oferecido na rede pública de saúde como opção de método de Planejamento Familiar. Todavia, convém lembrar que um dos motivos apontados em várias pesquisas, como

fator de arrependimento, é a realização da laqueadura em idade muito precoce. Por outro lado, na raiz deste fato pode estar uma questão subjacente, que é a vulnerabilidade de gênero.

1.4 Conceitos de Vulnerabilidade

O aumento da ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis, principalmente a feminização da AIDS, preocupa não só a população, mas os profissionais da saúde, estudiosos da área e o governo. Este último vem tentando conter o avanço da epidemia com políticas públicas modernamente elaboradas. Essas iniciativas, no entanto, ainda não atingiram o objetivo de frear as IST, principalmente a AIDS.

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2006, o número de mulheres infectadas pela AIDS se aproximava do número de homens infectados. O dado demonstra que a mulher se tornou mais suscetível e, por isso, necessita da atenção diferenciada na questão da saúde sexual. De acordo com Ayres (1996),

a noção de vulnerabilidade busca estabelecer uma síntese conceitual e prática das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais associadas a diferentes suscetibilidades de indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações. (AYRES, 1996, p. 5).

Ayres et al (1999) reelaboraram o conceito de vulnerabilidade levando em conta as condições sociais, culturais e psicoemocionais que tornam as pessoas menos capazes de se defender de um problema que obstaculiza sua busca pela felicidade.

Ao refletir sobre a vulnerabilidade das mulheres diante das IST devemos necessariamente, então, considerar as questões de gênero, as desigualdades sociais e as próprias questões biológicas que relegam ao sexo feminino o lado fraco e mais fragilizado na relação homem-mulher. Se elas estão mais vulneráveis às IST podemos concluir que estão se protegendo menos ou não estão se protegendo nas relações sexuais, fazendo parte de um grupo mais suscetível.

Xavier (2001) entende que

por causa da feminização da epidemia da AIDS, novas questões, no cenário desta epidemia, passaram a exigir novas abordagens que contemplem as relações de gênero e sexualidade no contexto do processo saúde-doença da mulher. (XAVIER, 2001, p. 20).

Entre os temas que devem ser revistos destacamos aqui os aspectos que contribuem para as ligações entre IST e AIDS. A saber, a infidelidade masculina, a posição da mulher na

relação de gênero, o exercício da sexualidade, a saúde da mulher e o atendimento à mulher prestado pelos profissionais de saúde.

Por isso, novas abordagens, estratégias e concepções para tratar do assunto infecções transmitidas sexualmente devem ser construídas e implementadas pelos profissionais de saúde que atuam com a saúde da mulher.

Segundo Guareschi et al (2007), o conceito de vulnerabilidade foi utilizado, a princípio, como ferramenta de trabalho na área dos direitos humanos e, posteriormente, na saúde com trabalhos realizados sobre o tema AIDS na Escola de Saúde Pública de Harvard.

Na Conferência Internacional de AIDS realizada em Vancouver, no Canadá, em 1990, foi abordada a possibilidade de toda e qualquer pessoa se expor ao HIV e suas consequências a partir de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos e contextuais. Durante o encontro, assim, foi proposto o conceito de vulnerabilidade constituído pelos componentes individual, social e programático. (VARGAS, 2007).

Aquilo que chamamos de vulnerabilidade é entendido por Guilhem (2005) da seguinte maneira:

Trata-se da situação resultante de uma conjunção de fatores individuais (biológicos, cognitivos e comportamentais), programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, bem como vontade política), sociais (relacionados às questões econômicas e sociais) e culturais (submissão a padrões e crenças morais, hierarquias, relações de poder, questões de gênero), interdependentemente e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de susceptibilidade de indivíduos e grupos em relação a questões de saúde. (GUILHEM, 2005, p. 63-4).

Silva (2008) nas considerações finais de sua pesquisa, que trabalhou com mulheres em união estável, concluiu que:

as mulheres, ao descreverem suas percepções sobre o relacionamento estável, deixaram claro que esta relação foi construída nos diferentes papéis de gênero e hierarquização da relação afetivo-sexual, dentro de uma sociedade supostamente monogâmica. Isto pode colaborar para que não haja comportamentos preventivos adequados contra DST/AIDS, aumentando sua vulnerabilidade. [...] é necessária uma abordagem urgente, das políticas de prevenção de DST/AIDS, sobre o segmento heterossexual. Essas iniciativas é que vão permitir escolhas mais conscientes na adoção de comportamentos protetores. (SILVA, 2008, p. 74).

As mulheres provavelmente são mais vulneráveis e mais expostas aos riscos de contaminação por infecções sexualmente transmissíveis. Isso acontece principalmente por causa das questões de submissão de gênero, aliadas às questões biológicas. Mesmo aquelas beneficiadas pelas estratégias de conscientização – destinadas a diminuir o risco sua consequente vulnerabilidade - ainda não conseguiram quebrar os elos desta corrente prisional.

Cabe a nós - enfermeiros e demais profissionais da cadeia de saúde - dar ouvidos e voz às mulheres. E buscar soluções conjuntas que venham ao encontro da real necessidade social destas.

As estratégias de redução de vulnerabilidades, e conseqüentemente de riscos, necessitam de reconfigurações - tanto no plano individual quanto no social. Espera-se que a uma mulher - que passou pelo novo processo de planejamento familiar - seja capaz de identificar os fatores de risco para IST e seus meios de prevenção. Aqui, no entanto, esbarramos no fato de que estas mulheres estão vinculadas a uma relação afetivo-sexual, leia-se probabilidade maior de submissão de gênero em nosso tipo de sociedade, patriarcal.

A respeito, Mann, Tarantola e Netter (1993) descrevem da seguinte forma as diversas vulnerabilidades:

- Individual: informação dos indivíduos sobre o problema, a capacidade de entender essas informações e incorporá-las em suas preocupações cotidianas.
- Social: compreende o acesso às informações, a possibilidade de entendê-las e incorporá-las a mudanças de práticas relacionadas não só à condução da prevenção, mas à promoção da saúde de uma população.
- Programática: É o grau e qualidade do compromisso, recursos, gerenciamento e monitoramento de programas nacionais, regionais e locais de prevenção de riscos. (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993).

Traduzindo esses conceitos de vulnerabilidades para a individualidade da mulher nos deparamos com a seguinte realidade: a de que a mulher só poderá cuidar de si a partir das informações que a façam entender suas vulnerabilidades. Esbarramos aqui, claramente, com as questões de gênero e relações de poder e a submissão que ao longo dos anos vêm cerceando a mulher.

Já no segmento social a mulher tem como principais vulnerabilidades o acesso aos meios de comunicação, poder de decisão, barreiras culturais, escolarização mais baixa que de outros seguimentos da sociedade e ser considerada mais frágil nas relações sociais.

No segmento programático o sexo feminino é dependente das instituições porque tem menos poder de negociação e decisão. Cabe ressaltar que a esfera pública ainda se mostra tímida no desenvolvimento de políticas públicas eficazes de proteção às mulheres.

Infelizmente, no mundo ainda existe a constatação de mulheres que nunca viram ou ouviram falar sobre preservativos. (BRASIL, 2007).

Para minimizar os riscos⁴ e a conseqüente vulnerabilidade às IST, é necessário que homem, mulher e a sociedade tomem para si escolhas responsáveis. E que, no nosso caso, a

⁴ Risco, no conceito de Almeida Filho (2000, p. 112) é “equivalente a possibilidade de perigo ou ameaça e como possibilidade de ocorrência qualquer”.

mulher atinja sua autonomia de forma plena e eficaz no âmbito sexual, que, por sua vez, está intimamente relacionado à questão de gênero.

2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de natureza qualitativa, cujo método utilizado para a coleta de dados é o da História de Vida.

Para Minayo (1998), o ser humano é extremamente dinâmico e complexo, de forma que sua realidade social é dotada de uma imensa gama de significados.

Gil (1991) define o estudo exploratório como uma técnica que trabalha com temas pouco explorados e ao mesmo tempo aproxima estas temáticas. Já Marconi e Lakatos (2009) veem o estudo exploratório como um método baseado em conhecimentos anteriores e emprega todos os meios para obter a maior exatidão na observação, registro e comprovação dos dados.

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Já a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. Para Gil (2008, p. 41-2), ela envolve o levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e a análise de exemplos que "estimulem a compreensão."

Portanto, as pesquisas descritivas são, junto com as exploratórias, o método que os pesquisadores sociais utilizam com frequência para investigar a atuação prática.

O ser humano não se distingue só pelo agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. (MINAYO, 2008a).

De acordo com Minayo (2006, p. 34), um estudo de abordagem qualitativa trata de temas da realidade não quantificáveis, trabalhando com "o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes".

É por isso que a pesquisa qualitativa é condição necessária para compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos, Assim como entender as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como no dos movimentos sociais. E avaliar as políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista de sua formulação e aplicação técnica, quanto dos usuários a quem se destina. (MINAYO, 2006).

Para viabilizar o objetivo desta dissertação, de natureza qualitativa, foi utilizado o método da História de Vida. A escolha dessa ferramenta se deve às características do objeto

em questão: a vulnerabilidade das mulheres diante das infecções sexualmente transmissíveis após a laqueadura tubária.

Denzin e Lincoln (2006) definem com clareza esta metodologia:

O propósito da investigação da história de vida é revelar como as pessoas comuns dão sentido às suas vidas, dentro dos limites que lhes são concebidos. O problema mais importante da pesquisa de uma história de vida é o da investigação de como as pessoas vivem o ciclo de acontecimentos chamado tempo de vida, e o fazem imprimindo a própria marca ou assinatura. (DENZIN; LINCOLN, 2006, p.42).

Outros autores também destacam a eficácia deste método investigativo. Santos e Santos (2009), por exemplo, entendem que uma História de Vida é a essência do que tenha acontecido a uma pessoa. E o mais importante é que a história de vida seja contada no formato e estilo que sejam mais confortáveis ao narrador.

Já Bertaux (1980, p. 1) diz que “o relato de vida resulta de uma forma particular de entrevista”. A chamada entrevista narrativa. Trata-se da coleta de dados durante a qual um pesquisador pede a uma pessoa, denominada “sujeito”, que lhe conte toda ou parte de sua experiência vivida. Para Bertaux (2010, p. 47) “contar é essencial: significa que a produção discursiva do sujeito tomou a forma narrativa”. E a narrativa de vida, assim, conta a história de uma vida.

Santos e Santos são um dos autores que mais se estenderam sobre o tema. Por isso, reproduzimos aqui trechos de sua obra. De acordo com elas, o método de História de Vida utiliza-se das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas. E busca, assim, conhecer as informações contidas na vida pessoal de um ou mais informantes, fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema. “Dá-se ao sujeito liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador.” (SANTOS, I.; SANTOS, R., 2009).

Na opinião destas autoras, a História de Vida é uma narrativa completa, agradável, de toda a experiência de vida como um todo, focalizando os mais importantes aspectos. E cada história de vida conterà uma visão de mundo pessoal, uma filosofia própria e sistemas de valores pessoais. (SANTOS, I.; SANTOS, R. 2009).

Utilizando o método de História de Vida, garante elas, é possível ouvir sobre trajetórias pessoais e sua importância no âmbito das relações humanas. Busca-se, na verdade, conhecer informações da vida pessoal de cada entrevistada e a riqueza de detalhes no alcance dos objetivos desta pesquisa.

Outro aspecto destacado pelas autoras diz respeito às várias maneiras de se conhecer uma realidade, seja informalmente, seja com a finalidade de se realizar uma investigação

científica. O caminho simples e eficaz para se alcançar este objetivo, explicam Glat et al (2004), é ouvir o que os indivíduos vivenciaram em uma determinada situação e o que eles têm para falar sobre o ocorrido. “Pelo método de História de Vida é possível conhecer a essência da história de vida do sujeito a partir de sua própria narrativa”. (GLAT et al, 2004).

Cabe ressaltar, aqui, que as mulheres entrevistadas tiveram total liberdade para dissertar sobre as suas experiências pessoais em relação ao que indagamos sobre o tema. Desta maneira, procuramos obter um conteúdo o mais próximo possível da realidade, o que foi precioso para nosso estudo.

Este método, aliás, foi escolhido porque proporcionou às mulheres a oportunidade de contar suas histórias. De acordo com Barreto (2008):

Contar histórias é uma forma fundamental da comunicação humana. Pode servir como uma função essencial em nossas vidas. Nós sempre pensamos na forma da história, falamos na forma da história e trazemos significados às nossas vidas, através da história. Contar histórias, na sua forma mais comum de todos os dias, é contar uma narrativa por conta de um evento, uma experiência, ou outro qualquer acontecimento. Nós podemos falar desses acontecimentos porque nós sabemos o que aconteceu. Isto é o conhecimento básico de um evento que permite e nos inspira a falar sobre ele. (BARRETO, 2008, p. 32).

Chizzotti (1991) relata que a História de Vida,

desenvolvida por Znaniescki, na Polônia, foi preterida pelas técnicas quantitativas e proscrita dos meios de pesquisa. A partir dos anos 60, a história de vida procura superar o subjetivismo impressionista e formular o estatuto epistemológico, além de estabelecer as estratégias de análise do vivido e constituir-se em método de coleta de dados do homem concreto. No contexto da pesquisa, ela tende a romper com a ideologia da biografia modelar de outras vidas para trabalhar os pessoais no contexto das relações sociais. (CHIZZOTTI, 1991, p. 96).

As recorrentes Santos e Santos (2009, p. 50) relatam que “o uso do método de História de Vida como meio de pesquisa está em uma evolução crescente”. Foi introduzido no meio acadêmico, em 1920, pela Escola de Chicago. E vários autores vêm utilizando este método para reproduzir situações do passado com relevância para o presente. Santos e Glat (1999) relatam que a história de vida é a forma como o indivíduo reproduz aqueles aspectos do seu passado que considera relevantes para a situação do presente.

Bertaux (2005) diz que o verbo contar, na história de vida, é indispensável, pois significa que a elaboração discursiva do sujeito assume a forma narrativa. O sujeito, no caso, conta a outra pessoa, pesquisadora ou não, um episódio de sua experiência de vida. “E o pesquisador deve respeitar as particularidades do sujeito, sob qualquer circunstância, inclusive a vontade de guardar algo para si mesmo”.

Interessante registrar que a expressão “narrativa de vida” foi introduzida na França há mais de 20 anos por Bertaux (2010). Para ele, existe narrativa de vida desde que ocorra descrição de um fragmento de vida sob a forma narrativa.

Anteriormente, o termo utilizado era o do sociólogo americano Denzin *Life history*. Este termo tinha o inconveniente de não distinguir convenientemente a narrativa que uma pessoa poderia fazer, de sua vida, da história de vida narrada por outra pessoa. (BERTAUX, 1980).

Nas narrativas de vida, o pesquisador pede ao sujeito que lhe conte parte de sua experiência vivida, num discurso narrativo de quem se esforça para contar uma história real. Este relato permite a comparação das semelhanças e diferenças. E as experiências e visões, sabemos, podem ser diferentes da mesma realidade vivida. (BERTAUX, 2010).

No estudo aqui apresentado utilizamos as narrativas das Histórias de Vida, com dados coletados diretamente das mulheres de interesse para o estudo, enquanto fonte de informação de narrativa de vida. Consultamos, também, prontuário médico e registros dos livros e fichas próprias do acervo do ambulatório de Planejamento Familiar, com o intuito de aprofundar e entender a vida das mulheres que optaram pelo método contraceptivo de laqueadura tubária e seu contexto em relação à saúde sexual.

Respeitamos a mulher durante todas as fases da pesquisa, seus silêncios, suas falas, seus olhares. Permitimos a livre expressão da forma que melhor exprimisse sua vivência. Percebemos, assim, a necessidade de, em pesquisa, ouvir o sujeito e desta forma conhecer o que ele pensa e o que ele precisa para seu melhor cuidado. O método de História de Vida permitiu ao pesquisador enfermeiro essa aproximação com a clientela e a busca de um cuidado pedido e discutido pelo sujeito. Dessa maneira, em nosso caso, conseguimos alcançar um cuidado mais próximo do ideal.

2.1 Cenário do Estudo

O cenário foi uma unidade de saúde pública federal, localizada na cidade do Rio de Janeiro, que trabalha com grupos educativos de planejamento familiar e que disponibiliza a cirurgia de esterilização cirúrgica (laqueadura tubária) na própria unidade. O fluxo de atendimento se dá por demanda espontânea, é referenciada de outros serviços de saúde e também dos serviços internos como pré-natal, pós-natal, pediatria e genética.

Minayo (1998) fundamenta a escolha afirmando que o campo de estudo deve se identificar amplamente com o tema em questão para que se possa estabelecer um diálogo rico com a realidade.

Esta instituição de saúde escolhida foi importante para a realização deste estudo porque tem o planejamento familiar constituído das seguintes etapas: escuta individual, grupos educativos, consulta para adesão ao método escolhido e a realização do procedimento de laqueadura tubária na própria instituição. Os procedimentos ali realizados, assim, cumprem e respeitam todas as etapas exigidas pela Lei nº 9.263. (BRASIL, 1996a).

2.2 Sujeitos do Estudo

Participaram do estudo 11 mulheres. Os critérios de inclusão exigiram também que elas tivessem sido submetidas à laqueadura tubária no cenário do estudo e participado dos grupos educativos de planejamento familiar na própria Instituição. Ali, elas receberam informações e orientações em relação à saúde sexual, inclusive a importância do uso da camisinha para eliminar o risco de contaminação para infecções sexualmente transmissíveis. A seleção foi feita independentemente da classe social, etnia, religião e/ou localidade de moradia. Foi considerado ainda como critério de inclusão o tempo mínimo de três meses de realização do procedimento cirúrgico, período após o qual a mulher, presumivelmente, tenha retomado sua vida sexual.

A seleção das depoentes foi definida a partir de uma busca nos registros das mulheres que participaram dos grupos educativos nos livros do planejamento familiar e também nos prontuários. Considerou-se apenas os registros das que foram submetidas ao procedimento cirúrgico em conformidade com Lei do Planejamento Familiar nº 9.263/96, que regulamentou o art. 226, da Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 1996a; CONSTITUIÇÃO..., 2001)

Foram excluídas, portanto, as mulheres que não participaram do grupo de planejamento familiar e que não realizaram o procedimento de laqueadura tubária no cenário do estudo, assim como as que não preencheram os requisitos da Lei do Planejamento Familiar acima citada.

Para escolher as depoentes do estudo, inicialmente procedemos a uma busca nos livros do planejamento familiar e confrontamos os dados colhidos com os dados dos prontuários para que os requisitos de inclusão fossem obedecidos. Assim, foi formada uma lista dos sujeitos possíveis e estas mulheres então foram contatadas e convidadas a participar

da pesquisa. Essa aproximação foi feita por meio de busca ativa e convite para participação na pesquisa, via telefone. Na ocasião, explicamos, de forma sucinta, os objetivos da pesquisa, sua importância e a não obrigação da participação do estudo, além de todas as questões éticas envolvidas.

Das 397 mulheres que obedeciam aos critérios de inclusão para o estudo foi possível contatar 77 e, destas, apenas 16 aceitaram participar da pesquisa. Apenas 11 delas, no entanto, compareceram no local previamente agendado. Muitas mulheres mudaram de telefone ou endereço e outras demonstraram resistência à ida da pesquisadora ao seu domicílio.

As entrevistas ocorreram na sala de admissão e no auditório da própria instituição e apenas uma entrevista ocorreu no domicílio da pesquisada. Outras três entrevistas foram agendadas para domicílio, mas as mulheres ligaram e desmarcaram.

Inicialmente foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) para que, após concordância expressa da mulher, a entrevista fosse realizada.

Ao todo, foram realizadas 11 entrevistas e, após o término de cada uma, disponibilizou-se a entrevistada gravação feita, sendo que apenas três delas quiseram ouvir suas falas.

Após o término de cada entrevista, despedida e saída da mulher do local, eram realizadas anotações sobre o encontro, priorizando pontos de interesse para a pesquisadora. Entre eles a emoção demonstrada e a postura da mulher durante o encontro, além de dados interessantes fornecidos antes ou após a gravação. Cada mulher entrevistada foi identificada pela letra maiúscula E, seguida do numeral ordinal correspondente à ordem da entrevista.

Vale ressaltar que no momento da coleta de dados foram constatados alguns percalços como:

- Trazer as mulheres ao cenário do estudo ou convencê-las a visita domiciliar para as entrevistas;
- Realizar contato com as mulheres através dos dados cadastrados em prontuário;
- Leitura prévia do TCLE, pois parecia que algumas respostas eram dadas de forma a atender a expectativa da entrevistadora que, por ser profissional de saúde dentro de uma unidade de saúde podia influir, de alguma forma, no depoimento prestado;
- Dificuldade das mulheres em falar sobre aspectos íntimos relacionados ao campo sexual.

Sabemos que tabus, aspectos culturais e fatores de gênero inibem a fala das mulheres quando o tema é relacionado à sua vida sexual. Esse aspecto, que limitou o desenvolvimento

do estudo, não foi minimizada na fase exploratória dada a dificuldade de trazer as mulheres para as entrevistas ou convencê-las a serem entrevistadas em seus lares. Na chamada fase exploratória, o pesquisador vai inicialmente ao campo para as primeiras entrevistas em busca de descrições de realidade ainda não familiares, para principalmente aprender ou “desaprender” a como buscar as narrativas de vida. É o seu início de processo de formação. (BERTAUX, 2010).

Reproduzimos aqui, em quadros (Quadro A e Quadro B), o perfil sócio-demográfico das entrevistadas e também a caracterização dos sujeitos e o perfil reprodutivo das entrevistadas.

Quadro 1 – Perfil Sócio-demográfico das entrevistadas e a caracterização dos sujeitos

Entrevistada	Idade	Cor	Escolaridade	Religião	Ocupação
E1	27a	Negra	2º incompleto	Católica	Do lar
E2	28a	Parda	1º incompleto	Evangélica	Manicure
E3	34a	Branca	Superior Completo	Evangélica	Professora
E4	27a	Branca	1º incompleto	Católica	Do lar
E5	30a	Parda	2º completo	Não tem	Secretária
E6	32a	Branca	Superior Completo	Evangélica	Enfermeira
E7	35a	Branca	Superior Incompleto	Evangélica	Autônoma
E8	33a	Parda	2º Completo	Evangélica	Do lar
E9	30a	Branca	2º Completo	Evangélica	Secretária
E10	28a	Branca	2º Completo	Evangélica	Técnica de Enfermagem
E11	30a	Parda	2º Completo	Católica	Do lar

Quadro 1 (cont.) – Perfil Sócio-demográfico das entrevistadas e a caracterização dos sujeitos

Entrevistada	Situação Trabalhista	Renda Familiar*	Município de Procedência	Moradia	Serviços de Saúde que utiliza
E1	Desempregada	3 salários	Rio de Janeiro	Própria	IFF e Posto de Saúde
E2	Trabalhando CTPS	2 ½ salários	Rio de Janeiro	Própria	IFF, Posto de Saúde, UPA e HMMC
E3	Trabalhando CTPS	9 salários	Rio de Janeiro	Própria	IFF e rede privada
E4	Desempregada	1 salário	Rio de Janeiro	Alugada	IFF e Posto de Saúde
E5	Desempregada	1½salário	Duque de Caxias	Própria	IFF e Posto de Saúde
E6	Servidor Público	12 salários	Itaboraí	Própria	IFF e Rede Privada
E7	Empresária	18 salários	Rio de Janeiro	Alugada	IFF e Rede Privada
E8	Desempregada	2 ½ salários	Rio de Janeiro	Própria	IFF e Policlínica Família Xerém
E9	Secretária	6 salários	Rio de Janeiro	Alugada	UPA + IFF
E10	Agente de Saúde Secretaria de Esportes	1 ½ salários	Rio de Janeiro	Própria	Clínica de Saúde da Família
E11	Desempregada	3 salários	Rio de Janeiro	Alugada	PAM XIII de Maio e IFF

* Considerado Salário Mínimo: R\$ 545,00

Quadro 2 – Perfil Reprodutivo das entrevistadas

Entrevistada	Situação Conjugal	Nº de Gestações	Paridade	Abortamentos	Nº de Filhos Vivos
E1	Casada	1*	2	0	2
E2	União Estável	4	3	1	3
E3	Casada	2	2	0	2
E4	União Estável	3	3	0	3
E5	Casada	2	2	0	2
E6	Casada	3**	4	1	3
E7	União Estável	6	4	2	4
E8	Casada	2	2	0	2
E9	União Estável	2	2	0	2
E10	Separada	2	2	0	2
E11	União Estável	4	3	1	3

* Gestação gemelar

** Duas gestações gemelares (sendo, três gêmeos vivos e um neomorto)

Quadro 2 (cont.) – Perfil Reprodutivo das entrevistadas

Entrevistada	IST	Nº de Parceiros Sexuais ***	Data Realização Laqueadura Tubária
E1	Não	1	16/08/2010
E2	Não	1	14/06/2010
E3	HPV	1	11/01/2010
E4	Não	1	25/05/2010
E5	HPV (NIC III - CONE)	1	10/09/2010
E6	Não	1	21/08/2007
E7	Não	1	15/12/2009
E8	Não	1	01/03/2010
E9	Não	1	25/08/2004
E10	Não (mas na entrevista fala que já fez tto para HPV – NIC)	1	10/07/2005
E11	Sim (HIV + HPV)	1	10/05/2010

*** Considerando o último ano

A leitura destes quadros demonstra que as 11 mulheres entrevistadas neste estudo tinham idades que variavam dos 27 aos 35 anos. Quanto à escolaridade, oito mulheres detinham o ensino básico e o médio (primeiro e segundo graus), nem sempre completos. Duas delas relataram ter o ensino superior. Cinco mulheres estavam desempregadas e desenvolvendo suas atividades laborais no lar. A renda familiar da maioria (sete) variava de um a três salários mínimos vigentes na época da entrevista. Três mulheres declararam ter renda acima de nove salários.

Das entrevistadas, todas referiram utilizar unidades públicas para cuidar da saúde, sendo que apenas três também utilizavam a rede privada.

Em relação à situação conjugal, cinco declinaram ser casadas e outras tantas viviam uma união estável, sendo que uma delas estava separada de seu companheiro. Todas as mulheres referiram apenas um parceiro sexual no último ano e tinham, no mínimo, dois filhos.

Quanto à contaminação anterior por IST, quatro referiram já terem sido contaminadas por algum tipo de infecção, sendo uma portadora do HIV, hoje a infecção mais temida pela população.

2.3 Autorização do Estudo

Para atender as exigências éticas e científicas fundamentais, previstas na Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996b), sobre pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto deste estudo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueira (CEPIFF), tendo sido aprovado em setembro de 2010 sob o número CAAE – 0047.0.008.000-10 (ANEXO).

As mulheres que aceitaram participar do estudo receberam um codinome com a letra “E” (entrevistada) maiúscula seguida de números (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11), de acordo com a ordem de realização das entrevistas, a fim de garantir o sigilo e o anonimato. O TCLE foi elaborado de acordo com a norma que o regulamenta, em linguagem clara e objetiva com as informações essenciais para facilitar a compreensão das mulheres.

2.4 Coleta de Dados

Inicialmente foram coletados dados de identificação sócio-demográficos que caracterizavam as entrevistadas quanto à faixa etária, situação conjugal, cor (auto-referida),

escolaridade, a religião, profissão, renda familiar (salário mínimo), procedência, tipo de moradia. A coleta inicial levantou também a situação conjugal, paridade (número de gestações, partos e abortos), história de infecções sexuais transmissíveis prévias e data da realização da laqueadura tubária.

A entrevista foi realizada em seguida com uma única indagação: “Fale-me sobre sua história de vida sexual após a realização da laqueadura tubária.” (APENDICE B). O depoimento foi gravado com aparelho MP4 para ser transcrito posteriormente. O período para coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2010 e maio de 2011.

Para Glat et al (2004), a coleta de depoimentos é considerada completa quando se atinge o ponto de saturação, isto é, “quando a partir de certo número de entrevistas, o pesquisador tem a impressão de não aprender nada de novo no que se refere ao objeto”.

Um aspecto relevante do uso da gravação direta foi o de “registrar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar toda a sua atenção ao entrevistado.” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 37). A gravação foi a estratégia utilizada para garantir a fidedignidade da conversa e permitiu ao pesquisador a reprodução fiel do depoimento da mulher.

Durante as entrevistas percebemos que após a laqueadura tubária a maioria das entrevistadas tinha dificuldade de falar sobre um assunto delicado para elas: suas vidas sexuais.

A inibição, na verdade, é uma questão de foro íntimo já que o tema, ainda hoje, é olhado como um tabu. As mulheres demonstraram sua reserva com silêncios prolongados, risos, dificuldade de iniciar a resposta, expressões de espanto, olhos cabisbaixos e rodeios em discursos pouco explicativos. Por isso, foi adotada a estratégia de uma conversa anterior com o intuito de descontrair. Nessas preliminares foram feitas perguntas não relacionadas ao tema do estudo, que só foi abordado a partir da terceira entrevista.

Essa dificuldade em falar sobre algo do campo da sexualidade que foi percebida é justificada pelas questões de pudor, cultura, educação, religião, e a repressão histórica da sexualidade como controle social que existiu e existe em nossa sociedade. (MORAIS, 2011).

A entrevista será bem sucedida se o pesquisador estiver preparado. O caderno de campo para anotações das atividades, resultados, observações e reflexões se faz necessário. (BERTAUX, 2010).

Ainda de acordo com Bertaux (1980, p. 20), a entrevista “deve ser uma combinação de escuta atenta e questionamento porque o sujeito não relata simplesmente a sua vida, ele reflete sobre a mesma, enquanto conta”.

As mulheres ficaram livres para falar sobre aquilo que consideravam importante desta experiência de vida e das influências disto no presente, conforme preconizam Santos e Glat (1999). No entanto, percebemos constrangimento das mulheres no decorrer das entrevistas quando questionadas quanto aos aspectos íntimos relacionados ao campo sexual, apesar dos esforços no sentido de proporcionar um ambiente tranquilo e reservado.

A entrevista é considerada um instrumento por excelência da investigação social. Trata-se de conversação efetuada face a face, metódica e que proporciona a informação necessária. (MARCONI; LAKATOS, 2009, p. 81).

Gil (2008) aponta algumas vantagens pertinentes à pesquisa social:

A entrevista possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social e é uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano, além de possibilitar captar a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade de voz e ênfase nas respostas. (GIL, 2008).

Minayo (2008b) diz que a interação entre pesquisador e pesquisado é essencial e o envolvimento do entrevistador com o entrevistado é fundamental. Os melhores trabalhadores de campo e os que melhor se relacionam com os entrevistados são os mais simpáticos.

2.5 Análise dos Depoimentos

Na análise das entrevistas foi adotada a Análise Temática. Santos e Santos (2008) a definem como a técnica capaz de apreender os núcleos de sentido presentes nas entrevistas. Bertaux (2005, p. 99) acrescenta que este processo permite ao pesquisador “reportar, em cada relato de vida, as passagens concernentes a tal ou qual tema, com o objetivo de comparar depois os conteúdos dessas passagens de um relato a outro.”

Foi por meio da comparação que se descobriu, na pesquisa aqui descrita, as recorrências, onde as hipóteses se esclarecem. (BERTAUX, 2010). Esta análise comparativa, aqui no caso, começou a partir da segunda entrevista e continuou até a última.

Já a análise temática consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Segundo Bardin (1979, p. 105), tema é a “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Para Bertaux (2005, p.100), os fragmentos dos depoimentos não devem ser utilizados de forma isolada. Um depoimento só pode ser compreendido quando re-inserido na história

do sujeito, para não interpretar indevidamente a citação. É só a partir do significado atribuído por cada depoente, à sua história de vida, que o pesquisador pode determinar a orientação teórica do estudo.

Primeiramente foi feita uma leitura flutuante dos depoimentos e a relação destes com o objeto e os objetivos do estudo. Após sua identificação e extração, os temas surgidos foram marcados por cores diferentes e organizados empiricamente dando origem a 74 unidades temáticas (UT).

Unidades Temáticas:

1. Melhoria da vida sexual.
2. Medo da gravidez não desejada.
3. O casamento como fator de não utilização da camisinha.
4. A laqueadura como fator de não utilização da camisinha.
5. Liberdade e segurança sexual quanto à impossibilidade de gravidez indesejada.
6. Tempo de convivência como segurança para não utilização do preservativo.
7. Reconhecimento da importância da camisinha para prevenir doenças.
8. Não utilização de camisinha como método preventivo para doenças após LT.
9. Camisinha deixa o parceiro menos produtivo no ato sexual.
10. A camisinha faz a mulher se sentir mais limpa, mas a mulher não usa.
11. Camisinha é melhor para a mulher, mas o parceiro perde a sensibilidade.
12. Uso contínuo da camisinha para evitar doenças.
13. Conhecimento de que tem muita doença e é melhor prevenir.
14. Conhecimento de amigas que se contaminaram no relacionamento com o marido.
15. Não saber quem é quem em relação às doenças.
16. Tratamento de doenças sexualmente transmissíveis no posto de saúde.
17. Opção pelo uso da camisinha com conhecimentos adquiridos no planejamento familiar.
18. Camisinha de mulher não tem na farmácia, só no posto.
19. Tem mais camisinha de homem que de mulher.
20. Pegar camisinha masculina no posto de saúde.
21. Cadastro no Bolsa Família (BF) e oportunidade para pegar camisinha e ouvir sobre as doenças.
22. Uso da camisinha associado com preventivo normal.
23. Anticoncepcionais que fazem mal provocando suspensão deste método.

24. Opção pela LT devido à situação de dificuldades econômicas para ter mais filhos.
25. Após a laqueadura não é preciso usar mais método contraceptivo.
26. Os preservativos dão alergia.
27. Busca pessoal de informações sobre o planejamento familiar e como fazer.
28. Outros casos de gravidez anterior não foram legais e deram origem ao pânico de engravidar novamente.
29. Anteriormente à laqueadura, a mulher sabia que a camisinha prevenia gravidez e doenças, mas depois da LT não usou mais.
30. Uso da camisinha por indicação médica para tratamento de vaginoses.
31. Uso da camisinha pelo casal acordado para evitar gravidez.
32. Marido diz que camisinha aperta e só não reclama de seu uso quando é para evitar gravidez.
33. Quando é para evitar gravidez esposa não dá confiança para recusa do marido em usar camisinha.
34. Opção pela laqueadura para evitar gravidez de risco como único método possível.
35. Arrependimento por ter feito LT, pois não se sabe o dia de amanhã.
36. Laqueadura como método acordado entre o casal.
37. Existem vários métodos e nenhum 100% eficaz para evitar gravidez.
38. Na vida de casada tudo é mais cansativo, pois se trabalha dentro e fora de casa.
39. Criação feita por outras pessoas porque a mãe tinha muitos filhos, um com cada parceiro.
40. Decisão pela LT porque ela, a mulher, se considera um ser responsável.
41. Decisão pela laqueadura porque esposo já tinha dois filhos.
42. Gravidez por descuido da mulher, por uso irregular do anticoncepcional e não uso de camisinha.
43. Nunca foi orientada pela família a usar camisinha.
44. Falar com os filhos sobre camisinha mesmo na brincadeira.
45. Incentivar os filhos a usarem camisinha quando maiores.
46. Em casa as DST são tabus, mas o tema é tratado e discutido na televisão.
47. Dificuldade de atenção à saúde nas instituições públicas.
48. Dificuldade da mulher de cuidar da saúde no mundo consumista atual.
49. Laqueadura como decisão unilateral da mulher.
50. Problemas no colo do útero (NIC II e III).
51. Contaminação por DST mesmo após participação no planejamento familiar e ter conhecimento dos métodos, mas não os usar.

52. Decisão de uso da camisinha posterior à contaminação por doença sexualmente transmissível.
53. Perda do companheiro por conta do HIV e dependência química.
54. Decisão de não ter mais filhos para não correr o risco de contaminá-los.
55. Qualquer ser humano tem capacidade de ouvir e entender sobre prevenção.
56. Relação sexual desprotegida e medo da contaminação pelo HIV.
57. Sentimento de culpa grande da mulher soropositiva com possibilidade de contaminar o filho ou o companheiro.
58. Egoísmo da mulher em decidir fazer LT e privar o homem de ter filhos.
59. Descobrir ser soropositiva e portadora do HPV após abortamento.
60. Contrair HPV é porta aberta para outras DST.
61. Decisão pela LT após morte do companheiro por ser soropositiva.
62. Informações sobre DST só nas reuniões do planejamento familiar, depois não.
63. Mulher soropositiva com medo de contaminar companheiro porque ele é novo e tem a vida inteira pela frente.
64. Depois do diagnóstico de contaminação por HIV usar camisinha é uma constante.
65. Busca de preservativo em unidades públicas de saúde, limite de unidades distribuídas e estoque domiciliar.
66. Quando era jovem, antes de se descobrir soropositiva não pensava em prevenção.
67. Não se prevenir, numa hora transar com e em outra ocasião transar sem camisinha.
68. Camisinha feminina é estranha, cara e só pode ser usada três vezes? É isso mesmo?
69. Camisinha e gel do posto são ótimos.
70. Pegar camisinha em várias oportunidades de visita às unidades de saúde.
71. Em unidades que atendem a homossexuais ou pessoas que vendem o corpo não tem estoque mínimo de preservativos.
72. Contaminação por DST e a “culpabilização” do Governo.
73. Fazer sexo desprotegido é escolha da pessoa.
74. A mulher tem mais possibilidade de contaminação porque guarda tudo dentro.

Todos os dados foram analisados numa discussão contextual da realidade. Procurou-se o significado na fala das mulheres e a relação com as diversas possibilidades de vulnerabilidades para as IST. Foram respeitadas, em todas as etapas deste processo, a individualidade e a especificidade de cada depoente.

Os agrupamentos temáticos foram construídos a partir dos conceitos de vulnerabilidade propostos por Ayres et al (2003, 2006), à luz dos conceitos de Mann,

Tarantola e Netter (1993). Esses agrupamentos reúnem as diversas vulnerabilidades que contribuem para o risco de IST, nos campos individual, social ou programático.

Foram utilizadas as dimensões de vulnerabilidade propostas por Ayres et al (2006), em seus aspectos individuais, sociais e programáticos. Cabe ressaltar que o quadro a seguir foi adaptado em consonância com a temática do estudo.

Tabela 1 - Aspectos considerados nas dimensões de análise de vulnerabilidades

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICO
Valores	Normas Sociais	Compromisso político dos Governos
Interesses	Referencias culturais	Definição política específica
Crenças	Relações de Gênero, de raça, entre gerações	Planejamento e Avaliação das políticas
Credos	Normas e Crenças Religiosas	Participação social no planejamento e avaliação
Desejos	Estigma e discriminação	Recursos Humanos e materiais para as políticas
Conhecimentos	Emprego/Salários	Governabilidade
Atitudes	Suporte Social	Controle Social
Comportamentos	Acesso à saúde, educação, justiça, cultura, lazer, esporte e mídia	Articulação Multissetorial das ações
Relações Familiares, amigos, afetivo-sexuais e profissionais	Liberdade de pensamento e expressão	Organização do Setor de saúde

Tabela 1 - Aspectos considerados nas dimensões de análise de vulnerabilidades

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICO
Situação Material, psicoemocional e física	Participação política	Acesso aos serviços
Redes de Suportes Sociais	Cidadania	Qualidade dos serviços
		Integralidade na atenção
		Equipes multidisciplinares
		Enfoques interdisciplinares
		Prevenção, promoção e assistência integradas
		Preparo técnico científico, compromisso e responsabilidade dos profissionais e equipes

Fonte: Ayres et al, 2006. (adaptado pela pesquisadora)

A dimensão individual baseia-se nas informações dos indivíduos sobre problemas de saúde e a habilidade de incorporar tais informações para que estas se transformem em práticas protegidas e protetoras. Ela leva em conta as questões de gênero. Na dimensão social estão o acesso às informações, aos serviços de saúde e a qualidade deles, condições como moradia, educação formal, acesso a bens de consumo e aspectos sociais, políticos e culturais de grupos específicos. A dimensão programática refere-se aos programas nacionais e locais específicos, recursos e gerência de recursos para mudanças que minimizem o problema da vulnerabilidade para as IST.

As unidades temáticas foram reagrupadas por categorias de aproximação (agrupamentos temáticos) e revisadas continuamente, de acordo com as dimensões. Após leitura exaustiva, as categorias de aproximação foram filtradas e convergiram na definitiva categoria de análise e subcategorias.

Para a construção das categorias foi utilizada a técnica de recorte e colagem através do programa do Office Word®. Após leitura exaustiva, as unidades temáticas foram transformadas em agrupamentos temáticos e, assim, deu-se sequência ao processo de codificação que possibilitou estabelecer classificações. (GOMES, 1999).

Agrupamentos Temáticos:

Após outra rodada de leitura exaustiva iniciou-se, então, o processo de criação e elaboração dos agrupamentos temáticos a partir das unidades temáticas surgidas.

As unidades temáticas, assim, foram selecionadas e re-arrumadas à luz dos conceitos propostos por Ayres et al (2006) em agrupamentos das diversas vulnerabilidades nos campos social, individual e programático e que contribuem para o risco de IST.

Traduzindo esses conceitos para a área da mulher em relação à vulnerabilidade para as IST temos, no segmento individual, a definição de que a mulher só poderá cuidar de si, a partir das informações que ela possua e daquilo que faça dela uma pessoa mais ou menos vulnerável às IST. Cabe ressaltar aqui as questões de gênero e relações de poder e a submissão que ao longo dos anos vêm cerceando a mulher. Já no segmento social a mulher tem como principais vulnerabilidades o acesso aos meios de comunicação, poder de decisão, barreiras culturais e a escolarização mais baixa do que a de outros grupos da sociedade, o que a leva a ser considerada mais frágil nas relações sociais.

No segmento programático, ela fica dependente das instituições porque tem menos poder de negociação e decisão. O sexo feminino ainda é ouvido como deveria na esfera pública. Cabe reiterar aqui que o setor público ainda é tímido no que diz respeito ao desenvolvimento de políticas públicas eficazes de proteção às mulheres.

É interessante destacar aqui que quando o tema é a infecção sexualmente transmissível e a vulnerabilidade, as dimensões, invariavelmente, podem estar entrelaçadas no contexto prático de vida das mulheres. Por isso, as chamadas dimensões podem transitar na mesma unidade temática nos aspectos social, individual e programático. Não é por outro motivo que organizamos o quadro dos agrupamentos temáticos pontuando os entrelaçamentos. Assim é que a mesma UT pode flutuar em mais de uma dimensão.

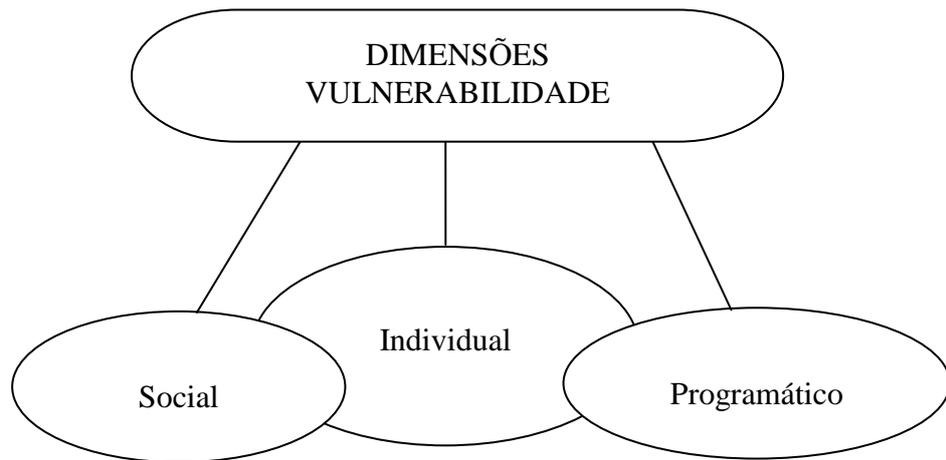


Figura 1 – Agrupamentos Temáticos

Fonte: Ayres et al, 1999

Dimensão Individual:

1. Melhoria de Vida Sexual (valores /interesse/situação psicoemocional).
2. Medo da gravidez indesejada (situação psicoemocional).
3. A laqueadura como fator de não utilização da camisinha (comportamento).
4. Liberdade e segurança sexual quanto à possibilidade de gravidez indesejada (desejo/atitude).
5. Tempo de convivência gerando sensação de segurança e a conseqüente não utilização do preservativo (crença/comportamento/relação afetivo sexual).
6. Reconhecimento da importância da camisinha para prevenir doenças (conhecimento).
7. Não utilização da camisinha como método preventivo para as doenças após a LT (comportamento/atitude/relações afetivo-sexuais).
8. Camisinha deixa o parceiro menos produtivo no ato sexual (valores/crenças/comportamento/relações afetivo-sexuais).
9. A camisinha faz a mulher se sentir mais limpa, mas ela não a usa (comportamento/atitude).
10. A camisinha é melhor para a mulher, mas o parceiro perde a sensibilidade (valores/crenças/comportamento/relações afetivo-sexuais).
11. Uso contínuo da camisinha para evitar doenças (interesse/conhecimento/atitude/comportamento).

12. Conhecimento de que existem muitas doenças e é melhor se prevenir (conhecimento/interesse).
13. Conhecimento de amigas que se contaminaram no relacionamento com o marido (relações de amizade).
14. Não saber quem é quem em relação às doenças (atitude/comportamento/situação física).
15. Opção pelo uso da camisinha com conhecimentos adquiridos no planejamento familiar (conhecimento/comportamento).
16. Tem mais camisinha de homem que de mulher (situação material).
17. Pegar camisinha masculina no posto de saúde (interesse/conhecimento/atitude/comportamento/situação material).
18. Cadastro no BF e oportunidade para pegar camisinha e ouvir sobre doenças (redes e suportes sociais).
19. Uso da camisinha associado ao preventivo normal (comportamento/situação física).
20. Anticoncepcionais fazem mal e provocam a suspensão do método (situação física).
21. Opção pela LT devido a situação de dificuldades econômicas para ter mais filhos (situação material).
22. Os preservativos dão alergia (situação física).
23. Busca pessoal de informações sobre planejamento familiar e como fazer (interesse/desejo/conhecimento/atitude/rede e suporte social).
24. Problemas ocorridos em gravidez anterior e pânico de engravidar novamente (situação psicoemocional/situação física).
25. A mulher tinha conhecimento prévio de que a camisinha prevenia gravidez e doenças, mas depois da LT não a usou mais (atitude/comportamento/relação afetivo sexual).
26. Uso da camisinha por indicação médica para tratamento de vaginoses (comportamento/situação física).
27. Uso da camisinha acordado pelo casal para evitar gravidez (valores/conhecimento/comportamento/relação afetivo-sexual).
28. Marido diz que camisinha aperta e só não reclama de seu uso quando é para evitar gravidez (valores/conhecimento/atitude/relação afetivo sexual).
29. Quando é para evitar gravidez, a esposa não dá confiança para a recusa do marido quanto ao uso do preservativo (valores/interesse/conhecimento/relações familiares/comportamento).
30. Opção pela LT para evitar gravidez de risco como único método possível (conhecimento/relações familiares/ relação afetivo-sexual).

31. Arrependimento por ter feito a LT, pois não se sabe o dia de amanhã (relações familiares e afetivo-sexual/situação psicoemocional).
32. Laqueadura como método acordado entre o casal (interesse/relações familiares).
33. Existem vários métodos e nenhum 100% eficaz para evitar gravidez (conhecimento).
34. Na vida de casada tudo é mais cansativo, pois se trabalha dentro e fora de casa (comportamento/relações familiares/situação psicoemocional e física).
35. Criação feita por outras pessoas porque a mãe tinha muitos filhos, um com cada parceiro (relações familiares/situação psicoemocional).
36. A mulher se decide pela LT porque se considera um ser responsável (valores/atitude).
37. Decisão pela laqueadura porque esposo já tinha outros filhos (relações familiares).
38. Gravidez por descuido da mulher (valores/relações familiares/situação psicoemocional).
39. Nunca foi orientada pela família a usar camisinha (conhecimento/relações familiares/redes e suportes sociais).
40. Falar com os filhos sobre camisinha, mesmo na brincadeira (atitude/relações familiares/suporte social).
41. Incentivar os filhos a usarem camisinha quando maiores (atitude/relações familiares/suporte social).
42. Em casa as DST são tabus, mas se ouve na televisão (valores/conhecimento/relações familiares).
43. Dificuldade de atenção à saúde nas instituições públicas (suporte social).
44. Dificuldade da mulher de cuidar da saúde no mundo consumista atual (valores/interesse/comportamento/situação material).
45. Laqueadura como decisão unilateral da mulher (relações familiares).
46. Problemas no colo do útero - NIC II e III (situação física).
47. Contaminação por DST mesmo após participação no planejamento familiar e ter conhecimento dos métodos, mas não usá-los (conhecimento/atitude/situação física).
48. Decisão de uso da camisinha posterior a contaminação por doença sexualmente transmissível (conhecimento/atitude/situação psicoemocional).
49. Perda do companheiro por conta do HIV e dependência química (situação psicoemocional).
50. Decisão de não ter mais filhos para não correr o risco de contaminá-los (situação psicoemocional/conhecimento).
51. Qualquer ser humano tem capacidade de ouvir e entender sobre prevenção (valores).

52. Relação sexual desprotegida e medo da contaminação pelo HIV (situação física e psicoemocional).
53. Sentimento de culpa grande da mulher soropositiva com possibilidade de contaminar o filho ou o companheiro (relações familiares/situação psicoemocional e física).
54. Egoísmo da mulher em decidir fazer LT e privar o homem de ter filhos (relações familiares).
55. Descobrir ser soropositiva e portadora do HPV após abortamento (situação física e psicoemocional).
56. Contrair HPV é porta aberta para outras DST (conhecimento).
57. Decisão pela LT após morte do companheiro por ser soropositiva (situação psicoemocional).
58. Informações sobre DST só nas reuniões do planejamento familiar, depois não (conhecimento/suporte social).
59. Mulher soropositiva com medo de contaminar companheiro porque ele é novo e tem a vida inteira pela frente (relações familiares e afetivo-sexual/situação psicoemocional).
60. Depois do diagnóstico de contaminação por HIV usar camisinha é uma constante (interesse/conhecimento/atitude/comportamento/relação afetivo-sexual).
61. Busca de preservativo em unidades públicas de saúde, limite de unidades distribuídas e estoque domiciliar (atitude).
62. Quando era jovem, antes de se descobrir soropositiva não pensava em prevenção (valores/conhecimento/comportamento).
63. Não se prevenir e numa hora transar com e em outra sem camisinha (conhecimento).
64. Pegar camisinha em várias oportunidades de visita às unidades de saúde (atitude/conhecimento).
65. Contaminação por DST e a “culpabilização” do Governo (valores).
66. Fazer sexo desprotegido é escolha da pessoa (conhecimento/atitude/comportamento).
67. A mulher tem mais possibilidade de contaminação porque guarda tudo dentro (situação física).

Dimensão Social:

1. O casamento como fator de utilização da camisinha (relações de gênero).
2. Tempo de convivência como segurança para não utilização do preservativo (referencia cultural/relação de gênero).

3. Reconhecimento da importância da camisinha para prevenir doenças (acesso a saúde e educação).
4. Camisinha deixa o parceiro menos produtivo no ato sexual (normas sociais/referências culturais/relações de gênero).
5. A camisinha faz a mulher se sentir mais limpa, mas ela não a usa (relações de gênero).
6. A camisinha é melhor para a mulher, mas o parceiro perde a sensibilidade (normas sociais/referências culturais/relações de gênero).
7. Uso contínuo da camisinha para evitar doenças (acesso a saúde).
8. Conhecimento de que tem muita doença e é melhor se prevenir (acesso a saúde).
9. Conhecimento de amigas que se contaminaram no relacionamento com o marido (relações de gênero/referências culturais).
10. Não saber quem é quem em relação às doenças (estigma e discriminação).
11. Tratamento de doenças sexualmente transmissíveis no posto de saúde (acesso a saúde/cidadania).
12. Opção pelo uso da camisinha com conhecimentos adquiridos no planejamento familiar (acesso a saúde e educação/cidadania).
13. Tem mais camisinha de homem que de mulher (acesso a saúde/cidadania/relações de gênero).
14. Pegar camisinha masculina no posto de saúde (suporte social/acesso a saúde/cidadania).
15. Cadastro no BF e oportunidade para pegar camisinha e ouvir sobre doenças (suporte social/acesso a saúde/cidadania).
16. Uso da camisinha associado ao preventivo normal (acesso a saúde).
17. Opção pela LT devido à situação de dificuldades econômicas para ter mais filhos (salários/suporte social/cidadania).
18. Os preservativos dão alergia (acesso a saúde).
19. Busca pessoal de informações sobre planejamento familiar e como fazer (suporte social/acesso a saúde/acesso a mídia/cidadania).
20. Gravidez anterior não foi legal e deu origem ao pânico de engravidar novamente (acesso a saúde).
21. Anteriormente sabia que camisinha prevenia gravidez e doenças, mas depois da LT não usou mais (relação de gênero).
22. Uso da camisinha por indicação médica para tratamento de vaginoses (acesso a saúde).
23. Falar com os filhos sobre camisinha, mesmo na brincadeira (referências culturais/relações entre gerações/suporte social).

24. Incentivar os filhos a usarem camisinha quando maiores (relação entre geração).
25. Em casa as DST são tabus, mas o tema é tratado e ouvido na televisão (referências culturais/suporte social).
26. Dificuldade de atenção à saúde nas instituições públicas (acesso a saúde).
27. Dificuldade da mulher de cuidar da saúde no mundo consumista atual (normas sociais/discriminação/acesso a mídia).
28. Problemas no colo do útero - NIC II e III (acesso a saúde).
29. Decisão de uso da camisinha posterior à contaminação por doença sexualmente transmissível (acesso a saúde).
30. Descobrir ser soropositiva e portadora do HPV após abortamento (acesso a saúde).
31. Informações sobre DST só nas reuniões do planejamento familiar, depois não (acesso a saúde).
32. Mulher soropositiva com medo de contaminar companheiro porque ele é novo e tem a vida inteira pela frente (relações de gênero).
33. Busca de preservativo em unidades públicas de saúde, limite de unidades distribuídas e estoque domiciliar (acesso a saúde).
34. Camisinha feminina é estranha, cara e só pode ser usada três vezes (acesso à saúde).
35. Pegar camisinha em várias oportunidades de visita às unidades de saúde (acesso a saúde).
36. Contaminação por DST e a “culpabilização” do Governo (referência cultural).

Dimensão Programática:

1. Tratamento de doenças sexualmente transmissíveis no posto de saúde (organização do setor de saúde/acesso aos serviços/integração da prevenção, promoção e assistência).
2. Opção pelo uso da camisinha com conhecimentos adquiridos no planejamento familiar (acesso aos serviços).
3. Camisinha de mulher não tem na farmácia, só no posto (definição, planejamento e avaliação das políticas/recursos materiais/organização do setor de saúde/acesso aos serviços).
4. Tem mais camisinha de homem que de mulher (planejamento e avaliação das políticas/acesso e qualidade dos serviços/recursos materiais/equidade das ações).
5. Pegar camisinha masculina no posto de saúde (recursos materiais/acesso aos serviços/prevenção).

6. Cadastro no BF e oportunidade para pegar camisinha e ouvir sobre doenças (definição de políticas específicas/recurso material/articulação das ações/acesso aos serviços/enfoque interdisciplinar/promoção dos direitos humanos).
7. Dificuldade de atenção à saúde nas instituições públicas.
8. Informações sobre DST só nas reuniões do planejamento familiar, depois não (planejamento e avaliação das políticas/enfoques interdisciplinares/articulação das ações/integralidade da atenção/planejamento, supervisão e avaliação dos serviços).
9. Busca de preservativo em unidades públicas de saúde, limite de unidades distribuídas e estoque domiciliar (acesso aos serviços/qualidade dos serviços/respeito, proteção e promoção dos direitos humanos).
10. Camisinha feminina é estranha, cara e só pode ser usada três vezes (acesso e qualidades dos serviços/equidade das ações/recursos materiais).
11. Camisinha e gel do posto são ótimos (recursos materiais/acesso aos serviços).
12. Pegar camisinha em várias oportunidades de visita às unidades de saúde (recursos materiais/acesso aos serviços).
13. Em unidades que atendem a homossexuais ou pessoas que vendem o corpo não tem estoque mínimo de preservativos (definição de políticas específicas/recursos materiais/organização do setor de saúde/equidade das ações/respeito, promoção e proteção dos direitos humanos).
14. Contaminação por DST e a “culpabilização” do Governo (participação social no planejamento e avaliação/participação comunitária na gestão dos serviços).

Através da leitura exaustiva e criteriosa dos agrupamentos foi elaborada a seguinte categoria analítica: **Dimensões individual, social e programática: a vulnerabilidade de mulheres submetidas à laqueadura tubária para Infecções Sexualmente Transmissíveis** e as subcategorias - Dimensão individual: vulnerabilidade e gênero; Dimensão social: acesso à educação e informações de saúde; Dimensão programática: vulnerabilidade e programas para a saúde da mulher.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Dimensões Individual, Social e Programática: a vulnerabilidade de mulheres submetidas à laqueadura tubária para infecções sexualmente transmissíveis.

O conhecimento do indivíduo, suas relações familiares, seus vínculos afetivos e sexuais, a situação material, o emprego, os salários, o acesso à saúde e aos serviços de qualidade e educação influenciam diretamente na redução ou aumento da vulnerabilidade das pessoas para as infecções sexualmente transmissíveis (IST).

No que toca ao processo de transmissão das IST, esperava-se que aqui, no Brasil, os indivíduos na faixa etária de 27 a 35 anos, já tivessem o conhecimento correto da forma de transmissão das infecções sexualmente transmissíveis, principalmente na região Sudeste do nosso país. (BRASIL, 2008).

Sabemos, porém, que este conhecimento esperado pode ser influenciado por diversos fatores, como as questões socioculturais e o acesso das mulheres e homens as informações.

Na análise dos resultados obtidos, se levássemos em conta somente a faixa etária alcançada, era de se esperar que as narrativas de vida das mulheres demonstrassem conhecimento correto sobre a forma de aquisição das IST e suas estratégias de prevenção.

No entanto, como já foi aqui citado, a faixa etária isolada não é um bom parâmetro para tratarmos de vulnerabilidade às IST. Não basta apenas a mulher deter a informação sobre as formas de aquisição das infecções. Sua segurança vai depender também da habilidade que ela tiver para incorporar as informações e transformá-las em práticas protetoras.

O que percebemos, então, é que não basta apenas conhecer as formas de transmissão das IST.

Diversos fatores podem contribuir para que a mulher não incorpore a seus hábitos a prevenção. Na análise dos resultados aqui obtidos, daremos destaque às dimensões da vulnerabilidade. Vamos dar ênfase ao contexto individual e às questões relacionadas ao gênero. No contexto social, destacaremos o acesso às informações, a educação formal e os serviços de saúde. Já no contexto programático, o foco estará em programas específicos e nos recursos possíveis para minimizar a vulnerabilidade das mulheres.

Enfatizamos que os fatores culturais e a experiência individual, isolados ou associados, podem ser determinantes para causar, contribuir ou proteger as mulheres em sua relação com os problemas de saúde. O depoimento aqui reproduzido ilustra bem a situação:

[...] teve uma amiga minha que o marido dela transmitiu uma doença [...] por causa da experiência da minha amiga, optei pela camisinha [...] (E4)

A respeito da vulnerabilidade feminina diante da IST, Helman (2009) defende que alguns aspectos são importantes para a diminuição do risco. Falamos dos papéis de gênero (direitos, obrigações e expectativas sociais diferenciadas para homens e mulheres e crenças culturais de comportamentos apropriados), da estrutura familiar, da situação econômica e do comportamento sexual (estímulo e proibição de promiscuidade, relações pré e extraconjugais, aceitação ou não de certas práticas sexuais, como o sexo desprotegido).

Penso, então, que deve haver garantia de saúde sexual para a mulher, mesmo para aquelas que optaram por um método contraceptivo permanente e tiveram a sua vontade reprodutiva atendida.

A mulher não deve deixar de ser acompanhada e orientada na manutenção de sua saúde sexual. O objetivo deste cuidado é a integralidade de sua saúde, focada, não só na parte reprodutiva, mas também na saúde sexual. E esses cuidados devem ser estimulados, principalmente, em relação à proteção de infecções sexualmente transmissíveis.

Mulheres que optam pelo método contraceptivo da esterilização cirúrgica provavelmente são mais suscetíveis a não utilizar a dupla proteção. A esterilização cirúrgica em mulheres em nosso país, embora garantida pelo PAISM e pela Lei do Planejamento Familiar, e o não acompanhamento posterior delas, no que toca à sua saúde sexual, nos remetem à seguinte reflexão: ainda estamos aprisionadas tão somente ao aspecto reprodutivo, como acontecia antes das políticas do PAISM.

Apesar de todas as lutas e dos vários métodos existentes, um número cada vez maior de mulheres opta pelo método definitivo, que as protege somente da reprodução indesejada e não das IST. Assim, elas ficam vulneráveis a prováveis infecções e carecem de urgente intervenção dos profissionais de saúde.

3.2 Dimensão Individual: vulnerabilidade e gênero

Para Nascimento e Ferreira, o conhecimento e a compreensão dos aspectos relacionados à saúde e questões de gênero mostram que a morbimortalidade se dá de forma diferente com os homens e as mulheres, ampliando, assim, o espectro da discussão de problemas relacionados à saúde da mulher. Isso ocorre principalmente em relação à autonomia de seu corpo e ao direito de decidir sobre a sua sexualidade, incluindo o modo de exercê-la. (NASCIMENTO; FERREIRA, 1995).

Nos relatos de vida evidenciou-se que a vulnerabilidade está intimamente associada às questões de gênero. Submissa aos desejos e caprichos masculinos em relação ao risco das IST, a mulher e sua própria saúde ficam relegadas a um segundo plano. Aliás, o próprio conceito de risco para estas mulheres se restringe apenas à possibilidade de uma gravidez indesejada. Os relatos abaixo esclarecem como as mulheres pesquisadas entendem a questão:

[...] por ser meu marido, às vezes não queria usar camisinha [...] ta com você há um tempão [...] (E1)

[...] não tô usando nenhum método, nenhuma camisinha não uso, devo usar, mas na hora, ali não, [...] mas tá tranquilo, tá bom [...] [...] tanto tempo também de convivência e a gente não usa camisinha [...] até porque a camisinha deixa meu parceiro menos assim... produtivo do que com a camisinha [...] pra mim é melhor, mas pra ele já não é bom [...] então ele prefere não usar camisinha [...] (E3)

[...] antes de ter a laqueadura eu usava camisinha às vezes para preservar a gravidez, mas eu sabia que ao mesmo tempo eu também estava me preservando das doenças [...] (E6)

Algumas destas mulheres reconhecem o risco de contaminação por IST, mas deixam de usar o preservativo em função do parceiro não aceitar o uso da camisinha. Seja porque exista uma relação de confiança no relacionamento ou em virtude do tempo de convivência marital. Jimenez et al (2011) sublinham, a propósito, que a presença de parceiro fixo e a confiança na relação são fatores que contribuem para o não uso da camisinha.

Barreto (2008) tem opinião parecida. Para ele, as mulheres adultas entendem a importância do uso do preservativo, mas deixam de usá-lo devido à incorporação de valores, padrões sociais, questões de gênero e emocionais. O conhecimento da importância do uso do preservativo ainda não constitui, por si só, fator de relevância para seu uso. Afinal de contas, estas mulheres não se sentem em situação de risco. Dois depoimentos, entre outros, confirmam o quadro:

[...] A segurança é pra não ter filho, mas ao mesmo tempo você sempre corre o risco de uma doença, né? [...] esquece o uso da camisinha que é pra evitar o risco de doença sexualmente transmissível [...] (E3)

[...] eu já conhecia todos os métodos contraceptivos, não fiz uso, por isso adquiri duas doenças sexualmente transmissíveis [...] (E11)

A vulnerabilidade individual fica demonstrada na medida em que os protagonistas conhecem os princípios preventivos, mas não os utilizam. A desigualdade de gênero, assim, interfere na tomada de decisão das mulheres. Maia, Guilhem e Freitas (2008) arrematam que a falta de prevenção consolida a vulnerabilidade social. “Estes papéis femininos e masculinos

estabelecidos interferem nos atos decisórios dos indivíduos, demonstrando então a vulnerabilidade cultural.”

A cultura em que as mulheres estão inseridas e a submissão imposta pelos papéis de gênero, ainda vigentes na sociedade, praticamente veda a elas o uso constante da camisinha como método preventivo. Este talvez seja o fator mais determinante da situação de vulnerabilidade enfrentada pelo sexo feminino.

Apenas uma das entrevistadas referiu o uso constante da camisinha como método de prevenção. Reproduzimos aqui seu depoimento:

[...] depois que eu liguei eu to me prevenindo, to usando camisinha, porque antigamente eu usava e, às vezes, não; eu agora to usando por causa das doenças [...] porque tem muita doença e é melhor se prevenir [...] (E4)

O histórico, no entanto, não é nada animador. Paiva, Pupo e Barboza (2006), assim como Berquó e Koyama (2005), assinalam que entre os anos de 1998 e 2005 houve um aumento da utilização de preservativos no Brasil. Porém, os dados sobre sexo protegido no Brasil, entre os anos de 2004 e 2008, revelam que houve uma diminuição no uso de preservativo, tanto nas relações sexuais com parceiros casuais quanto com parceiro fixo. (BRASIL, 2010d).

Macklin (2003) destaca que a mulher é mais vulnerável devido à posição social e econômica. Isso a impede não só de negociar o uso do preservativo, mas discutir fidelidade e sair de relações que a coloquem em posição de vulnerabilidade.

Além dos aspectos sociais e econômicos, as desigualdades de gênero e a submissão feminina aos homens interferem nas decisões de proteção. A relação estável, o tempo de convivência e a vontade do companheiro interferem nas decisões da mulher e as torna vulneráveis. A negociação para uso do preservativo só é mais favorecida quando se trata de anticoncepção.

[...] a gente usava camisinha antes, era uma coisa acordada para prevenir a gravidez [...] ele sabia que tinha que usar, mas tinha aquela reclamação sim, ele dizia que apertava [...] (E6)

Casais em uniões estáveis e os sujeitos considerados em suas individualidades, sejam homens ou mulheres, necessitam ser trabalhados em relação aos tabus que cercam o uso de preservativos.

Com relação aos tabus que cercam a fidelidade, o culturalmente aceitável, em nossa sociedade, é que o homem não tenha a esposa como única parceira sexual. O respeito e a fidelidade na união estável são legitimados com o uso de preservativos nas relações

extraconjugais, já que só estes relacionamentos escusos estão associados ao risco de contaminação pelas IST. Por outro lado, a relação sexual com a esposa está baseada no amor e no companheirismo. E aqui o preservativo é aceito quando tem, como objetivo, a contracepção, principalmente quando outro método não pode ser utilizado. (SILVA, 2002).

[...] eu sou casada, não uso preservativo [...] (E7)

[...] Ele acha que não fica legal, ele não tem aquela sensibilidade né? [...] (E3)

Como já foi dito aqui, das entrevistadas, cinco eram casadas e cinco viviam em união estável, sendo que uma delas já estava separada de seu companheiro. Madureira sublinha que mulheres com relacionamento estável têm mais dificuldade para negociar o uso de preservativos masculinos e femininos. “A assimetria nas relações de gênero contribui diretamente para isso e dificulta a negociação de trocas já estabelecidas entre um casal.” (MADUREIRA, 2005).

De acordo com estudo desenvolvido por Silva (2008), as mulheres descrevem o relacionamento estável como uma relação de dimensão emocional. Essa ligação é relacionada por elas a sentimentos como amor, carinho, amizade e confiança, além da fidelidade e compromisso. Essa concepção foi construída e baseada nos diferentes papéis de gênero e hierarquização da relação afetivo-sexual e isso pode colaborar para a não utilização de preservativos e a sensação ilusória de segurança.

Na vida conjugal (identidade social da mulher), a percepção de que o risco pode abalar a relação amorosa subentende um pacto confiança. Esse acordo tácito é maior do que o risco de contrair uma IST (risco individual). Entendemos então que, para a mulher, o autocuidado, leia-se prevenção, torna-se, no caso, uma ameaça à relação conjugal.

Quando o assunto é o número de parceiros sexuais e de filhos, todas as mulheres referiram ter tido apenas um parceiro sexual no último ano. Todas tinham, no mínimo, dois filhos. Entendemos que o fato de ter tido apenas um parceiro pode indicar – ao contrário do que isso possa sugerir - a possibilidade de aumento da vulnerabilidade. É que as mulheres se acreditam protegidas porque têm um relacionamento estável, com mais de um ano de duração e dentro das características socialmente esperadas pelas mulheres: uma relação de confiança e fidelidade. (SILVA, 2008).

Diante dos dados obtidos é bom destacar que a escolha do método contraceptivo não se reduz apenas ao tema acesso ou não à informação. A sequência de eventos e seus contextos, por exemplo, esclarecem as mudanças que ocorrem na esfera da vida sexual.

Dois elementos são muito significativos: o tipo de parceiro, singular para a tomada da decisão da mulher no contexto sexual e reprodutivo, e a duração do relacionamento, firmado pela presença de filho. Esses dois aspectos, devidamente associados, parecem desempenhar papel importante na mudança do tipo de contracepção e no uso da proteção. Segundo Uziel, Rios e Parker (2004), são elementos de caráter relacional importante quando se estuda o perfil contraceptivo e a vulnerabilidade as IST.

[...] Eu não pensaria em fazer laqueadura [...] mas, devido ao medo de engravidar novamente, eu tenho uma diferença de idade do meu marido, são quinze anos, ele é mais velho quinze anos, então ele tinha muito mais medo de ser pai novamente [...] (E3)

[...] eu decidi que ia fazer a laqueadura porque eu e meu esposo, que já tinha dois filhos do primeiro casamento, então no caso com mais dois ele teria quatro, já não te dá muito pra você viver muito bem, dá pra viver razoável, com mais filhos, já viu né, então eu decidi no segundo fazer a laqueadura [...] Meu esposo ele tem 46 anos e eu tenho 30, a diferença de idade, ele é dezesseis anos mais velho [...] (E9)

Na história de vida destas duas entrevistadas o fato de elas terem companheiros mais velhos fortaleceu a tomada de decisão pela laqueadura, como método contraceptivo. No entanto, o depoimento delas não deixou entrever a preocupação e/ou adoção de comportamento preventivo.

Como somente em uma narrativa de vida houve o relato do uso de preservativo como método de prevenção (após a laqueadura), percebemos o quanto as mulheres estão vulneráveis, principalmente as que foram submetidas à laqueadura tubária. É que o fato de ter a vida reprodutiva interrompida retira da mulher uma estratégia utilizada para o uso do preservativo, adotado em muitos casos como método contraceptivo, mas que, em contrapartida protegem as mulheres das IST. Principalmente as que vivem uma união estável.

[...] agora no que se refere a... (silêncio) prevenção de doença sexualmente transmissível e tal, em algum momento eu ate ficava um pouco tensa porque antes de, de, de ter a laqueadura eu usava camisinha às vezes para preservar a gravidez, mas eu sabia que ao mesmo tempo eu também estava me preservando da (pausa) das doenças e aí a partir do momento de que eu fiz a laqueadura não usei mais [...] (E6)

A maioria das mulheres considera impossível ou quase impossível adquirir uma doença sexualmente transmissível. Para Silveira et al (2002), a autopercepção da vulnerabilidade é ainda mais distorcida e acentuada entre mulheres que são casadas ou vivem em relacionamento estável, sendo o principal comportamento de risco o não uso dos preservativos nas relações sexuais.

Villela e Barbosa (1996) e Madureira (2005) vão adiante. O uso do preservativo masculino em nossa realidade é muito mais controlado pelo homem do que pela mulher e isso

implica em colaboração mútua pré-estabelecida entre os companheiros. A negociação do uso da camisinha depende da igualdade e do interesse de ambos no sentido de diminuir riscos. Essa inclinação mútua significa, dentro de nossas normas culturais, admitir autonomia, desejo e experiência sexual da mulher.

No âmbito de nossa pesquisa, quatro entrevistadas referiram já terem sido contaminadas por algum tipo de infecção. Uma delas, por sinal, era portadora do HIV, a mais temida de todas as infecções.

Estes dados são interessantes porque estamos objetivando a vulnerabilidade justamente para as IST. Isso demonstra, por si só, o quanto as mulheres estão vulneráveis. Porém, não obtivemos nenhum relato de mulher com contaminação posterior à laqueadura tubária.

Fica claro que tanto os homens quanto as mulheres estão expostos às IST. Xavier (1997), no entanto, aponta que atualmente, em nossa sociedade, a mulher está mais vulnerável ao HIV por causa da posição inferior que ela ainda ocupa nas relações de gênero e na vivência de sua sexualidade.

[...] acho que ficou até um pouco melhor [...] pela insegurança da gente achar assim: ah, vamos se prevenir [...] acho que ficou melhor, com mais segurança, não ter tanto medo de engravidar [...] tá bem melhor agora [...] (E1)

[...] fica até mais livre, você fica mais segura é de não correr o risco [...] o relacionamento tá mais... Ficou melhor, eu achei que ficou melhor... A segurança de não ter filhos, não correr o risco [...] (E3)

Depreende-se aqui que a sexualidade vivenciada pela mulher após a desvinculação de sua vida sexual da reprodução – aliada à impossibilidade de gerar filhos de modo natural - evidencia uma certa despreocupação com a saúde sexual e a possibilidade de contaminação por IST. Na prática, a sexualidade fica desvinculada do “medo” reprodutivo.

[...] na verdade antes, a vida sexual era normal, [...] embora antes eu tinha uma grande preocupação em ficar grávida [...] eu tinha pânico de ficar grávida [...] (E6)

[...] até antes da laqueadura eu usava camisinha, direto, direto, direto, foi até assim, aprendemos a usar porque não usávamos então, neste período da espera pra operar, então, foi sempre com camisinha, sempre, era estoque de camisinha, agora o estoque tá lá e a gente não usa [...] (E3)

Desde 1984, o planejamento familiar, com conhecimento dos métodos e livre escolha, é uma das ações da atual Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde. “É fundamental que os profissionais de saúde orientem e estimulem a prática da dupla

proteção, traduzida pelo uso de preservativos femininos e masculinos, para prevenção simultânea das IST, incluindo HIV/AIDS e gravidez indesejada”. (BRASIL, 2002, p. 7-8).

Foi muito interessante notar que as mulheres, após se decidirem pelo método cirúrgico e definitivo (laqueadura) para não terem mais filhos, são capazes de criar estratégias para convencer o companheiro a assinar o termo de consentimento necessário para a realização do procedimento. Elas, no entanto, são incapazes de negociar o sexo seguro no contexto do relacionamento estável, como demonstram as falas abaixo:

[...] ele sempre soube do meu desejo de fazer a laqueadura [...] eu até poderia ter outro filho [...] mas eu não queria [...] eu deixei bem claro: eu não quero, não posso e se você quer ficar comigo vai ser desta maneira [...] foi meio que imposição pra ele a minha condição de não querer ter filho e ele aceitou [...] (E11)

[...] então eu optei pela laqueadura e meu marido concordou [...] (E7)

[...] eu decidi fazer a laqueadura [...] mas eu estava determinada a fazer [...] na decisão da laqueadura eu decidi, eu pedi muito pro meu esposo assinar, aí ele tava (silencio) até meu esposo foi muito contra [...] convenci ele, até porque ele tem que assinar o termo [...] (E9)

O termo de consentimento livre e esclarecido é uma das premissas da anticoncepção cirúrgica que demonstra a vontade expressa das partes envolvidas por meio de documento escrito, lido e firmado. Em caso de sociedade conjugal, o procedimento depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges. (BRASIL, 2002).

Mas, o empoderamento da escolha pelo método não acontece também na negociação do uso de método de prevenção. E isso demonstra, mais uma vez, a submissão de gênero.

Outro fator que contribui para que as mulheres fiquem mais vulneráveis às IST é a sua própria característica biológica. A superfície da vagina é extensa e fica exposta ao sêmen nas relações sexuais desprotegidas de preservativos femininos e masculinos. O sêmen, assim, apresenta maior concentração de vírus da imunodeficiência adquirida do que os líquidos vaginais. E essa falta de sintomas associada ao pouco acesso a informações adequadas agrava o quadro. Os indivíduos que não se percebem vulneráveis às doenças não costumam aceitar medidas preventivas recomendadas. (SILVEIRA et al, 2002).

[...] porque com a camisinha a gente fica mais limpinha né? Depois a gente se lava, mas é mais a questão de higiene, pra mim é melhor [...] (E3)

[...] eu acredito que, até se acontecer alguma coisa, com relação desprotegida, o meu parceiro, por ele ser homem, eu acredito que até possa não se contaminar, eu acredito que, no caso inverso, o homem sendo contaminado e a mulher não, como a mulher ta recebendo tudo do homem, eu acho que a possibilidade é maior, ela tem mais chance de se contaminar. Eu não sei se isto é fato, mas no homem não fica lá guardado, já a mulher guarda tudo dentro dela [...] (E11)

[...] quer dizer a minha amiga pegou o vírus HPV [...] Ela tá se tratando no posto e eu não sei como é que fica [...] diz que vai e volta esse HPV, quer dizer que o vírus não tem cura e ele fica com um, tipo um mau cheiro na calcinha [...] eu uso camisinha em todas as relações tanto que no meu preventivo não deu nada [...] (E4)

Neste contexto de gênero, existe ainda, em nossa sociedade, a concepção do masculino como o sexualmente ativo, incapaz de uma relação íntima. Já o feminino é olhado como o parceiro, voltado para as relações íntimas, mas não como sujeito sexual. A saúde sexual, sabemos, depende da significação do indivíduo e de como este percebe as dialéticas entre cultural/natural, social/biológico, homem/mulher, indivíduo/coletivo, mente/corpo e razão/emoção. (GIFFIN, 1999).

Outro agravante da situação de vulnerabilidade individual gerada pelas diferenças de gênero é o acompanhamento que mulheres e homens deixam de fazer para manter sua saúde sexual. As participantes do programa de planejamento familiar, em sua maioria, são grupos formados por mulheres e a participação masculina é quase nula.

Xavier (2001) adverte que existem ligações perigosas entre as IST clássicas, a AIDS e o potencial aumento da vulnerabilidade feminina. Isso se deve ao conjunto de fatores sociais, biológicos e culturais, principalmente relacionados às questões de gênero e sexualidade.

O ato decisório das mulheres sobre interferências das relações de gênero amplamente desfavoráveis a elas influencia o exercício da sua sexualidade. Esta herança tem suas origens logo no nascimento e é comum no entendimento das mulheres brasileiras, independente de classe social e etnia. Para elas, a questão biológica já destina papéis previamente definidos para homens e mulheres. O homem, segundo essa concepção, detém o poder, natural, biológico e imutável sobre o corpo feminino, simplesmente pelo fato de ter nascido homem, ficando a mulher submissa à sua vontade. (XAVIER, 2001).

Sanches (1999) infere o seguinte desdobramento: nesta submissão, previamente definida pelo sexo de nascimento, solicitar o uso dos preservativos entre o casal pode ser visto sob a ótica da desconfiança, principalmente quando o pedido vem da mulher, e isto pode ocasionar o distanciamento dos parceiros, medo da maioria das mulheres, quando, na realidade, deveria significar o respeito e cuidado mútuo.

Chamou a atenção o fato de nenhuma das mulheres ter referido, em suas histórias de vida, a esterilização cirúrgica para o companheiro por meio de vasectomia. Mesmo quando a opção pela contracepção era relacionada ao fato de o parceiro ser mais velho ou já ter outros filhos. Isto reforça ainda mais a situação a que elas estão submetidas. Na realidade, o homem é preservado e a mulher é a responsabilizada pelo controle da reprodução. Seu corpo, assim, é penalizado e subjugado ao procedimento cirúrgico. É importante sublinhar que o

procedimento de vasectomia é realizado no contexto ambulatorial, com permanência hospitalar mínima. Já para a mulher existe a necessidade de uma abordagem cirúrgica mais abrangente, inclusive com a necessidade de internação e afastamento de seus lares e família.

No campo da sexualidade, o “outro” pode ser visto e entendido como a “cara-metade”, aquele que fomenta ainda mais a submissão das mulheres aos homens. O fenômeno se dá principalmente porque a visão cultural vigente romantiza a figura da mulher. E até mesmo a da feminização da AIDS não contribuiu em nada para mudar o quadro. De acordo com Giffin (1999), a definição de saúde sexual e o acompanhamento para as mulheres não tem avançado além do abstrato e não se conseguiu alcançar, na prática, a saúde sexual.

Sabemos que a AIDS é a infecção sexualmente transmissível mais temida atualmente. E sua disseminação está intimamente ligada ao comportamento humano sexual, sendo, na verdade, um fenômeno biológico e sociocultural. É Helman (2009) quem aprofunda a questão:

“Na existência de padrões duplos de moralidade sexual, a mulher é colocada em risco, pois, mais submissa na relação de poder com os homens, pode ter ameaçada a sobrevivência de sua relação. Para tanto, basta sugerir o uso do preservativo e demonstrar, desta maneira equivocada, que não confia no parceiro”. (HELMAN, 2009).

Fica clara, assim, a dificuldade de negociar o uso de preservativos. No contexto em que vivemos, solicitar o uso do preservativo pode trazer o desconforto da desconfiança. Principalmente em se tratando de mulheres, ainda submissas e desempoderadas.

Só o diálogo, com certo nível de abertura e igualdade, permite ao casal negociar de forma que a troca seja satisfatória para ambos. Esse tipo de convivência, no entanto, nem sempre é verdadeira na relação conjugal.

3.3 Dimensão Social: acesso à educação e informações de saúde

A laqueadura nas narrativas de vida das mulheres entrevistadas demonstrou que em alguns casos, elas experimentaram melhoria de vida e um certo sentimento de liberdade.

[...] foi uma experiência nova para mim, eu não pensaria em [...] eu ficava meio receosa assim de não me sentir à vontade até mesmo com meu parceiro porque eu ficava assim senão pode acontecer alguma coisa, agora não depois eu ficava com receio, agora não, [...] agora a gente tem até mais liberdade um com o outro por não ter mais esse medo de engravidar [...] (E1)

[...] então ela (LT) dá essa liberdade [...] (E3)

[...] pra mim foi maravilhoso ficar sem preocupação nenhuma né [e qual era a preocupação que você tinha?] Era de engravidar né? [...] só que foi ótimo, pra mim foi ótimo fazer a ligadura, laqueadura [...] (E5)

[...] então a laqueadura pra minha vida sexual foi muito bom neste sentido por não haver mais preocupação com a gravidez [...] Agora em termos de atividade entre nós dois eu ate falo que ficou melhor porque não tem a neura, a preocupação da gravidez mais [...] (E6)

Existe uma relação entre a melhoria de vida sexual e a piora de vida sexual relacionada à maior exposição e risco de contaminação pelas IST. A decisão por um método cirúrgico definitivo de anticoncepção, como a laqueadura, é muitas das vezes unilateral e definida pela mulher. Ela é levada a esta escolha pela segurança da anticoncepção. Porém, esta sensação de liberdade e melhoria de qualidade de vida - propiciadas pela eliminação do risco da gravidez indesejada – tira das mulheres um argumento poderoso de convencimento para o uso dos preservativos.

Uma gestação indesejada pode gerar muitos conflitos, tanto para a mulher quanto para o homem e, não raro, desestrutura o casal. Mas, uma infecção sexualmente transmissível também. Ambas podem gerar reflexos tanto no campo individual, quanto no social. Um exemplo emblemático e que tem reflexos sobre os indivíduos, a família e a sociedade, vem a ser o aborto. Ilegal em nosso país, esse procedimento é feito de forma clandestina e constitui um grave problema de saúde pública. Já as infecções sexuais por HPV podem levar ao câncer de colo de útero, mutilar as mulheres ou ceifar suas vidas. Outro exemplo é a contaminação pelo HIV, com reflexos tanto para homens quanto mulheres, tanto físicos quanto psicológicos.

Nas narrativas de vida destas mulheres também ficou evidenciado que a decisão pelo procedimento pode estar vinculada à situação socioeconômica. É que o número de filhos significa o aumento de gastos financeiros. Em geral, as populações mais vulneráveis são as mais economicamente desfavorecidas. E a razão é simples: elas têm menos acesso às informações em saúde e produtos ou meios para sua proteção.

[...]eu decidi porque eu não tinha mais condições financeiras e também não queria encher a casa de filhos [...] (E10)

[...] eu queria fazer a laqueadura porque, até porque tá difícil a situação, né, com tanto filho [...] (E5)

Dentre os aspectos vinculados às vulnerabilidades que cercam as mulheres está a dificuldade de acesso aos insumos e serviços de saúde. Hart (1971) reflete sobre a privatização: “Na sociedade onde o cuidado de saúde é exposto à força de mercado, a disponibilidade de assistência varia de forma inversa às necessidades de saúde dos indivíduos” – Lei do cuidado inverso.

A privatização da saúde, assim, tem aspectos muito negativos. A disponibilidade de assistência, por exemplo, não supre as necessidades das mulheres que mais precisam. Aquelas que têm menor poder aquisitivo não podem pagar diretamente pela laqueadura tubária e acabam tendo mais filhos do que desejariam. Já a mulher com maior poder econômico pode pagar pelo procedimento e para ela é mais fácil decidir a quantidade de filhos que deseja.

As narrativas de vida das mulheres que foram submetidas à laqueadura tubária mostram que este procedimento proporciona a melhoria de vida sexual. Afinal de contas, a LT acaba com o medo relacionado à possibilidade de uma gravidez indesejada. A mulher, desta forma, se liberta deste verdadeiro aprisionamento a que sua vida sexual era subjetivamente submetida. Segundo Helman (2009), onde o desejo de filhos é menor e os métodos contraceptivos são mais disponíveis, o sexo cada vez mais se dissocia da fertilidade. Quando as práticas sexuais que não levam a gravidez são mais toleradas, o sexo é definido menos pelos critérios biológicos e mais pelo comportamento social e sexual.

Essa liberdade sexual adquirida, entretanto, é falseada por uma sensação de segurança, que faz dessas mulheres pessoas mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis. E é sempre bom lembrar que esta situação está diretamente relacionada ao não uso de métodos de barreira durante o ato sexual – incluindo aqui tanto as camisinhas femininas quanto as masculinas.

A mulher só poderá cuidar de si e tornar-se menos vulnerável na dimensão individual se tiver acesso a informações que reduzam essa vulnerabilidade. As falas contidas nas narrativas de vida das entrevistadas evidenciaram pelo menos uma certeza: existe o conhecimento de que a relação sexual desprotegida é uma das formas possíveis de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis e que o uso de preservativos é uma das formas de prevenção.

Em nossa sociedade, sabemos, o desemprego é um dos responsáveis pela perpetuação das desigualdades sociais e da própria vulnerabilidade, tanto individual quanto social. Este estudo confirma a regra: cinco mulheres entrevistadas se encontravam desempregadas.

Por outro lado, a adoção de medidas de redução de vulnerabilidades no campo da vida sexual fica dificultada pela conjugação de vários fatores como gênero, escolaridade, dificuldades de acesso a insumos e serviços de saúde de qualidades, renda, desemprego e dependência financeira. Aqui no nosso caso, sete das entrevistadas tinham renda familiar igual ou inferior a três salários mínimos.

É notório ainda que na chamada dimensão social, o acesso à saúde e educação aos serviços de saúde com qualidade diminuem a vulnerabilidade. E a mesma coisa se dá na

dimensão programática. Nas narrativas de vida colhidas em nossa pesquisa, todas as entrevistadas referiram utilizar unidades públicas para cuidar da saúde e buscar insumos de prevenção. Três delas também utilizavam a rede privada.

[...] tô pegando camisinha até lá no posto, quando eu fiz o planejamento familiar eles me deram [...] No posto que também tive planejamento familiar... Fui cadastrar bolsa família, aí tava dando lá e falando das doenças também [...] (E4)

[...] Bom, agora humm, eu até fiz um preventivo, e eu agora comecei a trabalhar e ganhei um plano de saúde e eu to pensando até em falar com meu primo que trabalha num hospital pra ver se lá aceita meu plano, eu quero voltar pro meu antigo médico que é muito legal, porque tinha uns dois anos que eu não faço preventivo, mas eu to pretendendo voltar pra fazer né? Porque é importante, porque pelo plano é tudo mais rápido, porque é o cúmulo você acordar muito cedo, pelo menos onde eu moro, tem que acordar muito cedo e agora ta até melhor porque com a Clínica da Família, minha amiga fez rapidinho... No público é muito lento, você tem que acordar cedo, quatro horas da manhã, ir lá pra fila pra pegar um número e ai eles vão marcar pra daqui a três quatro meses pra depois você voltar daqui a quatro meses, ir lá fazer um preventivo e esperar seis meses um resultado [...] (E9)

No entanto, o acompanhamento das mulheres que optaram pela laqueadura tubária simplesmente não existe quando o assunto é a manutenção da saúde sexual. Além disso, a distribuição de preservativos masculinos e femininos ainda demonstra falhas, com diversas barreiras de acesso. Entre elas destacamos cotas de distribuição ou cotas liberadas apenas para grupos de soropositivos, cadastramento obrigatório em unidades de saúde para a obtenção dos preservativos, falta de insumos em determinadas épocas e alto custo.

[...] Optei pela camisinha. Nos grupos de planejamento familiar eu aprendi muito a usar, a camisinha de mulher, que não tem na farmácia; não tem só nos postos e quando eles dão nos postos (silencio) tem mais é camisinha de homem, agora de mulher não [...] (E4)

Essas falhas se refletem diretamente sobre o plano individual, pois, de acordo com Ayres, “a diminuição da vulnerabilidade depende da adoção de práticas de sexo seguro com a utilização dos preservativos e com destaque para o contexto da prevenção”. (AYRES, 1996, p 29).

Os preservativos femininos são instrumentos de negociação entre homem e mulher. Eles são diferentes dos preservativos masculinos porque com este método a mulher pode tomar a iniciativa de usar, em seu corpo, um meio de proteção. A camisinha feminina, assim, fomenta a autonomia da mulher sobre seu corpo na relação com o parceiro, pois é ela quem controla o método de prevenção.

Porém, o uso deste tipo de preservativo gera novas construções, pois requer, da mulher, postura ativa com o parceiro em suas experiências afetivo-sexuais. Bastos (2001)

assinala que ela (a mulher) necessita de liberdade e conhecimento sobre o seu corpo para poder utilizá-lo de forma adequada.

É fato consumado que o acesso à saúde e a qualidade dos serviços oferecidos influenciam diretamente na vulnerabilidade. Na última fala aqui reproduzida (E4), demonstramos os obstáculos que afastam a mulher do acesso à saúde e aos insumos. No cotidiano evidenciou-se, também, que mulheres de classes sociais economicamente mais favorecidas ainda têm como recurso de cuidado para a saúde as unidades de saúde privada. Essa contradição fortalece o quadro de inversibilidade social que vivemos, onde quem precisa mais tem menos e quem precisa menos tem mais recursos.

Já Vargas (2007) destaca a questão da educação nesta que é uma perversa equação. Segundo o autor, quanto menor a escolaridade maior a associação com a vulnerabilidade.

“Quanto menos anos de estudo, menor é a possibilidade de ingresso no trabalho formal e menores são os salários. Assim, a mulher terá sempre maior dificuldade de se sentir segura, “dona-de-si”, tanto diante de seu parceiro quanto na vida social em geral.” (VARGAS, 2007).

Esta situação de dependência social, econômica e também afetiva, contribui para a vulnerabilidade, esta última refletida principalmente na falta de poder para negociar o uso de proteção em suas relações com os parceiros. (VIEIRA et al, 1999).

Uma das entrevistadas fez uma reflexão sobre o conhecimento do uso do preservativo entre os jovens e a relação do preservativo e a proteção contra as IST. Esta reflexão veio numa perspectiva diferenciada, pois a própria entrevistadas foi contaminada pelo HIV,

[...] Quando eu era jovem eu não pensava nisso, antes de eu me descobrir soropositiva eu não pensava nisso, dessa maneira [...] mas eu não me prevenia, eu transava com e sem e ele provavelmente não porque se ele transou comigo sem camisinha, transava sem [...] então eu acho que hoje em dia, eu penso assim, pela experiência que eu vivo há muitos anos, hoje em dia uma criança de oito, dez anos que já tem entendimento ele sabe o que é um preservativo... Ah, é muito cedo pra você introduzir isso pra criança, sim, tá tudo bem, mas quando ele tiver quinze anos, quando ele começar a vida sexual dele, menina também de quinze anos também já começou a vida sexual, então ele já vai saber que o preservativo protege ele de doenças, não só para não engravidar, mas principalmente doenças. [...] hoje em dia eu acho que qualquer ser humano que é semi-alfabetizado e que seja perfeito de audição ele tem discernimento para ouvir e entender sobre essas coisas [...] (E11)

Existem muitos obstáculos concretos na vida da maioria das mulheres que prejudicam sua saúde. A dificuldade de acesso aos meios de educação e aos serviços de saúde com qualidade são exemplos claros destes obstáculos. Por isso, é muito importante a existência de um trabalho diferenciado nas unidades de saúde que envolva as questões de gênero e de saúde sexual.

A entrevistada de número onze (11) demonstrou insatisfação porque só recebeu informações de profissional de saúde, sobre as IST, numa única oportunidade, durante os encontros de planejamento familiar.

[...] recebi informações (silêncio) tudo sobre laqueadura e depois aqui eu não recebi mais informação nenhuma e, sobre informações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis só mesmo naquela reuniãozinha lá do planejamento familiar, mas assim, alguma pessoa conversar comigo depois não... Nem depois da laqueadura, não houve conversa nenhuma sobre doenças [...] (E11)

Esta é uma realidade vivida pelas mulheres em nossas unidades de saúde e também nas educacionais, como as escolas. Aliás, não só por mulheres, mas também pelos pouquíssimos homens que se permitem frequentar atividades dessa natureza. No contexto de saúde sexual são escassas as oportunidades de orientação e acompanhamento de saúde sexual. E essa talvez seja a contradição mais forte do sistema. Já nos programas de planejamento familiar são priorizadas as discussões sobre os métodos existentes. Essas iniciativas disponibilizam uma pequena abordagem sobre questões de gênero e as vulnerabilidades femininas. O espaço dedicado aos temas, no entanto, fica muito aquém do necessário.

Foi uma experiência muito enriquecedora conhecer a narrativa de vida de uma entrevistada - a de número E11. Bastante inconformada com a escassez de abordagem preventiva das IST ela tem vivenciado uma situação de vida diferenciada pois foi contaminada pelo HIV, a mais temida de todas as infecções, e também pelo HPV. Sua fala evidencia a consciência da importância do uso dos métodos de barreira como prevenção e o entendimento das vulnerabilidades femininas. O conteúdo de sua entrevista enfatiza também a importância da orientação e do acompanhamento de profissionais capacitados e habilitados. Hoje, após a morte de seu último companheiro, também vitimado pela AIDS, ela vive uma nova relação. Seu atual parceiro é soronegativo e os dois conduzem a vida sexual à luz dos conceitos da prevenção adequada.

[...] fiz processo todo do planejamento familiar [...] já tinha feito anteriormente, há uns oito, nove anos atrás [...] e aí, eu decidi não correr mais risco nem de engravidar e também de não ter, pegar mais alguma coisa, além do que eu já tinha pego [...] então eu fiquei usando a camisinha[...] eu decidi fazer a laqueadura pelo meu histórico de vida[...] a gente usa preservativo. É uma coisa assim, depois que eu me descobri soropositiva é uma constante [...] (E11)

Além das características físicas, biológicas e fisiológicas, que tornam as mulheres mais vulneráveis, existem ainda outras situações relatadas que colaboram para a descontinuidade do uso do preservativo. Uma delas, explicitada, nas narrativas de vida apuradas, que foi a reação alérgica ao uso do preservativo que a fez descontinuar seu uso.

Nestas situações, a atuação do profissional deve se concentrar na disponibilidade de troca do tipo de método de barreira preventivo, ou seja, trocar a camisinha masculina pela feminina. Essa orientação resolveria a situação de risco. As entrevistadas citaram este tipo de intercorrência, mas nenhuma delas declarou ter recebido alguma orientação para resolver o problema. Muito pelo contrário, elas optaram pela descontinuidade do uso do método de proteção.

[...] passei a usar a camisinha, mas aí essa camisinha me dava alergia [...] (E5)

[...] a camisinha foi usada, no momento que ela foi deixada de ser usada é que eu apresentei alergia, fiquei com as partes internas vermelhas, com coceira [...] aí nessa ficamos sem usar [...] tive um problema no meu colo do útero, mas foi tratado [...] chegou até o NIC II ou III [...] (E10)

Precisamos estar atentos a todos os contextos que possam afetar a saúde das mulheres, sejam objetivos ou subjetivos.

3.4 Dimensão Programática: vulnerabilidade e programas para a saúde da mulher

Existe um déficit grande em nossas políticas de saúde quanto ao acesso aos programas de saúde da mulher, principalmente no que diz respeito à orientação e prevenção das IST. Raramente, os profissionais de saúde direcionam suas atividades para minimizar a vulnerabilidade e o empoderamento das mulheres.

A realidade da Instituição, aqui no caso o cenário de nosso estudo, mostra a escassez de espaços e momentos específicos para discutir o empoderamento das mulheres. A abordagem das questões do campo de vida sexual, principalmente aquelas relacionadas à minimização dos riscos à saúde sexual, fica, portanto, cerceada (ou “atada”). O tema é discutido apenas nos encontros dos grupos de planejamento familiar e reprodutivo, institucionalmente protocolados de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. As usuárias do sistema público, assim, contam com apenas dois encontros com enfermeiro, acrescidos, no caso da gestante, por um encontro com a assistente social. Todas elas têm dois encontros com os médicos da ginecologia ou obstetrícia.

O espaço utilizado é uma sala pequena onde cabem confortavelmente sentadas apenas 10 pessoas. Um único encontro aborda os métodos contraceptivos e as questões de gênero e empoderamento. Essas reuniões são previamente agendadas e contam com apenas um profissional – que atende a um grupo de aproximadamente dez mulheres. Elas raramente contam com a presença de seus companheiros, mas estão sempre acompanhadas pelos filhos,

em sua maioria, menores de cinco anos. Muitas dessas crianças ainda são lactentes e demandam sua atenção.

Os instrumentos de trabalho utilizados são os álbuns seriados do Ministério da Saúde e os métodos anticoncepcionais e demonstrativos anatômicos reprodutivos, de fácil compreensão e manuseio. As discussões obedecem a um tempo pré-estabelecido de aproximadamente 4 horas. Após este encontro, as mulheres são agendadas para a consulta médica e dão sequência às ações do planejamento familiar. Se a opção for a laqueadura tubária a mulher também será avaliada pelo clínico. Se, no caso do casal, a opção for pela vasectomia, o homem será encaminhado e agendado para uma das unidades do SUS que realizam o procedimento.

Ayres et al. (1999) entendem ser necessário que os profissionais de saúde dominem a arte da conversação e do cuidado nas ações de promoção à saúde - uma atividade ainda hoje praticamente centrada na disseminação de informações protocoladas.

O contexto do planejamento familiar ainda se baseia em um modelo de paradigma antigo, a ser necessariamente superado. O modelo de palestra, que segue um roteiro pré-estabelecido, com materiais também já estabelecidos, é utilizado durante o desenvolvimento de nossas atividades profissionais e acaba por reproduzir o protocolado. Essa “cegueira profissional” nos impede de enxergar novas possibilidades e formas para enfrentar desafios como as desigualdades de gênero e submissão feminina.

Este contexto de paradigmas antigos precisa ser urgentemente repensado. Continuamos reproduzindo e naturalizando nossas ações de planejamento familiar nos serviços de saúde. A fragmentação, a negação da informação ou seu acesso de forma incompleta ou insuficiente não atendem as necessidades das mulheres, abrem espaço para as doenças e, com isso, afetam diretamente a sociedade como um todo. A falta ou acesso restrito a insumos também influenciam negativamente as negociações do sexo seguro intra ou extrafamiliar.

Diante desse quadro, as entrevistadas defenderam a ampliação da rede de informações e de insumos e explicitaram a importância de terem participado das etapas do planejamento familiar.

[...] quando eu era novinha nunca fui orientada por família a usar camisinha [...] até sobre as doenças existia um tabu dentro de casa, eu ouvia falar muito pela televisão e ouvi falar mais agora na minha vida, que alguém tenha conversado comigo: não, [...] nem na escola... antigamente não se falava muito sobre isso [...] E9

[...] Eu mesma descobri o planejamento familiar, eu, após ganhar ele aqui, aqui mesmo procurei saber, então as doutoras me informaram, as doutoras me informaram e eu fiquei fazendo o planejamento, tudinho [...] (E5)

Os grupos de planejamento familiar e reprodutivo são, assim, boas oportunidades para trabalhar o empoderamento de mulheres. Apesar da carência no oferecimento deste serviço, as mulheres são assíduas participantes. Ainda assim, esses grupos pouco contribuem com o enfrentamento das questões relacionadas ao gênero, apesar de desempenharem um papel definido na promoção de saúde. De acordo com Meneghel et al (2003), esta estratégia pode vir a gerar transformações diretas na vulnerabilidade social, com o empoderamento para a tomada de decisão do uso e negociação de preservativos no intuito da prevenção.

Foi interessante observar que nenhuma das mulheres, nas narrativas de vida, fez referência à contracepção por vasectomia. Em nosso país, a proporção de homens vasectomizados é menor que 10% do total de mulheres esterilizadas. Para os homens, segundo Berquó e Cavenaghi (2003), a esterilização feminina é mais conhecida que a própria vasectomia. As questões de gênero, a dificuldade de acesso e a falta de informações ainda contribuem negativamente com esta situação e demonstram a submissão feminina ao masculino.

No desenvolvimento de ações de prevenção em nosso país existem dimensões muito diferenciadas. Principalmente aquelas relacionadas às diferenças de estratégias entre as regiões e as desigualdades existentes no âmbito até mesmo dos tipos de infecções, como AIDS e sífilis. Segundo Ramos Junior (2007), é necessário priorizar as infecções sexualmente transmissíveis nas áreas de atenção básica, saúde da mulher e controle das IST, em todas as esferas do governo. Essa prioridade deve estar associada a outros desafios, como a formação dos profissionais de saúde e a mobilização da sociedade.

No contexto do planejamento familiar e em termos de anticoncepção, dados do Censo de 2010 revelam queda significativa da taxa de fecundidade quando comparamos esses dados com o Censo de 2000. A taxa passou de 2,38 filhos/mulher, em 2000, para 1,86 filhos/mulher em 2010. (IBGE, 2010).

Isto ocorreu em todas as regiões brasileiras, como mostra o Quadro 3: Regiões/Taxa de Fecundidade no Brasil (2000 e 2010).

Quadro 3 – Regiões/Taxa de Fecundidade no Brasil (2000 e 2010)

Regiões	Taxa de Fecundidade Total	
	2000	2010*
Sudeste	2,10	1,66
Nordeste	2,69	2,01
Norte	3,16	2,42
Sul	2,24	1,75
Centro-Oeste	2,25	1,88
BRASIL	2,38	1,86

Fonte: IBGE, 2010 (*resultados preliminares)

Na formulação de políticas específicas para redução da vulnerabilidade e proteção da saúde sexual, a disponibilidade de recursos é um importante elemento delimitador. Além de se pensar no que será feito, é importante analisar também como fazer. Neste caso, argumenta Matus (1996), o desenvolvimento de ações de prevenção exige recursos financeiros, humanos, políticos e materiais.

O Ministério da Saúde, em 2008, realizou a maior pesquisa sobre o comportamento sexual do brasileiro⁵. O trabalho evidenciou que os homens usam mais preservativos em todas as situações, quando comparados às mulheres. Levantou-se também que os jovens são os que mais fazem sexo protegido e que a população tem elevado conhecimento sobre as formas de prevenção da AIDS (entre os índices mais elevados do mundo) e que o brasileiro tem feito mais sexo casual.

A Pesquisa mostrou ainda uma tendência de queda no uso do preservativo. Seu uso passou de 51,6% em todas as parcerias eventuais para 46,5%, entre os anos de 2004 e 2008. Com relação à ocorrência de relações sexuais casuais paralelas ao mesmo período de relações fixas, 16% dos brasileiros traem, sendo que mulheres traem menos (21% de homens contra 11% de mulheres). O uso de preservativos nas relações sexuais casuais fora da união estável é baixo (37%), com índices mais baixos entre as mulheres. De acordo com o Departamento de DST e AIDS, os fatores que mais impactam a adoção do uso de preservativos são o gênero, o acesso gratuito a camisinha e a quantidade de parcerias casuais. (BRASIL, 2008).

Considerando a importância da disponibilidade de recursos na formulação de políticas específicas para redução da vulnerabilidade e proteção da saúde sexual, o Governo Federal, em 2010, na contramão dos dados revelados pela pesquisa, reduziu a distribuição de camisinhas no País para 327 milhões. O total de insumos enviado aos Estados e Municípios foi 30% menor que 2009 (465,2 milhões de camisinhas distribuídas). “Em suma, em vez de

⁵ PCAP - Pesquisa de Comportamento, Atitudes e Práticas da População Brasileira de 15 a 64 anos. (BRASIL, 2008).

reagir a queda da demanda de camisinhas, o Governo reduziu os insumos”. (FORMETTI, 2011).

Diversos autores se debruçaram sobre a questão e enriqueceram a literatura sobre o assunto. Para Viana (1996), no planejamento das ações destinadas a redução de riscos, o envolvimento dos atores é fundamental nas tomadas de decisões, principalmente quando os sujeitos são mulheres e o tema é o desenvolvimento da sexualidade. “Envolver a população, os gestores e os profissionais tornam os processos mais ricos e operacionais.” (VIANA, 1996).

Já na opinião de Carvalho (1995), a negociação entre profissional de saúde que executa as ações, o Estado e a clientela que ele atende é imprescindível. Essa interação permite aos sujeitos se expressarem e decidirem que tipos de cuidados querem receber. “Assim, a saúde deixa de ser questão de controle para ser uma construção negociada e satisfatória não só para as mulheres, mas também aos homens, companheiros destas”. (CARVALHO, 1995).

O cuidado multiprofissional de saúde prestado à mulher ainda se restringe às orientações para a maternidade ou para evitar uma gravidez indesejada. O desejo, a prática sexual e seus possíveis riscos ainda não são profundamente trabalhados.

Nossas políticas de prevenção ainda impõem normas de conduta, já que a mulher é, na maioria das vezes, responsabilizada pelo não uso do preservativo.

A respeito, Villela e Barbosa (1996) consideram que esta prática de prevenção é prejudicial porque torna a mulher responsável e culpada pela condição de risco. “Isto é a demonstração mais clara de que esta normatização não está em conformidade com a sua realidade de vivência, ainda que ela seja preconizada pelos detentores do saber técnico”. (VILLELA; BARBOSA, 1996).

Ayres et al (2003), por sua vez, lembram que o diálogo com os sujeitos, e a compreensão de suas necessidades, possibilidades e vulnerabilidade torna possível a construção de novas estratégias de saúde a serem pactuadas.

A realidade de nossa sociedade ainda está baseada em ações de prevenção destinadas principalmente às mulheres, sem levar em conta e confrontar as desigualdades entre homens e mulheres. Para Petchesky (1999) é necessário, portanto, garantir os direitos sexuais e reprodutivos sem reduzir a mulher apenas à função materna, reprodutora, cuidadora e sem sexualidade - aliás, como ela já vem sendo subjugada há décadas. “A criação de uma política de gênero que considere e enfrente as desigualdades entre homens e mulheres realmente é

necessária para a redução de vulnerabilidades, principalmente a programática”. (PETCHESKY, 1999).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento e a análise das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, a partir das narrativas de vida, são de extrema importância para que os profissionais de saúde possam se atualizar e capacitar na promoção da saúde sexual. A ênfase principal deve contemplar situações diferenciadas como aquelas que submetem as mulheres à laqueadura tubária.

E o enfermeiro tem grande importância na luta contra as barreiras que dificultam a saúde sexual de homens e mulheres e propiciam vulnerabilidade às IST.

Ampliar o acesso de mulheres e homens à informação e aos métodos contraceptivos são ações que garantem o exercício de direitos reprodutivos em nosso país. Mas, isto só não basta. Para garantia dos direitos de saúde sexual e seu exercício é importante incorporar a nossas ações as questões de gênero.

A educação sexual nas unidades de saúde deve ser integrada pelos serviços, além de ser pautada no compromisso e na participação de todos. A promoção do acesso dos indivíduos a serviços de planejamento familiar e reprodutivo de qualidade deve ser realizada e avaliada de forma constante. Seu desenvolvimento deve incluir a investigação e avaliação da saúde sexual e reprodutiva. E os processos de avaliação de risco a saúde sexual devem continuar mesmo quando o casal e/ou uma das partes tenha optado por um método definitivo de contracepção.

Devemos repensar nossos espaços e estratégias até agora usados para promover a redução de vulnerabilidades, principalmente em se tratando do grupo de mulheres com situações reprodutivas resolvidas. Estas últimas são, provavelmente, muito mais expostas por conta de uma associação de situações de vulnerabilidades de gênero. Entre elas, a extinção de uma das estratégias de barganha para o uso dos preservativos: a possibilidade de gravidez para o homem ou para o casal.

Os grupos educativos de planejamento familiar ainda são organizados com a metodologia tradicional da palestra. Essa técnica segue um roteiro que tenta “dar-conta” de todos os assuntos (saber) que devem ser abordados. Os temas são ofertados a todas as mulheres e a seus acompanhantes, quando eles estão presentes. Essa prática, assim, passa a ser uma forma de prestação de serviço e promove a “sensação” do dever cumprido.

Nossa missão é aproveitar todas as oportunidades para trabalhar a saúde sexual e a redução de vulnerabilidades para as IST. Cabe ressaltar, nesse aspecto, a remodelação do

planejamento familiar e reprodutivo de seus contextos atuais para uma dinâmica de acompanhamento permanente, tanto coletivo quanto individualizado.

Os serviços de saúde e educacionais devem estimular ao máximo, e em todas as oportunidades, o uso de preservativos. Para tanto, é necessária a implementação efetiva das estratégias necessárias. A primeira delas é a de que cada profissional deve conhecer a realidade dos sujeitos e do local onde suas atividades estão sendo desenvolvidas.

Não são poucas as barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde para enfrentar o problema de maneira adequada. Entre elas estão a falta de pessoal e o tempo reduzido para trabalhar com sexualidade, gênero e empoderamento nos encontros de planejamento familiar. Assim é que nós (os enfermeiros) acabamos, de forma objetiva, trabalhando apenas o que é determinado dentro dos programas de saúde. A demanda, portanto, não é contemplada como deveria ser já que o grupo de planejamento familiar e outros canais de atendimento a mulher se restringem a meros repassadores de informações.

O estudo demonstrou também que o trabalho com mulheres visando promover a autonomia de seu corpo ainda é insuficiente, principalmente quanto às questões de gênero. Ampliar os domínios da discussão sobre sexualidade e corpo visa, tão somente, desconstruir uma categoria falsa e arbitrária: a de que a experiência sexual deve ser controlada apenas para evitar uma gravidez indesejada. Não só os enfermeiros, mas os demais protagonistas da cadeia da saúde devem trabalhar em prol de uma conscientização coletiva tanto da mulher, quanto do homem e do casal. As abordagens dos profissionais de saúde devem levar em conta essa premissa.

As chamadas ações intersetoriais e multiprofissionais devem ser diversificadas para atrair a participação dos sujeitos a quem se destina o cuidado. Só assim vamos reduzir a vulnerabilidade às IST. Os insumos de prevenção ainda são escassos e/ou limitados e, por isso, não estão disponíveis em todos os lugares. As barreiras impostas pela antiquada cultura da reprovação social – que inibe o uso dos preservativos – como diria o poeta Drumond de Andrade são pedras no longo caminho que nos separa de nossos objetivos. Mas, as dificuldades não param por aí. No decorrer da coleta de dados identificamos outros obstáculos. Um deles é a inibição que impede a mulher de falar sobre aspectos que envolvam a sexualidade. Durante as entrevistas, a demora em iniciar a narrativa, o olhar cabisbaixo e os risos demonstraram claramente certo desconforto. De forma isolada ou associada, essas reações estiveram presentes em nove entrevistas. Isto reflete a forma como a sociedade, através dos tempos, reprimiu e ainda reprime a sexualidade feminina. As mulheres, de certa forma, mantiveram um distanciamento sintomático quando falam sobre coisas íntimas.

No contexto da atenção à saúde, a sexualidade ainda é pouco trabalhada, tanto para os usuários do sistema de saúde quanto para os próprios profissionais.

Finalmente, no decorrer da pesquisa que ilustrou este trabalho adquirimos algumas certezas. A mais cristalina delas é a seguinte: o simples conhecimento dos fatores que geram as vulnerabilidades é uma poderosa ferramenta capaz de adequar as práticas educativas voltadas para a redução destas vulnerabilidades. E após este estudo, o que mais almejamos - e ressaltamos aqui – é chamar a atenção para a importância da readequação das estratégias usadas no preparo dos profissionais e nas atividades dedicadas às mulheres no contexto da saúde sexual. E a prioridade, sabemos, é uma só: reduzir as vulnerabilidades a que as mulheres são submetidas.

Recomendações do Estudo

Como contribuições deste estudo, sugerimos as seguintes recomendações:

- Maior incentivo à produção e distribuição dos insumos de prevenção, principalmente camisinha feminina;
- Repensar os espaços e estratégias de trabalho de saúde sexual e reprodutiva;
- Criação de oficinas de educação permanente em saúde sexual e reprodutiva;
- Modificação do título “planejamento familiar” por “saúde sexual e planejamento reprodutivo” nos documentos oficiais de saúde;
- Pensar em novos espaços e encontros para mulheres e homens que se submeteram a métodos de contracepção definitiva;
- Desmistificar que mulheres em união estável não são vulneráveis;
- Inclusão da variável uso de preservativo e tipo nos formulários de questionamentos de saúde;
- Capacitação de professores de ensino básico, médio e superior sobre gênero e empoderamento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

ARILHA, M. **Políticas públicas de saúde, mulheres e DST/Aids**: reajustando o olhar. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2002. Coleção Abia. Saúde sexual e reprodutiva n.4.

AYRES, J. R. C. M. **HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes**. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. Casa de Edição, 1996.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: PARKER, R.; BARBOSA, R. M., (Org.). **Sexualidade pelo avesso**: direitos, identidades e poder. São Paulo: Ed. 34, 1999.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexos e tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-139

AYRES, J. R. C. M. et al. **Vulnerability, Human Rights and Comprehensive Care Needs of Young People Living with HIV/AIDS**. American Journal of Public Health, v. 96, n. 6, p. 1.001-1.006, 2006. Disponível em http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/page_id=319. Acesso em: 10 jun. 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed.70, 1979.

BARRETO, A. C. M. **A sexualidade da adolescente e sua vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis**: contribuições para o cuidado de enfermagem. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BASTOS, F. I. A. **Feminização da epidemia de AIDS no Brasil**: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

BERER, M. Dupla proteção: mais necessária do que praticada ou compreendida. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 2, n. 2, p. 23-33, 2007.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face a nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (Sup. 2): S441-S453, 2003.

BERQUÓ, E.; KOYAMA, M. **Notas preliminares sobre o uso do preservativo entre as pessoas sexualmente ativas nos últimos doze meses, teste do HIV e seus diferenciais por sexo, idade, escolaridade, raça e região**. Análise comparativa entre 1998 e 2005. São Paulo: CEBRAP, 2005.

BERTAUX, D. L'Approche biographique: as validité méthodologique, ses potentialities. **Cathies Internatioaux de sociologie**, Paris, v. XIX, jul-dec. 1980.

BERTAUX, D. **Los relatos de vida**: perspectiva etnosociológica. Barcelona: Bellaterra, 2005.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida**: a pesquisa e seus métodos. São Paulo: Paulus; Natal: EDUFRN, 2010.

BRASIL. Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regulamenta o planejamento familiar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 de jan. 1996a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência em Planejamento Familiar**. Manual Técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 150 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Res. CNS 196/96. Bioética, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos, 2008**. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/monitoraids>. Acesso em: 28 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. **Câncer no Brasil**. Dados de Registro de base Populacional. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/regpop/2003/index.asp?link=comentarios.asp&ID=5>. Acesso em: 25 abr. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher** – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança e mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009 b. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Aprenda sobre DST. DST em números.** Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages.htm>. Acesso em: 25 abr. 2010b.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST.** Ano III – jan-jul. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 30p.

BRAVO, M. I. S. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: BRAVO, M. I. S.; MATOS, M.; ARAÚJO, P. (Org.). **Capacitação para conselheiros de Saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CARVALHO, I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação e controle social.** Rio de Janeiro: IBAM, 1995.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1991. 164p.

COELHO, E. A. C.; LUCENA, M. F. G.; SILVA, A. T. M. O planejamento familiar no Brasil no contexto das políticas públicas de saúde: determinantes históricos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 26-36, mar. 2000.

COELHO, E. B. S. Enfermagem e o planejamento familiar: as interfaces da concepção. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 665-72, nov./dez. 2005.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988. **Coleção Saraiva de Legislação.** São Paulo: Saraiva, 2001.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P. M.; ALVES, J. E. D. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicações. In: **Saúde no Brasil**: conceitos, programas e indicadores. ABEP, IBGE, UNFPA, 2003. Disponível em: http://www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf. Acesso em: 23 ago. 2006.

COSTA, A. M. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In GIFFIN, K; COSTA, S. H. **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 319-35.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FORMETTI, L. Distribuição de camisinhas pelo governo federal caiu 30% em 2010. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo 10 jun. 2011. Disponível em: http://www.saberviver.org.br/index.php?s_op=camisinhas. Acesso em 08 nov. 2011.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 424-8, 2009.

GIFFIN, K. **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. et al. (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 67-80.

GLAT, R. et al. O Método de História de Vida na Pesquisa em Educação Especial. **Rev. Bras.**, Marília, v.1, n.2, p. 235-250, mai/ago. 2004.

GUARESCHI, N. M. F. et al. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 20-30, abr. 2007.

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R. C. M.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, ago. 2002.

GUILHEM, D. **Escravas do Risco**: bioética, mulheres e AIDS. Brasília: UnB/Finatec, 2005.

HART, J. T. The intensive care law. **The Lancet**, Philadelphia, vol. 1. p. 405-12, 1971.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IBGE. **Resultados Preliminares da Amostra do Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso em 08 dez. 2011.

JIMENÉZ, A. L. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 55-62, jan-fev. 2001.

LEITE, A. C. N. M. T.; PAES, N. A. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 705-14, jul-set. 2009.

LOWNDES, C. M. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In GIFFIN, K.; COSTA, S. H. **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 253-279.

LOWNDES, C. M.; GIFFIN, K. Gênero e doenças sexualmente transmissíveis: considerações de um estudo em andamento. **Boletim Internacional sobre Prevenção e Controle da AIDS**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 4, jan. 1995.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACKLIN, R. Bioethics, Vulnerability and Protection. **Bioethics**, Oxford, v. 5-6, n. 17, p. 472-85, 2003.

MADUREIRA, V. S. F. **A visão masculina das relações de poder no casal heterossexual como subsídio para a educação em saúde na prevenção de DST/AIDS**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v 42, abr. 2008.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas e amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados. São Paulo: Atlas, 2009.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1996.

MENEGHEL, S. N. et al. Impacto de grupo de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 955-63, jul-ago. 2003.

MERHY, E. E. A rede básica como construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um grande desafio para o público. São Paulo: Hucitec. 1997, p. 71-112.

MINAYO, M. C. S., **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2006.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2008a, p. 9-29.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: In MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2008b, p. 61-77.

MORAIS, F. R. C. **Interface da sexualidade no processo de parturição**: perspectiva de mulheres. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

NASCIMENTO, E. R.; FERREIRA, S. Gênero e Saúde: algumas reflexões. In: REDOR, 4., 1995, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 1995. P. 30-37.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Nota descritiva. N 110. **Infecções de Transmissão Sexual**. 2011. Disponível em:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fls110/es/index.html>. Acesso em: 09 dez. 2011.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito a prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 109-19, 2006.

PARKER, R.; GALVAO, J. **Quebrando o Silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

PETCHESKY, R. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, M. R.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1999. p 15-38.

PIOVESAN, F. **Temas atuais de direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 1998.

RAMOS JUNIOR, A. N. et al. Control of mother to child transmission of infections diseases in Brazil: progress in HIV/Aids and failure in congenital syphilis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 370-8, 2007.

SANCHES, K. R. B. **A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade**. 1999. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. A maternagem de mulheres com filho pré-termo: bases para assistência enfermagem neonatal. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 692-6, out.-dez. 2009.

SANTOS, I. M. M; SANTOS, R. S. A etapa de análise do método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 714-9, out.-dez. 2008.

SANTOS, R. S.; GLAT, R. **Ser mãe de uma criança especial – do sonho a realidade**. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery/UFRJ, 1999.

SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da AIDS entre homens casados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 40-9, ago. 2002.

SILVA, C. M., **A Percepção das Mulheres em Relacionamento Estável quanto a Vulnerabilidade para contrair DST/AIDS**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto a vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, p. 401-6, 2009.

SILVEIRA, F. M. et al. Autopercepção da Vulnerabilidade as Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS em Mulheres. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, dez. 2002.

SOUSA, L. B.; PINHEIRO, A. K. B; BARROSO, M. G. T. Ser uma mulher portadora do HPV: uma abordagem cultural. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400017&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 21 abr. 2010.

TORRES, C. A.; BESERRA, E. P.; BARROSO, M. G. T. Relações de gênero e vulnerabilidade as doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes. **Esc. Anna Nery. R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 296-302, jun. 2007.

UZIEL, A. P.; RIOS, L. F.; PARKER, R. **Construções da Sexualidade**: gênero, identidade e comportamento em tempos de AIDS. Rio de Janeiro: Pallas, IMS/UERJ, ABIA, 2004.

VARGAS, A. V. **Vulnerabilidade e risco à contaminação do HIV/AIDS**: a visão das mulheres. 2007. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem Anna Nery, Univerdade Federal do Rio de Janeiro, Rio de janeiro, 2007.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas e políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 30, p. 5-43, 1996.

VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L.; DIAZ, J.; KALCKMANN, S.; PLUCIENNICK, A. M. A. Anticoncepção em tempos de AIDS. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. **Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 1999.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. Opções contraceptivas e vivências da sexualidade: comparação entre mulheres esterilizadas e não esterilizadas em região metropolitana do Sudeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 452-459, out. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v30n5/5098.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2009.

VILLELA, W. V.; DORETTO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, nov. 2006.

XAVIER, I. M. Doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/AIDS: enfermagem discutindo essas ligações perigosas para as mulheres. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n.1, p. 18-26, jan.-mar. 2001.

XAVIER, I. M. **A mulher e a convivência com a AIDS**: uma questão de gênero. 1997. Tese (Doutorado)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ministério de Saúde
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto Fernandes Figueira



Prezada Sra. _____

Estamos desenvolvendo um estudo intitulado: **Sexualidade de mulheres após a laqueadura tubária e vulnerabilidade para as doenças sexualmente transmissíveis: influência dos fatores culturais e sociais** com os **objetivos** de: Conhecer os fatores sociais e culturais e sua influência em relação à vulnerabilidade para as infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que se submeteram a laqueadura tubária e analisar a vulnerabilidade de mulheres após a laqueadura tubária às infecções sexualmente transmissíveis com relação aos fatores sociais e culturais. Neste sentido gostaríamos de utilizar as informações obtidas a partir de uma entrevista, onde você poderá falar sobre a sua história de vida relacionada à sua vida sexual após a laqueadura tubária.

Este estudo tem apenas fins científicos e visa contribuir para que haja melhoria da qualidade da assistência prestada às mulheres nas instituições de saúde. Para tanto, é de grande importância a sua participação.

Esclarecemos que nesta pesquisa, não haverá riscos, desconfortos, gastos, nem remuneração para você, que possui a liberdade, a qualquer momento, de retirar o consentimento e deixar de participar do estudo. Será utilizado um codinome a fim de garantir que o seu nome não seja revelado. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas para serem analisadas. Sempre que desejar, estaremos esclarecendo qualquer dúvida sobre o projeto e outros assuntos relacionados com a pesquisa, entrando em contato com a Prof. Dra. Leila Rangel da Silva ou com a enfermeira Lilia Eliane de Oliveira Moraes, em horário comercial, pelos telefones (21) 2542-7101 (Dra. Leila) ou 2554-1813 (Enf. Lilia).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueira (CEPIFF).

Para afirmarmos a sua compreensão em relação a este convite e seu interesse em contribuir para realização desta pesquisa, em concordância com a Resolução 196/96 – CNS, que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, é fundamental a sua assinatura neste consentimento informado.

Agradecemos sua atenção.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__

Eu, _____, RG n. _____, após a leitura deste consentimento, confirmo meu interesse em participar desta pesquisa

Assinatura da Depoente

Enfermeira Lilia Eliane de Oliveira Moraes
Av. Rui Barbosa, 716 Flamengo / RJ
Tel.: 7849-4137 ou 2554-1813
Email: lilia.moraes@bol.com.br

Profª Drª Leila Rangel da Silva
NuPEEMC / DEMI / EEAP / UNIRIO
Tel.: 2542-7101 – Dep. Enf. Materno-Infantil
Email: rangel.leila@gmail.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPIFF
Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ – RJ/MS
Av. Rui Barbosa, 716 – 1º andar Prédio de Genética Médica
Flamengo – RJ CEP: 22.250-020 – Tel. 2554-1730
cepiff@iff.fiocruz.br

APROVADO

Válido Até 30/11/2011

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730

Medeiros
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados – Roteiro da entrevista

I – Entrevistada:

Nome: _____

Idade: _____

Grau de Instrução: _____

Religião: _____

Profissão/Ocupação: _____

Atualmente trabalhando (em quê)? _____

Renda familiar: _____

Cor: _____

Situação Conjugal: _____

Procedência: () Rio de Janeiro-RJ () Outros Especificar: _____

Moradia: () Própria () Alugada () Cedida () Outros – Especificar: _____

Infecções sexualmente transmissíveis? _____

Quais e quando? _____

Data de realização da Laqueadura Tubária: _____

Local de participação das atividades educativas de PF? _____

Nº de parceiros sexuais (último ano): _____

Gesta: _____ Para: _____ Abortos: _____ Nº de filhos vivos: _____

Serviços de Saúde que costuma frequentar: _____

II – Dados Específicos:

Fale-me sobre sua história de vida sexual após a realização da laqueadura tubária:

APÊNDICE C – Comunicação de mudança do título da pesquisa ao CEPIFF



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – MESTRADO

Rio de Janeiro, 08 de dezembro de 2011

A Vice-Diretoria de Pesquisa – IFF/FIOCRUZ/MS
Dra. Kátia Sydrônio

Informo que, durante o desenvolvimento da Pesquisa intitulada “Sexualidade de mulheres após laqueadura tubária e vulnerabilidade para as infecções sexualmente transmissíveis: influência dos fatores culturais e sociais”, registrada no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob o número CAAE 0047.0.008.000-10 com aprovação em 30 de setembro de 2010, o Título foi modificado, em acordo com o professor orientador, para **“Laqueadura Tubária e vulnerabilidade para as infecções sexualmente transmissíveis: histórias de vida de mulheres”**.

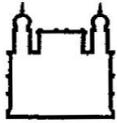
À disposição para maiores esclarecimentos,

Lilia Eliane de Oliveira Moraes
Av. Rui Barbosa, 716 Flamengo / RJ
Tel.: 7849-4137 ou 2554-1813
Email: lilia.moraes@bol.com.br

Recebido em 8/12/11

Vanessa Mendes

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPIFF



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPIFF
Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ-RJ/MS

Avenida Rui Barbosa, 716 – 1º andar Prédio da Genética Médica
 Flamengo – RJ - Cep: 22.250-020 – Tel. (61) 2554-1730 / Fax (21) 2552-8491
cepiff@iff.fiocruz.br

Parecer nº 015/10

Rio de Janeiro, 30 de setembro de 2010

Prezada Pesquisadora

Líliã Eliane de Oliveira Moraes

Informamos que o projeto “**Sexualidade de mulheres após laqueadura tubária e vulnerabilidade para as infecções sexualmente transmissíveis: influência dos fatores culturais e sociais**” registrado no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos CAAE 0047.0.008.000-10 foi analisado por este Comitê de Ética após a resposta às pendências apontadas e se encontra **APROVADO**.

Esclarecemos que emendas ou quaisquer modificações no projeto em questão devem ser imediatamente comunicadas ao CEP e esperar sua análise e liberação. Relatórios semestrais sobre o andamento do projeto também devem ser encaminhadas ao CEP, bem como relatório de encerramento ao final. Recomendamos fortemente que uma cópia da tese/dissertação seja encaminhada a biblioteca do IFF na conclusão do curso.

Dra Maria Elisabeth Lopes Moreira
 Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA – IFF/FIOCRUZ