

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SHEILA MILENA PESSOA DOS SANTOS FERNANDES

REPRESENTAÇÕES DE ENFERMEIROS (AS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE SEXUALIDADE NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV

BELO HORIZONTE

2019

SHEILA MILENA PESSOA DOS SANTOS FERNANDES

**REPRESENTAÇÕES DE ENFERMEIROS (AS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
SOBRE SEXUALIDADE NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Promoção da saúde, prevenção e controle de agravos.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas.

BELO HORIZONTE

2019

APOIO FINANCEIRO

A pesquisa teve o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de bolsa no período de afastamento parcial e para custeio de diárias e passagens, conforme projeto de Doutorado Interinstitucional (DINTER), Universidade Federal de Campina Grande e Universidade Federal de Minas Gerais, Edital CAPES nº 023/2014.

F363r Fernandes, Sheila Milena Pessoa dos Santos.
Representações de enfermeiros(as) da Atenção Primária à Saúde sobre sexualidade no contexto da prevenção das infecções sexualmente transmissíveis/HIV [manuscrito]. / Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes. -- Belo Horizonte: 2019.
189f.: il.
Orientador (a): Maria Imaculada de Fátima Freitas.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Sexualidade. 2. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3. HIV. 4. Enfermeiras e Enfermeiros. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Freitas, Maria Imaculada de Fátima. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 30

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

ATA DE NÚMERO 139 (CENTO E TRINTA E NOVE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA SHEILA MILENA PESSOA DOS SANTOS FERNANDES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 5 (cinco) dias do mês de julho de dois mil e dezenove, às 09:00 horas, realizou-se no Auditório da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese *"REPRESENTAÇÕES DE ENFERMEIROS(AS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE SEXUALIDADE NA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV"*, da aluna *Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes*, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria Imaculada de Fátima Freitas (orientadora), Alain Giami (participou da sessão por videoconferência), Kênia Lara da Silva, Unai Tapinambás e Francisco de Sales Clementino, sob a presidência da primeira. Aberto a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;
 REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

"REPRESENTAÇÕES DE ENFERMEIROS(AS) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE SEXUALIDADE NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/HIV"

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 05 de julho de 2019.

Prof. Dr. Maria Imaculada de Fátima Freitas
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Alain Giami
(Institut National de la Santé et la Rech)

Prof. Dr. Kênia Lara da Silva
(Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Unai Tapinambás
(PM/UFMG)

Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino
(UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
em 05.08.19

Kênia A.
Prof. Dra. Kênia Lara Silva
Coordenadora/Suplente de Pós-Graduação em
Enfermagem/UFMG

M. Imaculada de Fátima Freitas

A. Giami

Kênia Lara da Silva

Unai Tapinambás

Francisco de Sales Clementino

Andréia N. Delfino

Nenhum escritor, ou escritora, jamais foi o(a) primeiro(a) e nenhum(a) escreve sozinho(a), apesar de talvez muitos se sentirem solitários(as) ao escrever.

(GAGNON, 2006).

AGRADECIMENTOS

À minha família, por ser o meu refúgio nos momentos difíceis e a minha fonte inesgotável de resiliência e amor. Nada faria sentido sem vocês.

À educação pública superior brasileira, por meio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, por viabilizar o caminho para que pessoas como eu possam conquistar a formação acadêmica com qualidade.

Ao professor Francisco Félix Lana, por aceitar o desafio de construir a proposta do Doutorado Interinstitucional (DINTER), em 2012. Agradeço por toda a dedicação ao projeto e por abraçar a Paraíba na missão de formação de doutores(as).

Ao professor Saulo Rios Mariz e à professora Cristina Ruan, coordenadores(as) do DINTER em Campina Grande-PB. Obrigada por todo empenho desde os primeiros passos dessa caminhada e pela disponibilidade e auxílio nas batalhas nesses últimos sete anos. Agradeço pelo empenho nas diversas reuniões, levantamentos e todo o trabalho invisível aos olhos mais desatentos. Vocês foram essenciais para que o projeto DINTER vencesse todos os desafios.

À professora Maria Imaculada de Fátima Freitas, pela acolhida e pela sensibilidade ao compreender minhas dificuldades e minhas escolhas. Agradeço pela abertura e pela partilha de conhecimentos, atenção e compromisso, que me conduziram até aqui. Aprendi muito com você. Aprendi, sobretudo, a manter-me firme e a não desistir de meus ideais.

Aos(Às) professores(as), membros da banca, especialmente ao professor Alain Giami, agradeço pela generosidade em participarem como examinadores(as) e partilharem seus conhecimentos.

À turma do DINTER, obrigada por compartilharem comigo os prazeres e as dificuldades de ser doutoranda, especialmente, Elaine, Fabiana, Graziela, Iluska, Roberta e Rodrigo. À amiga Jocelly, obrigada pela força e por poder confidenciar as dificuldades mais íntimas. À querida Luana, obrigada pela convivência em Belo Horizonte e pelas discussões motivadoras.

Aos(Às) participantes do estudo, que confiaram na proposta da pesquisa e partilharam suas vivências, obrigada por acreditarem que poderiam contribuir para melhoria da atenção em sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV na atenção primária.

FERNANDES, Sheila Milena Pessoa dos Santos. **Representações de enfermeiros(as) da atenção primária à saúde sobre sexualidade no contexto da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV**. 2019. 189f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

RESUMO

No eixo da integralidade da atenção à saúde, a sexualidade é componente importante no cuidado prestado pelos profissionais, tanto individual como coletivamente. A abordagem da sexualidade é essencial para que os profissionais compreendam os modos como as pessoas, sob seus cuidados, bem como a população, interpretam o risco e a prevenção de doenças, relativos à saúde sexual, na amplitude do direito previsto nos ordenamentos do setor Saúde. No caminho contrário à lógica da integralidade do cuidado, ocorre o incipiente enfoque da sexualidade no cotidiano dos serviços, inclusive na assistência de enfermagem. Tal fragilidade justifica a necessidade de investigação sobre os processos que orientam as práticas dos enfermeiros e que dificultam a inserção das questões da sexualidade nas práticas assistenciais. O objetivo geral do estudo foi compreender representações de enfermeiros(as) da atenção primária à saúde sobre sexualidade, no contexto da prevenção das IST/HIV, e os objetivos específicos foram: 1/ Interpretar as representações sobre sexualidade a partir das narrativas de vivências pessoais e profissionais de enfermeiros(as); 2/ Analisar a presença das representações sobre sexualidade na prática profissional relacionada à prevenção das IST/HIV. Trata-se de estudo qualitativo, ancorado na Teoria das Representações Sociais, na vertente proposta por Alain Giami, e na Teoria dos Roteiros Sexuais, proposta por John Gagnon. A coleta de dados foi desenvolvida por meio de 35 entrevistas com enfermeiros(as) da Estratégia de Saúde da Família de Campina Grande-PB, Brasil, com questões para caracterização dos participantes e a seguinte questão central: “Fale-me sobre sexualidade e as IST/HIV, a partir das suas experiências. Conte-me o que quiser e como quiser”. Os mesmos profissionais foram convidados a participar de grupos focais para discussão da seguinte questão: “Como são tratadas questões que envolvem a sexualidade nas práticas de saúde no contexto profissional?” Foram inseridas questões de relance, quando os assuntos surgidos não foram abordados de forma aprofundada pelo entrevistado ou pelo grupo, que foram realizados com 21 profissionais. Os dados foram organizados com auxílio do *software* MAXQDA® Standard 12. A análise fundamentou-se na Análise Estrutural de Narração. **Resultados:** A análise das trajetórias dos participantes permitiu a identificação de roteiros de sexualidade na

infância, na adolescência e na formação, marcados por estereótipos, que resultaram em obstáculos às práticas de prevenção das IST/HIV. As interpretações dos enfermeiros(os) se organizam em torno de representações de sexualidade como sinônimo de sexo e práticas sexuais e de estereótipos de gênero e de sexualidade, os quais fazem parte do imaginário social, dificultam a abordagem sobre o tema, tornando-o ausente nas intervenções em saúde na APS. As representações sobre prevenção das IST/HIV estão firmadas nas representações da doença e em estereótipos de gênero e sexualidade que dificultam a comunicação com usuários(as) e implicam em práticas restritas tanto em relação ao público, quanto às estratégias implementadas. Verificou-se que enfermeiros(os) que tiveram aprendizados culturais que cooperaram para romper com mitos e tabus da sexualidade, ao menos em parte, desvelaram disposição diferenciada e inserção da abordagem sobre as práticas sexuais e IST/HIV com usuários(as) nos serviços. Conclui-se que as representações sobre sexualidade, construídas ao longo da vida, seguem roteiros que se traduzem como barreiras para a comunicação sobre sexualidade e para a prevenção das IST/HIV na atenção primária. Os resultados mostraram a necessidade de mudanças na prática de enfermagem para inserção das temáticas da sexualidade e da saúde sexual como essenciais para atenção integral em saúde. Apontou-se como necessário o investimento em processos que considerem as subjetividades dos enfermeiros e que desconstruam estereótipos presentes nas interpretações e práticas profissionais, resultando na melhoria na prevenção das IST/HIV.

Descritores: Sexualidade; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Vírus da Imunodeficiência Humana; Enfermeiras e Enfermeiros; Atenção Primária à Saúde.

FERNANDES, Sheila Milena Pessoa dos Santos. **Primary health care Nurses' representations on sexuality in the field of Sexually Transmitted Infections**. 2019. 189f. Ph.D. Thesis (Nursing). School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

ABSTRACT

In the axis of integrality of health care, sexuality is an important component in the care provided by professionals, both individually and collectively. The sexuality approach is essential for health practitioners to understand the ways in which caregivers as well as the population interpret the risk and prevention of diseases related to sexual activity and sexual health in the breadth of the law provided for regulations of the health sector. On the contrary way to the logic of integral care, there is the incipient focus of sexuality in the daily life of services, including nursing care. This fragility in health care justifies the need to investigate the processes that guide nurses' practices and that make it difficult to introduce sexuality issues in care practices. In this study, we sought to explore the gap in primary health care in the field of STI / HIV prevention and control. The general objective of the study was to understand the representation of primary care nurses on sexuality, especially in STI/ HIV care, and the specific objectives were 1/ To interpret the representations about sexuality from Nurses' narratives about personal and professional experiences; 2/ To analyze the presence of these representations in the primary health care, in relation to the prevention of STI/HIV, from nurses' viewpoint. This is a qualitative study, anchored in the critical axis of the Theory of Social Representations, based on the perspective proposed by Alain Giami, and in the Sexual Script Theory, proposed by John Gagnon. For data collection it has been carried out 35 interviews with Nurses of the Family Health Program of the city of Campina Grande (Paraíba, Brazil) with questions to characterize the participants and the following central question: "Tell me about sexuality, based on your life experiences, including professionals. Say what you think the way you want", the same professionals has been invited to participate in the focus groups with the following central question: "How are issues that involve sexuality in health practices in the professional context?" Questions were inserted at a glance when the issues raised were not dealt with in depth by the interviewee or the group, with 21 participants. The data were organized by using the software MAXQDA® Standard 12. The analysis was based on Structural Analysis of Narration. **Results:** The analysis of the participants' trajectories has allowed the identification of Sexual's Scripts in childhood,

adolescence and in the professional undergraduation course, presented by stereotypes which results in barriers to prevention of STI/HIV. The Nurses' interpretation are organized in of sexuality representations as synonymous of sexual relation, sex and gender stereotypes and sexuality, those as a part social imaginary, turn into difficult to deal with the theme, becoming it absent in the Health Care Assistance at Health Family Program Units. The representation about prevention of STI/HIV are based on the representation of illness and gender stereotypes and sexuality, which causing problems for communication with the users and leading to strictly practices in relation to the public and to the implemented strategies. It has been verified that Nurses who has cultural apprenticeship which cooperate to deconstruct myths and taboos about sexuality, besides, those individuals show a disposition to include approaches about sexual practices an STI/HIV for the users. It can be concluded that these representations about sexuality, learned throughout life, follow scripts translated as barriers to communication about sexuality and to the prevention of STI/HIV in primary health care. The results show that is necessary to change the Nursing Practice in order to introduce Sexuality and Sexual Health as fundamental for Comprehensive Healthcare Policy. It is necessary to invest in processes that take into account Nurses' subjectivities and deconstruct stereotypes presented in the interpretations of professional practices, resulting in improvement for prevention of STI/HIV.

Descriptors: Sexuality; Sexually transmitted infections; Human immunodeficiency virus; Nurses; Primary health care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AEN	Análise Estrutural de Narração
ARV	Antirretrovirais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DINTER	Doutorado Interinstitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FASER	Faculdade Santa Emília de Rodat
FURNE	Universidade Regional do Nordeste
GF	Grupo Focal
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência
HPV	Human Papiloma Vírus
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IST/HIV	Infecção Sexualmente Transmissível/Vírus da Imunodeficiência Humana
LGBT	Lésbica, gay, bissexuais e transexuais
NUPES C	Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde/ <i>World Health Organization</i>
ONU	Organização das Nações Unidas
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PET	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
PSA	Antígeno Prostático Específico
RN	Recém-nascido
RS	Teoria das Representações Sociais
TTP	Tratamento para todas as Pessoas
UBS	Unidade Básica de Saúde

UDI	Usuário(a) de Drogas Injetáveis
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPE	Universidade de Pernambuco
UNIFACISA	Centro Universitário FACISA
UNINASSAU	Faculdade Maurício de Nassau
UNES C	União de Ensino Superior de Campina Grande
VIIH/HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos(as) enfermeiros(as) participantes do estudo, Campina Grande-PB, 2017.....	56
Quadro 2 - Artigos apresentados, título e categorias, 2019.....	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema de análise estrutural de narração	159
Figura 2 - Trajetória de E5, sexo feminino, por fases da vida, Campina Grande-PB, 2017.....	176
Figura 3 - Trajetória de E8, sexo masculino, por fases da vida, Campina Grande-PB, 2017.....	177

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Equipes, UBS e participantes selecionados para a pesquisa, por distrito sanitário, Campina Grande, Paraíba - 2017.....	43
---	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO.....	211
1.1 Sexualidade.....	233
1.2 Sexualidade, saúde e enfermagem	26
1.3 Sexualidade, Enfermagem e IST/HIV	299
2 OBJETIVOS	355
2.1 Objetivo Geral.....	366
2.2 Objetivos Específicos	366
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
3.1 Referencial Teórico-Metodológico.....	41
3.2 Campo de pesquisa e participantes	44
3.3 Técnicas e procedimentos de coleta de dados	49
3.4 Técnica de análise dos dados	51
3.5 Aspectos éticos.....	51
4 RESULTADOS	533
4.1 As narrativas no processo de coleta de dados por meio de entrevistas individuais e grupos focais	544
4.2 Caracterização dos(as) participantes	566
4.3 Resultados finais apresentados em forma de artigos.....	60
4.3.1 Roteiros de sexualidade construídos por enfermeiros e a interface com a atenção em IST/HIV	64
4.3.2 Representações de enfermeiros(as) sobre sexualidade e as práticas de cuidado	86
4.3.3 Representações de enfermeiros(as) sobre a prevenção das IST/HIV na atenção primária.....	104
5 CONCLUSÕES	1266
REFERÊNCIAS.....	1344
APÊNDICES	1533
ANEXOS.....	1799

APRESENTAÇÃO

A presente tese, intitulada Representações de enfermeiros(as) da atenção primária à saúde sobre sexualidade no contexto da prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis/HIV, se insere na perspectiva da integralidade do cuidado.

A sexualidade é uma dimensão essencial em qualquer fase da vida humana e, para além da vertente biológica, envolve sentimentos, modos de pensar e agir, construções sociais e psíquicas dos indivíduos. No entanto, a inserção da sexualidade na atenção à saúde tem sido difícil e, frequentemente, evitada. Em razão de valores culturais situados historicamente, a sexualidade é permeada por mitos, tabus e estereótipos que dificultam ou mesmo impossibilitam sua abordagem nas práticas cotidianas do cuidado, tanto no contexto pessoal e familiar, quanto no âmbito das práticas em saúde. Essa lacuna tem implicações severas na promoção da saúde, pois o baixo investimento na abordagem da sexualidade impossibilita que os(as) profissionais de saúde compreendam os modos como os(as) sujeitos, sob seus cuidados, bem como a população, interpretam o risco e a prevenção de doenças, a vulnerabilidade de homens e mulheres para cuidarem da saúde, na amplitude do direito previsto nos ordenamentos do setor Saúde, especialmente o princípio da Integralidade, sem deixar de lado os demais princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao se considerar as Infecções Sexualmente Transmissíveis e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (IST/HIV), o enfoque da atenção ocorre de forma limitada, pois as abordagens em saúde têm privilegiado a dimensão biomédica e prescritiva, com pouca ênfase nos aspectos que influenciam os modos de vivenciar a sexualidade, como as crenças e os valores individuais (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

Esses aspectos também estiveram presentes ao longo de minhas experiências pessoais e profissionais. Particularmente, a noção de sexualidade foi apreendida no processo de socialização na infância e vida adulta, primeiro como menina/adolescente e depois como mulher e enfermeira. Esse aprendizado ocorreu de forma conflituosa, pois, por um lado, era internalizada e reproduzida uma sexualidade demarcada por representações de gênero, e, por outro, haviam subversões que recusavam e não admitiam a condição restrita e limitada imposta muitas vezes pelo simples fato de ser mulher.

A atuação profissional possibilitou a vivência de diferentes aspectos imbricados na prática assistencial do(a) enfermeiro(a) a pessoas com IST/HIV, nos quais a sexualidade aparece como um dos aspectos centrais. Na assistência, especialmente às mulheres, deparei-me com o seu frágil poder de negociação com os parceiros sexuais acerca do uso de preservativos e das relações extraconjugais. Quanto aos homens, ouvi afirmações de associação de virilidade

à fertilidade e à reprodução, sobre o receio de que o uso da contracepção por suas companheiras pudesse predispor à infertilidade, além da expectativa negativa de o preservativo interferir no prazer e prejudicar a espontaneidade do ato sexual. Parece que essas representações sempre estiveram e ainda estão fortemente relacionadas aos modos de exercício da sexualidade que contribuem para permanência de vários problemas em saúde, como a violência, a disseminação das IST/HIV e a vivência conflituosa e pouco prazerosa da sexualidade.

A partir dessas experiências, pude observar a incipiente abordagem desses problemas pelos(as) enfermeiros(as), com destaque apenas para intervenções pautadas no tratamento das doenças e orientações gerais sobre uso de preservativos. Tal aspecto revela que a incorporação da dimensão da sexualidade e saúde sexual à rotina de cuidados em enfermagem ainda é incipiente, apesar de consistir em questões comuns vivenciadas pelos profissionais.

Durante a realização do mestrado, em 2011, aprofundi-me nas questões que envolvem gênero, como a sexualidade e corpo. Essa imersão permitiu identificar a incipiente inserção do tema, na graduação em enfermagem, além de melhor compreensão de sua relevância para o cuidado em saúde.

Como professora, deparei-me com atitudes de resistência, ou mesmo recusa, dos(as) profissionais ao propor abordagens da sexualidade. Naqueles momentos, pude perceber que a questão de os(as) profissionais evitarem a aproximação com a sexualidade possui um componente que vai além do modelo de saúde, ainda fragmentado e biológico com ênfase em procedimentos, e da incipiente inserção na formação. Pude perceber que tratar de sexualidade com idosos(as), adolescentes, homens e mulheres possuía limitações e entraves alicerçados nas visões preconcebidas dos(as) profissionais de que os(as) usuários(as) não têm necessidades nesse campo, ou que eles(as) poderiam sentir-se constrangidos(as) com tais abordagens. Contudo, na nossa experiência, os usuários e as usuárias se mostram dispostos a revelar, discutir e aprender sobre sexualidade. Essa contradição despertou o interesse por este estudo, ao instigar-me a explorar como os(as) enfermeiros(as) representam sexualidade e de que modo essas representações estão presentes no seu trabalho cotidiano.

Esta investigação, orientada pela Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas, insere-se na linha de pesquisa Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos, vinculada ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESC), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Ressalto que a participação neste doutorado é resultado de uma proposta que teve início em 2012, na qual um grupo de docentes do curso de enfermagem da Universidade

Federal de Campina Grande (UFCG), almejando a qualificação acadêmica, buscou apoio junto ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, da Universidade de Minas Gerais, para capacitação de 17 professores(as) por meio do Doutorado Interinstitucional UFMG/UFCG, iniciado em 2015, Edital CAPES nº 023/2014.

A tese foi organizada em consonância com a Resolução Nº 031-2014-CPG, do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, que prevê o formato de compilação de artigos, conforme decisão conjunta com a orientadora.

Desse modo, inicialmente, encontra-se a introdução, na qual são pontuados os conceitos chave e a problematização do objeto de estudo; em seguida, apresenta-se o referencial teórico-metodológico para a abordagem qualitativa, situando as Representações na vertente do Construtivismo Social, como proposto por Giami; Veil (1997) e na teoria dos roteiros sexuais, de acordo com Gagnon (2006); posteriormente, encontram-se os resultados do estudo, os quais são apresentados os três manuscritos da tese: o primeiro, intitulado Roteiros de sexualidade construídos por enfermeiros e a interface com a atenção em IST/HIV; o segundo, intitulado Representações de enfermeiros sobre a sexualidade e as práticas de cuidado; e o terceiro, intitulado Representações de enfermeiro sobre a prevenção das IST/HIV na atenção primária. Por último, são apresentadas as conclusões do estudo.

1 INTRODUÇÃO

O paradigma de saúde biomédico predominou por décadas no Brasil. Esse modelo caracteriza-se por buscar fornecer soluções universalmente conhecidas para problemas de saúde, centradas na assistência médica, curativa e individual. Historicamente, esse modo de operar na saúde não foi capaz de corresponder satisfatoriamente aos problemas apresentados, devido à ênfase na doença e no procedimento, ao mesmo tempo em que desconsidera as dimensões psicossociais presentes nas relações de cuidado (DIAS; GAMA, 2014; MELLO, 2017). Ao se tratar da aids, a forte influência das ações medicalizadas, apesar de oferecer avanços importantes para o tratamento, não contemplam a complexidade da sexualidade e os fatores socioculturais que interferem na prevenção. Como resultado, estudos alertam sobre o recrudescimento da epidemia no país em razão do baixo investimento na prevenção direcionada à população (GRANJEIRO; CASTANHEIRA; NEMES, 2015; KERR, 2018).

De modo contrário, os processos de trabalho que se baseiam nos princípios da integralidade e da interdisciplinaridade mostram respostas mais satisfatórias em saúde, pois movimentam mudanças e rupturas de valores tradicionais, como a fragmentação do cuidado e do enfoque na dimensão biomédica (VIEGAS; PENNA, 2015). Nessa lógica, o cuidado em saúde é pautado em abordagens que transcendem a perspectiva biológica e inclui aspectos multidimensionais para compreensão das necessidades humanas (RANGEL et al., 2017). Portanto, cuidar, intervir e transformar implicam em abordar os problemas e as pessoas a partir da compreensão do contexto social e cultural em que se inserem, considerando como se sentem, pensam e agem. O cuidado integral agrega também o acesso à rede de serviços de qualidade e ajustados às necessidades de saúde, de modo a oferecer ações de promoção, de prevenção e curativas, por meio do reconhecimento, sem discriminação, da diversidade e singularidades das pessoas e comunidades (OPAS, 2017; FERNANDES; NARCHI, 2013).

O paradoxo entre a integralidade da atenção em saúde e as práticas biomédicas desenvolvidas nos serviços resulta de um processo histórico-social que produz múltiplas disputas nos modos de produção da saúde. Sobremaneira, as práticas em saúde ainda permanecem ancoradas em representações simbólicas que enfatizam a clínica e os procedimentos, em detrimento das subjetividades em torno do que é objeto e sentido das ações de saúde (MERHY, 1999).

Essa dicotomia possui reflexos importantes na busca pela integralidade no cotidiano dos serviços. Nesse sentido, ressalta-se que a atenção às necessidades ampliadas de saúde, como exige o fenômeno da aids, é um dos maiores desafios para efetivação de práticas de prevenção, pois a ênfase nos serviços recai sobre a doença e os procedimentos, em detrimento da abordagem necessária dos aspectos relativos a sexualidade.

Essa lacuna se torna central e é corroborada por diferentes autores(as), os quais enfatizam a incipiente inserção da abordagem da sexualidade como uma importante limitação à integralidade (FERREIRA et al, 2015; BARBOSA; S MÁSSIMO, 2015; CESNIK; ZERBINI, 2017). Esses estudos sinalizam a importância de melhor investimento nesse campo, principalmente ao se considerar a relevância da sexualidade para o cuidado, quando esta se trata de um direito humano fundamental (ONU, 1994; 1995, BRASIL, 2010, 2015a), contemplado como alvo de investimento na agenda de saúde nacional e internacional (BRASIL, 2015b, OPAS, 2018).

1.1 Sexualidade

O termo sexualidade surgiu no século XIX, mediante descobertas dos mecanismos biológicos de reprodução e das variações individuais e sociais do comportamento sexual. A sexualidade se definiu, então, em um conjunto de regras e normas, algumas tradicionais e outras novas, que se apoiavam em aparelhos religiosos, legais, pedagógicos e médicos. Porém, a sexualidade emerge a partir do sentido e do valor individual à conduta, deveres, prazeres, sentimentos, sensações e sonhos (FOUCAULT, 1984). A dicotomia entre esses sentidos e uma conceituação biológica e comportamental está, portanto, no mito fundador, nos fundamentos e na discussão social sobre sexualidade.

Conceitualmente, compreende-se que a sexualidade não é apenas constituída por estímulos acionados ou não biologicamente, mas é um fenômeno elaborado e operado socialmente (GIDDENS, 1993).

A sexualidade não se limita a comportamentos ou a práticas sexuais, mas é um elemento essencial da vida e corresponde a um processo contínuo que se inicia ao nascer e é vivida por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relações (WHO, 2006; GOMES; LISBOA, 2015).

Os sentidos e valores atribuídos à sexualidade também sofreram transformações ao longo do tempo. Inicialmente, a reprodução sexual esteve na ordem das coisas, mas com a modernidade, a subjetividade humana foi acompanhada de autonomia no campo da sexualidade, distanciando-se da noção tradicional da procriação. Esse movimento ocorreu em meio à repressão das funções e das emoções corporais, do aumento da intimidade e da distância entre os corpos, ao passo que surgiram as iniciativas de conhecer e o desejo de interpretar os movimentos secretos do corpo, rompendo com o preceito religioso da carne (BOZON, 2009).

O distanciamento dos parâmetros morais contribuiu e modificou a noção de normalidade sexual situada na vida reprodutiva e inseriu uma perspectiva baseada na comunicação, na liberdade e no bem-estar das atividades sexuais. Reforçada pela emergência das questões de saúde e de direitos sexuais, a atividade sexual passou a ser negociada entre parceiros(as), sobretudo em torno dos riscos dela decorrentes, como a gravidez ou as infecções (GIAMI; MOREAU; MOULIN, 2015).

Em consonância, nas últimas décadas, dispositivos como a disponibilidade de uso da pílula anticoncepcional, a mídia e a discussão sobre direitos humanos das minorias sexuais impulsionaram mudanças e novas configurações da sexualidade (STEARNS, 2010). Contudo, essas transformações foram marcadas pelo retorno da repressão às expressões em torno da sexualidade, seja por meio dos dogmas religiosos, retomadas de forma contundente, recentemente, pelo governo brasileiro (FOLHA DE SÃO PAULO, 2018); seja pela tecnologia do sexo ou pelas interdições após a descoberta da aids (SEIXAS, 1998).

Indiscutivelmente, após a descoberta da aids, a discussão sobre sexualidade foi retomada (MANN; MONTEIRO, 2018). Entretanto, esse debate foi marcado por conflitos, estigmas e preconceitos relativos à sexualidade, à doença e aos sentimentos negativos em torno da soropositividade. Essas construções foram determinadas e estruturadas socialmente, sendo a própria produção científica sobre o assunto susceptível e sustentada por essas representações (GIAMI; VEIL, 1997).

Apesar da ressonância dessas questões e do papel central da sexualidade na atualidade, a discussão em torno desse tema é marcada por disputas no campo social, pois confronta os padrões nos quais as pessoas estão inseridas e suscita polêmicas relacionadas aos mitos e tabus aprendidos ao longo da vida.

Como um conjunto de concepções estereotipadas, os mitos e os tabus são resultados da interação sociocultural e de sua introjeção por mecanismos psíquicos individuais e, na sexualidade, se expressam de diferentes formas, como nas noções sobre a prática do sexo no casamento, além da virtude da virgindade feminina e do estigma da homossexualidade (FURLANI, 2003). Essas e outras representações são constituídas e mantidas, em parte, pelos dogmas religiosos. Sobre esse aspecto, estudo anterior identificou que a religião contribui para formação de opinião de jovens sobre os direitos sexuais e reprodutivos que interferem na prevenção do HIV. Transversalmente, a sexualidade é compreendida na perspectiva da heterossexualidade e normatividade, associada a uma prática sexual impregnada de valores morais que dificultam a prevenção (COUTO et al., 2017).

O preconceito relativo à sexualidade não é originado apenas da religiosidade, tendo em vista que, em determinadas religiões, ele é baixo, enquanto, em outras, o nível de preconceito é elevado (COSTA et al., 2015). O estudo sugere que atitudes preconceituosas não derivam exclusivamente da religião, mas de uma posição mais conservadora e de moralidade pessoal, constituídas a partir de um conjunto de aspectos inscritos no campo social.

O modo como a sexualidade é interpretada decorre de normas de gênero introjetadas culturalmente. De tal modo, a sexualidade feminina é entendida como um fenômeno complexo e intrigante, não redutível a uma função orgânica específica, condicionada a problemas relacionais considerados mais adequados à intervenção psicológica. A sexualidade masculina, por sua vez, define-se pela lógica do desempenho, medida pela ereção e tratada com medicamentos e técnicas que resolvam o problema específico da disfunção erétil. Como resultado, os discursos e práticas associam mulheres ao esteio da conjugalidade e vetor dos afetos, e, de modo oposto, vinculam os homens à prática do sexo (ROHDEN; RUSSO, 2011). Esse *script* social se inscreve na compreensão restrita à natureza biológica do sexo, caracterizada para o homem pela centralidade do pênis e pela simplicidade do seu funcionamento e, de modo inverso, para a mulher, por representações tradicionais que remetem às dimensões psicológica, emocional e relacional, como também aos seus incipientes desejo e excitação sexual (GIAMI, 2007).

Nessa direção, pode-se identificar a noção de corpo como objeto social e uma dimensão essencial para compreensão das interpretações sobre sexualidade. Salienta-se que o corpo, como artefato cultural, se constitui como ‘vitrine’ das experiências e se modifica a partir das interações vividas no contexto social. A partir também de estereótipos, o corpo enseja a interpretação e a visibilidade das práticas sexuais ou da doença, impregnadas de estigmas e de discriminação em razão da vivência da corporeidade (IVO; FREITAS, 2014). Sobre o corpo se criam imagens e representações, como também se desenvolvem formas de negá-lo, sobretudo quando há junção com a sexualidade.

Portanto, neste estudo, compreende-se que corpo, gênero e sexualidade compõem um conjunto inscrito no comportamento sexual. Esse comportamento sexual é aprendido no campo social, no qual fazem parte os impulsos fisiológicos, que se inserem e se subsistem a partir de roteiros sociais complexos. Esses roteiros e suas configurações práticas sobre o sentido das atividades concretas são aprendidos no ciclo de vida, sob circunstâncias históricas e culturais (GAGNON, 2006).

1.2 Sexualidade, saúde e enfermagem

No contexto das práticas em saúde, a sexualidade é problematizada por diversos estudos. Na enfermagem, especialmente, esses estudos reforçam que a inserção da sexualidade no cuidado é uma forma sistemática e adequada de avaliar os(as) pacientes e ajudar profissionais de saúde a oferecer uma atenção completa e de qualidade (COBO-CUENCA, MARTÍN-ESPINOSA; CAMPOS, 2013). Nesse sentido, as contribuições de enfermagem são de comunicação, que consistem em acolher as verbalizações do(a) paciente e da parceria sexual, quando houver, identificando dificuldades e fatores relacionados que podem ser representados por questões emocionais ou incipiente conhecimento sobre sexualidade (SANTOS ANDRE; REGINA MARIA, 2014).

Na assistência, depreende-se a ampla aceitação da sexualidade como temática legítima que deve ser inserida nos cuidados de enfermagem na perspectiva holística e integral (QUINN; HAPPELL, 2013; GARCIA; LISBOA, 2012; SAUNAMAKI; ENGSTROM, 2014). Nesse sentido, considera-se que o processo saúde-doença guarda relação com a sexualidade, pois a doença e o tratamento podem afetar essa dimensão da vida (ZENG; LIU; LOKE, 2012; JULIEN; THOM; KLINE, 2010). Em outro ponto de vista, ao abordar a sexualidade e encontrar caminhos para que os(as) pacientes possam vivenciá-la, poderia se fornecer certa saída para superar o medo e a angústia e contribuir para recuperar a vida de pessoas com doenças graves (KOTRONOULAS; PAPADOPOULOU; PATIRAKI, 2009; ZENG; LIU; LOKE, 2012).

O(a) profissional de enfermagem pode desempenhar atividades que envolvem a sexualidade, tanto na promoção da saúde, quanto na prevenção de doenças (ANDRADE et al., 2016), com diferentes grupos populacionais, com a equipe de enfermagem e multiprofissional, bem como a família e a comunidade. O cuidado de enfermagem no campo da sexualidade é relativo às diferentes fases da vida, além de ser aspecto essencial na atenção à pessoa com deficiências, transtorno mental, doenças crônicas ou em uso de medicamentos que alteram clinicamente suas vivências sexuais (MERRYFEATHER, 2011; COSTA; COELHO, 2013; CASSIDY; GOLDBERG; ASTON, 2016, ANDRADE et al., 2016). Esses estudos apontam, porém, a necessidade de uma maior intersecção entre sexualidade e assistência pela enfermagem, uma vez que, apesar do maior reconhecimento, a exploração das problemáticas vivenciadas ainda é restrita e incipiente.

Nesse sentido, os(as) profissionais, amparados(as) por noções estereotipadas, pouco discutem ou inserem a temática da sexualidade nas intervenções (GARCIA; LISBOA, 2012).

Portanto, a despeito da sua relevância, reitera-se que a sexualidade é um tema pouco pontuado nas abordagens preventivas de saúde (BARBOSA; SOUZA; FREITAS, 2015). Apesar de o aprendizado científico ser louvado como a base das profissões e agregado na formação acadêmica, os(as)enfermeiros compartilham as representações sobre sexualidade presentes na sociedade, provenientes de todas as formas de conhecimento do senso comum, ao mitológico, artístico, religioso que também estão presentes na ciência, sobretudo pela ausência de conteúdos específicos na formação e as trazem para os modos de lidar com o cuidado do(a) outro(a), (SOUZA, 2014). Em estudo anterior, afirmou-se que os(as) enfermeiros(as) não recebem, em geral, formação profissional, ao longo do curso ou da prática clínica, sobre sexualidade. As questões de sexualidade podem, portanto, ser o tipo de situação em que os(as) enfermeiros(as) se encontram indispostos a abordar, mas que são obrigados(as) a responder, no exercício profissional (GIAMI; MOREAU; MOULIN, 2015). Somado a isso, existe o desconhecimento sobre a intersecção entre sexualidade e saúde.

Estudo realizado no ano de 2014 apontou que, nas escolas médicas, menos de 50% dos(as) professores(as) abordam a sexualidade não normativa ou aspectos sociais da sexualidade (RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2014). De modo semelhante, na enfermagem essa temática, quando presente, está limitada à perspectiva biologicista e patologizante (SEHNEN et al., 2013). Como exceção, pode-se mencionar a tese de Cesnik-Geest (2016), que trata da capacitação de enfermeiros(as) em sexualidade, e o livro de Giami; Moreau; Moulin (2015), que interroga a enfermagem em relação à sexualidade no exercício da profissão.

Outros autores mostram que as barreiras para inserção da sexualidade no cuidado decorrem do desconforto dos(as) profissionais diante das queixas sexuais dos(as) usuários(as), associado a atitudes heterossexistas, as quais reforçam vulnerabilidades (RUFINO; MADEIRO, 2015). Desse modo, a compreensão da sexualidade, reduzida historicamente ao contexto reprodutivo, mantém proibidas, negadas ou reprimidas outras formas de exercício da sexualidade. Contudo, o indivíduo vivencia desejos e prazeres de outros modos, seja com parceiro(a) do mesmo sexo, do sexo oposto, de ambos os sexos, ou mesmo sem parceiro(a) (MATÃO et al., 2010).

As concepções, atitudes e práticas de enfermeiros(as)sobre sexualidade remetem às interpretações sociais e constituem uma das principais saliências que dificultam a inserção desse tema na assistência. Os(as) profissionais ainda consideram a sexualidade como uma questão sensível e delicada pertencente à esfera privada (FERREIRA et al., 2015). Quando inserida na assistência, a discussão sobre sexualidade nos cuidados de enfermagem ainda é

caracterizada como tabu e permeada por preconceitos. Logo, discutir a sexualidade ainda é desafiador e difícil para os(as) enfermeiros, pois envolve sentimentos de conflito, tais como o medo e o embaraço (SAUNAMAKI; ENGSTROM, 2014). Ademais, o(a) profissional sente-se desconfortável e não possui confiança na sua própria capacidade de lidar com as queixas sexuais dos(as) seus(as) pacientes (ZENG; LIU; LOKE, 2012).

Para os(as) usuários(as) dos serviços de saúde, há inúmeras questões relativas à sexualidade, como a autoimagem e as subjetividades, que causam preocupação, mas que não são abordadas pelos(as) profissionais. Entre elas estão: a forma e o tamanho do pênis e dos genitais externos femininos, a satisfação sexual própria e das parcerias, os conflitos em razão da identidade de gênero e das relações sexuais (OPAS, 2018).

O silêncio em torno dessas questões soma-se às próprias crenças dos(as) profissionais, as quais orientam condutas e interferem na interpretação sobre as necessidade de saúde dos(as) usuários(as). Os(as) idosos(as), por exemplo, são excluídos(as) da atenção, por não existir a preocupação com a sexualidade porque os(as) profissionais consideram que sexo é uma atividade da juventude que se encerra com o avançar da idade (ALENCAR; CIOSAK, 2016), além de compartilhar estereótipos e preconceitos relacionados ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) e aids para esse grupo (CASSETTE et al., 2016).

Ao tratar dos(as) adolescentes, os(as) profissionais de saúde abordam o tema sexualidade com cautela, pois acreditam que as discussões incitam a prática sexual entre eles(as) (SAMPAIO et al., 2010). Sobre os(as) usuários(as) dos serviços de saúde mental, que é um grupo historicamente reprimido quanto à sexualidade, encontrou-se que continuam sofrendo repressões nos serviços de saúde, que falam apenas com amigos(as) do mesmo sexo sobre esse tema e que não conversam com profissionais e vice-versa (BARBOSA; SOUZA; FREITAS, 2015; MANN; MONTEIRO, 2018). Outro estudo revelou, por sua vez, que tentativas de suicídio e os suicídios são maiores em minorias sexuais, alertando para o fato de que os(as) profissionais de saúde não abordam o assunto (BLOSNIICH et al., 2016).

Além de não abordarem questões de sexualidade, os(as) profissionais amparam suas práticas nos serviços de saúde no pressuposto normativo da heterossexualidade, dificultando que pessoas com outras formas de relacionamento, como os homossexuais, por exemplo, exponham suas necessidades (TAQUETTE; RODRIGUES, 2015). O objeto da sexualidade, na área da saúde, é ainda mais distante quando se trata de transexualidade, porque essa é vista como fora das normas sociais históricas da heterossexualidade, exigindo, portanto, intervenção médico-psicológica. Muito raramente ela é entendida como um direito, uma

normalidade nos processos dos desejos, das capacidades de respostas eróticas a estímulos sexuais e amorosos, independentemente do gênero entre os pares (BENTO, 2006).

1.3 Sexualidade, Enfermagem e IST/HIV

A sexualidade, como objeto do cuidado, deveria estar presente nos diferentes ciclos e processos de vida, nas suas diversas formas de expressão e singularidades e nos diversos contextos de saúde e de doença. Seu escopo é abrangente e, neste estudo, foi explorado a partir da atenção às pessoas e população no campo das Infecções Sexualmente Transmissíveis e do vírus da imunodeficiência humana (IST/HIV). Considerou-se que as IST/HIV encontram-se nos possíveis e indesejados riscos ao se vivenciar a sexualidade, o que é relevante quando se trata da prevenção e promoção da saúde, tendo os(as) enfermeiros(as) responsabilidade e poder nas ações nesse campo.

A preocupação com atenção em IST/HIV é global devido à magnitude e à transcendência desses agravos, com repercussões nas vidas e nas relações interpessoais das pessoas acometidas. Estima-se que, mundialmente, a cada ano, 357 milhões de pessoas adoecem com uma das quatro IST mais frequentes: clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase (WHO, 2019). No Brasil, não é possível determinar o número de casos, pois não há notificação compulsória para todas as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), dificultando a visibilidade epidemiológica do problema. Contudo, as estimativas apontam que, a cada ano, ocorrem 1.541.800 casos de gonorreia, 1.967.200 de clamídia, 685.400 de Papiloma Vírus Humano (HPV), 640.900 de herpes genital e 937.000 casos de sífilis (BRASIL, 2016a); além da transmissão vertical de sífilis, que mostra perfil epidemiológico ascendente nos últimos anos, sendo que, em 2016, alcançou 20.474 casos no ano (BENZAKEN, 2018). Graves problemas de saúde podem decorrer das complicações das IST, como infertilidade, abortos e câncer (KIELLBERG; KOFOED; SAND, 2013; BRASIL, 2006; CIESIELSKA et al., 2012). Ademais, as IST são as principais facilitadoras da transmissão do HIV (OMS, 2005).

O número de casos de infecção pelo HIV se mantém em queda na maior parte do mundo. Entretanto, estima-se que em 2017 houve 1,8 milhão de novas infecções e que 36,9 milhões de pessoas viviam com HIV. Dessas, 9,4 milhões não conheciam seu estado sorológico (UNAIDS, 2018).

No Brasil, a epidemia mostra características sociais importantes de vulnerabilidade, nos últimos anos, com concentração na população de homens jovens, homossexuais, e maior

número de casos nas regiões Sudeste e Sul, mas com crescimento nas regiões Norte e Nordeste. Foram notificados no país, entre 2007 e junho de 2018, um total de 169,932 (68,6%) casos de HIV em homens e de 77,812 (31,4%) casos em mulheres. A maioria dos casos encontra-se entre 20 a 34 anos (52,6%). Ao considerar os homens maiores de 13 anos de idade, as infecções foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual (59,4%), heterossexual (36,9%), e pelo uso de drogas injetáveis (UDI) (2,6%). Entre as mulheres, a maioria dos casos se insere na categoria de exposição heterossexual (96,8%) e UDI (1,6%). Quando se considera o número de casos: 100 mil habitantes, nos últimos 10 anos (2007-2017), por região do país, verifica-se que a região Centro-Oeste apresentou pouca variação (16,7 casos/100 mil hab); Sudeste e Sul apresentaram tendência de queda (22,0 e 32,9, passando para 17,1 e 24,1, respectivamente); e as regiões Norte e Nordeste apresentaram tendência e crescimento da taxa de detecção (16,4 e 12,7, passando para 23,6 e 15,7, respectivamente) (BRASIL, 2018a).

Quanto às medidas de controle, no plano internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2019) reitera que a modificação do panorama infecção *versus* redução da transmissão das IST/HIV relaciona-se a práticas efetivas de prevenção, que incluem educação sexual abrangente, aconselhamento sobre sexo seguro e sobre mudanças de comportamento, os quais exigem construção e reconstrução de saberes e aquisição de noções sobre as IST/HIV, corpo e gênero. Esses aspectos remetem à sexualidade, devendo ser alvo das práticas de profissionais de saúde. Igualmente, recomenda-se a comunicação sobre sexualidade para prevenção das IST/HIV nos serviços de atenção primária, bem como investimento em iniciativas que capacitem os(as) profissionais de saúde para abordagem da saúde sexual e sexualidade (OPAS, 2018).

No âmbito nacional, em 2015, foi apresentado o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) com vistas à Atenção Integral às Pessoas com IST. Ressalta-se que a última publicação correlata havia sido apresentada em 2006. O documento atual “orienta o papel dos(as) gestores(as) no manejo programático e operacional desses agravos, bem como as ações dos(as) profissionais de saúde na triagem, diagnóstico, tratamento e ações de prevenção às populações-chave e/ou pessoas com IST e suas parcerias sexuais” (BRASIL, 2015c, p.13). Nota-se que, reproduzindo o material de 2006, o protocolo traz a reafirmação do papel do(a) enfermeiro(a) no manejo das IST, que possui, entre outras atribuições, “a realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, a solicitação de exames complementares, a prescrição de medicações e o encaminhamento, quando necessário, de usuários(as) a outros serviços” (BRASIL, 2015c, p. 15).

O material explicita, ainda, a nova abordagem das IST, intitulada prevenção combinada, em substituição à abordagem sindrômica, alinhando-se às diretrizes internacionais sobre as formas de prevenção e de assistência para identificação e tratamento das IST sintomáticas e assintomáticas. Apesar de se intitular como uma nova abordagem de Política Pública, no material, predominam as orientações biomédicas, não sendo identificadas as abordagens psicossociais necessárias à prevenção das IST. Em 2018, esse protocolo encontrava-se em revisão. Na proposta disponibilizada para consulta pública, constam acréscimos de capítulos que tratam da abordagem da sexualidade para a prevenção, mas que não foram explicitadas por se tratar de um documento ainda não oficial (BRASIL, 2018b). Tal documento deverá sofrer modificações, considerando-se as mudanças que estão ocorrendo nos núcleos de poder do governo federal, inclusive no Ministério da Saúde, a partir de janeiro de 2019, com a mudança de governo.

Em 2017, foi incorporada como política de saúde, no Brasil, a prevenção combinada. O termo agrega a combinação da abordagem *biomédica*, *estrutural* e *comportamental* da prevenção do HIV, considerando também as “singularidades dos sujeitos e as especificidades dos meios em que estão inseridos”. A *dimensão biomédica* corresponde às estratégias para evitar as relações sexuais desprotegidas e o contato com material biológico contaminado. Para tanto, são propostos o uso dos preservativos masculino e feminino, Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), Profilaxia Pós-Exposição (PEP) e o Tratamento para todas as Pessoas (TTP), mediante uso regular de antirretrovirais (ARV) pelas pessoas vivendo com HIV (PVHIV). A *dimensão estrutural* contempla mudanças de características sociais, culturais, políticas e econômicas promotoras das vulnerabilidades, de acordo com os contextos e relevâncias locais, como o preconceito. A *dimensão comportamental* envolve a intervenção nas vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, com foco nas relações de gênero e sexualidade, nas questões raciais, religiosas, geracionais e de pobreza, além da qualidade de respostas institucionais por meio de investimentos governamentais e disponibilidade de serviços de saúde específicos (BRASIL, 2017a, p. 20; BRASIL, 2018c).

A elaboração da proposta da prevenção combinada aconteceu ao mesmo tempo em que pesquisadores(as) denunciavam e contestavam os retrocessos nas iniciativas preventivas direcionadas ao HIV/aids no Brasil (MALTA; BEYRER, 2013; FERRAZ; PAIVA, 2015). Esses retrocessos foram fortemente influenciados pelo enfraquecimento da resposta institucional e das práticas preventivas. O apelo à dessexualização da prevenção e o recuo das políticas sobre sexualidade, associados aos estigmas e à abordagem tecnicista da saúde, com base em representações que negam a diversidade sexual e cultural, e a importância dos modos

de viver e os contextos sociais dos indivíduos e populações têm sido os principais responsáveis por esses retrocessos, os quais são intensos nas novas políticas e discursos institucionais do Governo Federal a partir de 2019. Compreende-se que os progressos da biomedicina são insuficientes diante da falta de transformações dessas representações de IST/HIV, sendo que as medidas de prevenção devem ser implementadas considerando os aspectos psicossociais presentes na atenção à saúde.

Ressalta-se que a abordagem das IST/HIV, no contexto da integralidade em saúde, é transversal às práticas de cuidado e pode ser identificada em diferentes políticas públicas no SUS. Como exemplo, pode-se mencionar a Política de Saúde para as Mulheres (BRASIL, 2004), a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (2008), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2013). Esses marcos legais reiteram a relevância da inserção de práticas em saúde que ofereçam atenção integral às pessoas para prevenção das IST/HIV na rede de serviços, com ênfase na eliminação do preconceito e da discriminação da população nos serviços de saúde, inclusão de ações educativas nas rotinas desses serviços voltadas à eliminação do preconceito por orientação sexual e identidade de gênero; inclusão dessas temáticas nos processos de educação permanente de trabalhadores(as) da saúde.

Como cenário para implementação dessas práticas, a APS destaca-se na rede de serviços pela capacidade de implementação de ações de prevenção com foco nas vulnerabilidades individuais e coletivas em relação à epidemia de HIV e a ocorrência da IST. Essas ações devem ser orientadas pelo respeito à diversidade sexual e à vivência da sexualidade, bem como atenção às dimensões subjetivas da prevenção e aos contextos estruturantes da vida das pessoas e dos grupos (NEMES, 2009).

Na APS, o(a) enfermeiro(a) destaca-se como um dos principais atores do processo de cuidado às pessoas na prevenção das IST/HIV. Neste cenário, os cuidados de enfermagem envolvem a educação em saúde, a avaliação abrangente e completa, aconselhamento sobre saúde sexual, oferta de preservativos, imunizações, realização de testes, tratamentos, busca ativa de parcerias sexuais e apoio ao(à) usuário(a) para tomada de decisões informadas (BUNGAY; MASARO; GILBERT; 2014).

Como limitações dessas práticas, estudos denunciam o distanciamento do(a) enfermeiro(a) dos temas relativos à sexualidade, na prática profissional, mesmo quando o foco são as IST/HIV, o que não é diferente de outras profissões da saúde (ALBUQUERQUE et, 2014; ALENCAR; CIOSAK, 2016; BELÉM et al, 2018).

Acredita-se que os(as) profissionais se apoiam nas representações sobre sexualidade introjetadas ao longo de suas vidas e não necessariamente são rompidos os mitos e tabus ao ganharem aspectos acadêmicos. Assim, são necessários momentos de reflexão coletiva desses atores sobre seu trabalho, objetivando a melhoria das ações de prevenção e controle do HIV (SOUZA; FREITAS, 2009). Por outro lado, os(as) enfermeiros(as) também são pessoas, mulheres e homens como os(as) outros(as); e a sexualidade os(as) preocupam em sua subjetividade, nas vidas privadas e profissionais (GIAMI; MOREAU, MOULIN, 2015).

Desse modo, compreende-se que abordar IST/HIV no contexto da APS requer que os(as) profissionais reflitam sobre suas próprias concepções e práticas, mesmo que tais reflexões possam ser conflituosas por estarem ancoradas em mitos, tabus e estereótipos da sexualidade ainda não superados, assim como, muitas vezes, nas experiências pessoais.

Os estereótipos, estigmas e preconceitos sobre sexualidade estão presentes nas práticas e contribuem para que as IST/HIV permaneçam como problema de saúde pública, causando impacto negativo na qualidade de vida e nas relações interpessoais (WHO, 2016). Portanto, ressalta-se que as investigações em saúde, até o momento, não têm investido em boas perguntas sobre os processos que levam enfermeiros(as) a evitar a abordagem da sexualidade nas práticas (FERREIRA et al., 2015). Da mesma forma, estudos apontam para a necessidade de pesquisas que investiguem as experiências dos(as) enfermeiros(os) no atendimento ao(à) usuário(a) nos cuidados em IST, com o objetivo de identificar as práticas e situar o papel da profissão nesse contexto (BASTOS, 2012; BUNGAY, 2017).

Especificamente em relação às IST/HIV, os(as) pesquisadores(as), apesar de investirem na identificação de entraves da implementação das ações em IST/HIV (ROMOREN et al., 2007; YIN, 2008; TSAI, 2008; GUIMARÃES et al., 2009; CHOUDHRY et al., 2010; LIMA et al., 2013; VAL; NICHATA, 2014; BHAVSAR; PATEL; MARFATIA, 2014), não aprofundam os estudos sobre a relação desses entraves na perspectiva das representações dos(as) profissionais de saúde sobre sexualidade, o que pode sustentar os vazios de concepção e de instrumentos que dificultam ou impossibilitam a atenção integral em IST/HIV. A compreensão das representações dos(as) enfermeiros(as), a partir de suas experiências pessoais e profissionais sobre sexualidade, pode desvelar os fundamentos dessas representações e seus desdobramentos na atenção à saúde com enfoque nas IST/HIV.

Apesar de delimitar o estudo a partir da vivência e prática de enfermeiros(as), compreende-se que os resultados podem trazer elementos importantes para outras áreas e espaços de atenção à saúde, pois se pode afirmar que representações sobre sexualidade e atenção às IST/HIV não estão relacionadas, exclusivamente, a um grupo profissional.

Assim, o presente estudo tem como objeto de investigação as representações de enfermeiros(as) da Atenção Primária de Saúde sobre a sexualidade na prevenção das IST/HIV.

Com base nestas considerações, o estudo possui as seguintes questões norteadoras: Quais as representações dos(as) enfermeiros(as) da atenção primária à saúde sobre sexualidade? Como as representações dos(as) enfermeiros(as) sobre sexualidade se apresentam em suas práticas na atenção à saúde, ao se tratar das IST/HIV?

Assumiram-se como pressupostos que: 1/representações de enfermeiros(as) sobre sexualidade são construídas nas trajetórias de vida, estão presentes em suas experiências pessoais e profissionais e possuem desdobramentos para a atenção em IST/HIV; 2/as representações que pautam os modelos biologizantes e curativistas de atenção à saúde contribuem para manter práticas assistenciais que não incluem a sexualidade e a saúde sexual dentro da concepção de integralidade de atenção; 3/ a atenção integral no campo das IST/HIV requer a abordagem das questões de sexualidade a partir de uma perspectiva da subjetividade das pessoas, que inclui as formas de pensar o mundo, suas representações, mitos, tabus e estereótipos relacionados a elas.

A justificativa para realização deste estudo com enfoque nas representações de enfermeiros(as) sobre sexualidade encontra-se na lacuna da assistência à saúde em torno dessa temática, com dificuldades para a implementação de estratégias eficazes de prevenção, promoção, tratamento e recuperação das IST/HIV, que incluam os aspectos da subjetividade como parte do cuidado e condição imprescindível para a integralidade da atenção, especialmente no que se refere à sexualidade. Ressalta-se a relevância do olhar sobre as representações dos(as) profissionais sobre sexualidade para a qualificação da atuação de enfermagem na atenção às IST/HIV, que pode contribuir para a construção de práticas mais resolutivas e que fortaleçam o cuidado em saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Compreender representações de enfermeiros(as) da atenção primária à saúde sobre sexualidade, no contexto da prevenção das IST/HIV.

2.2 Objetivos Específicos

- Interpretar as representações sobre sexualidade a partir das narrativas de vivências pessoais e profissionais de enfermeiros(as);
- Analisar a presença das representações sobre sexualidade na prática profissional relacionada à prevenção das IST/HIV.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Referencial Teórico-Metodológico

Para compreender as representações de enfermeiros(as) da atenção primária à saúde sobre sexualidade no contexto da prevenção das IST/HIV optou-se por estudo com delineamento qualitativo, ancorado na teoria das Representações Sociais (RS), na vertente proposta por Giami; Veil (1997), e na teoria dos Roteiros Sexuais, segundo Simon; Gagnon (1984, 1986) e Gagnon, (2006).

O estudo qualitativo busca compreender os fenômenos sociais a partir das representações e das interpretações presentes nas interações sociais. Portanto, o objeto de estudo consiste na ação/reflexão interpretada pelo(a) pesquisador(a) e pelos atores sociais (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2008). Os estudos qualitativos têm como premissa que os fenômenos sociais são produzidos em ambientes complexos e, portanto, requerem aporte teórico e metodológico que se libertem de formas convencionais, mas que preservem a coerência, a consistência e o rigor científico.

Para tanto, o delineamento metodológico foi guiado pelos critérios consolidados para relatos de pesquisa qualitativa (COREQ). Esses critérios especificam a informação mínima que deve ser incluída em um relatório de pesquisa, permitindo ao leitor avaliar o estudo e usar os seus resultados como novas perspectivas na assistência à saúde (REINO UNIDO, 2019).

Partiu-se da compreensão de que a dimensão social se produz em uma rede simbólica, materializada na linguagem e nas instituições. Essa rede é ordenada não apenas pelas funcionalidades e pela lógica, mas as ultrapassa (CASTORIADIS, 1995). Logo, aquilo que é humano e as instituições que compõem o cenário social são atravessados pelas disputas que representam, quer seja no âmbito histórico, político, religioso, filosófico e científico. Não há um significado fundador preexistente às instituições, mas é no sentido simbólico da língua e do fazer que a realidade social é produzida (CARVALHO, 2002). No campo do imaginário social, encontram-se os valores e significados, as representações sobre os objetos materiais e da subjetividade humana que dão a base para se definir as instituições sociais (CASTORIADIS, 1995). As representações se configuram como a forma que os sujeitos sociais identificam e valorizam os objetos, materiais e imateriais, o ponto de vista de cada um e da coletividade que mostra sua compreensão e ação sobre a realidade das teias institucionais.

No campo teórico das Representações Sociais (RS) reconhece-se a legitimidade da compreensão dos sujeitos sobre os fenômenos, os quais impulsionam a realidade, as práticas e as instituições sociais. As RS permitem às pessoas orientarem-se nos seus contextos sociais,

pois define o que é visível, ao que se tem de responder ou ao que conecta a aparência à realidade das pessoas, grupos e sociedades. Dessa forma, a RS possibilita a comunicação entre seus membros, oferecendo um “código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social” (MOSCOVICI, 2003, p. 21).

O pensamento social sempre busca tornar familiar algo não familiar, pois tal processo confirma e conforta, restabelecendo a continuidade no grupo social. Assim, a dinâmica das relações nesses universos pode confirmar ou rerepresentar nossas crenças e as interpretações adquiridas frente aos objetos, pessoas e comportamentos. A assimilação do não familiar é gerada pelos processos de ancoragem e objetivação. O primeiro visa transformar um objeto social para integrar o pensamento pré-existente, incluindo todo elemento estranho ou desconhecido no ambiente social e ideacional que pensamos ser apropriado (JODELET, 1989, 2009; MOSCOVICI, 2003). Dessa forma, no momento em que podemos falar e comunicar algo anteriormente desconhecido há a possibilidade de representá-lo como modelo familiar em nosso contexto social. O segundo processo consiste em transformar o abstrato em algo concreto, transferindo o que está na mente em algo tangível no mundo, reproduzindo-o (LEITE, VELOSO, 2009; MOSCOVICI, 2003). Considerando esses processos, afirma-se que a teoria das RS permite a compreensão dos modos de assimilação dos fatos no meio social e de como esses são representados individual e coletivamente.

Na base da teoria das RS, segundo Moscovici, afirma-se que as representações são sociais no sentido de que são sempre comungadas, comunicadas e explicitadas por grupos ou comunidades, devendo ser reconhecidas nesse grupo ou comunidade. No entanto, não há dicotomia entre representações individuais e coletivas, não havendo necessidade de adjetivá-las como sociais, podendo ser encontradas em discursos individuais, porque elas são “traduzidas” pelo sujeito em seu sistema psíquico, dentro de um *script* social que lhe é particular (GIAMI; VEIL, 1997, GAGNON, 2006). Uma e outras são representações, uma estão presentes nas outras e vice-versa, pois toda representação, *a priori*, é social. Para os processos psíquicos e construção dos significados individuais e coletivos das representações, o social é condição essencial, mas sendo observável, também, a partir do discurso individual (GIAMI; VEIL, 1997).

Neste estudo, utilizou-se apenas o termo Representações, conforme proposto pelos(as) autores(as) supracitados. Essa escolha pretende uma abertura, objetivando a inserção de outros modelos de relações entre o individual e o coletivo (BARBOSA; GIAMI; FREITAS, 2015). As representações de um grupo, uma coletividade, uma sociedade, estão presentes na

vida de cada um(a) que dela faça parte e vice-versa. As representações construídas na experiência individual têm o mesmo valor para o sujeito e abrangem mais pessoas no decorrer das interações sociais. Assim, qualquer fonte de conhecimento, seja a ciência, o senso comum, a religião, os mitos e as artes, são fontes de representação, que se misturam na vida dos indivíduos e na vida social. Pode-se afirmar que as representações nascem e se espalham no social, originadas de qualquer lugar da vida em sociedade. De qualquer que seja sua origem, imbricam-se umas nas outras, definindo visões de mundo e de posturas mais ou menos comungadas, construindo estereótipos ou quebrando-os, em um processo constante e prolongado para a transformação das formas de pensar e viver das pessoas.

As representações encontram-se estruturadas em um núcleo profundo, que resiste ao tempo e às mudanças, mantendo-se por meio de clivagens (divisão, confirmação, negação ruptura, realce) das diversas experiências e em elementos periféricos que, sob determinada influência do núcleo profundo, podem ser reelaboradas pelos atores a partir das experiências sociais (história pessoal, experiência profissional e institucional e cultural) (GIAMI; VEIL, 1997). Corroborando com essa compreensão, Máximo; Souza; Freitas (2015) afirmam que, estando a representação consolidada (núcleo profundo) e mesmo havendo outras representações (periféricas), é a representação nuclear que balizará a aceitação ou rejeição de novas representações em torno de determinado objeto.

O campo teórico das representações tem importante interface com a saúde e doença, possibilitando a compreensão das atitudes e comportamentos frente a um fenômeno social, permitindo sua interpretação pelos(as) próprios(as) participantes. Portanto, a investigação de um objeto de estudo, fundamentada nessa teoria, pode contribuir para que a enfermagem realize intervenções que, por se apoiar na compreensão do segmento social analisado, serão mais eficientes (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011).

Ressalta-se, então, que, conforme afirmam Máximo; Souza; Freitas (2015), as representações são constituídas pelos sujeitos ao longo da vida, a partir das interações sociais e estão em constante movimento. Desse modo, para compreender as representações sobre sexualidade dos participantes do estudo ao longo da vida optou-se pela teoria dos roteiros sexuais, conforme proposto por Simon; Gagnon (1984).

Para os autores, a conduta sexual não pode ser explicada simplesmente do ponto de vista biológico, mas se expressa a partir dos processos psicossociais que oferecem sentido ao comportamento, além de integrar e reorganizar as informações aprendidas nas etapas do ciclo de vida. Esses processos despertam as respostas culturais apropriadas às situações vivenciadas pelos sujeitos, configurando roteiros ou *scripts* sexuais.

A teoria dos roteiros apresenta três níveis de roteirização sexual: cenários culturais que orientam os requisitos dos papéis sociais; roteiros interpessoais que correspondem ao padrão de interação social; e roteiros intrapsíquicos que consistem no diálogo interno da pessoa com as expectativas sociais e culturais (GAGNON, 2006a). Os atores sociais acionam esses roteiros, que são a sua interpretação das normas sociais e dos mitos culturais.

A teoria dos roteiros sexuais introduziu a ideia de que o comportamento sexual é aprendido em contextos culturais e históricos e, dessa forma, desconstrói o paradigma de que os impulsos instintivos e as exigências fisiológicas são essencialmente determinantes nos processos sexuais. Desse modo, redefiniu-se a sexualidade ao considerar a superioridade do plano sociocultural em relação ao biológico, na área sexual (ESCOFFIER, 2006). Para Gagnon, a vida sexual é aprendida e construída da mesma forma que todas as performances sociais. Portanto, a rejeição à noção de precedência do natural, numa perspectiva biológica, foi a novidade da teoria (GAGNON, 2006b)

Ao adotar uma interpretação social do comportamento sexual, Simon e Gagnon rejeitaram a importância da pulsão sexual e a determinação naturalista e biológica das experiências nesse campo, conforme defendido por outros autores, como Kinsey e Freud. Oltramari (2007), por exemplo, ressalta a baixa contribuição do paradigma freudiano da psicosexualidade e destaca que a teoria dos roteiros sexuais contribuiu para compreensão da construção social da sexualidade. De acordo com o autor, Gagnon, especialmente, desconstrói a homossexualidade como resultado de problema individual, o que desestabiliza a noção da heterossexualidade como resultado natural dos processos de sexualização.

Uma das mais relevantes contribuições da teoria da roteirização sexual surgiu com o advento da aids. Ao focalizar a análise do comportamento sexual por meio de três vias, sistema simbólico cultural, fantasias individuais e normas de interação social, a abordagem de Simon e Gagnon contribuiu para que pesquisadores identificassem as vulnerabilidades para infecção pelo HIV e propusessem estratégias de prevenção ajustadas ao comportamento nas atividades sexuais (ESCOFFIER, 2006).

No presente estudo, a teoria dos roteiros sexuais contribuiu para apreensão dos cenários culturais, roteiros individuais e intrapsíquicos, construídos ao longo das trajetórias dos participantes, que configuraram o aprendizado e as práticas sobre sexualidade e IST/HIV na atenção primária.

3.2 Campo de pesquisa e participantes

A escolha do cenário de estudo considerou, primeiramente, a consolidação dos serviços de saúde pública no município de Campina Grande, Paraíba, tornando-se polo para atenção à saúde à população da região. Foram consideradas, ainda, a proximidade da pesquisadora com o campo empírico, por meio da participação em ações de pesquisa, ensino e extensão no município e a constatação da existência de entraves na atenção às pessoas, com foco na sexualidade e na abordagem em IST/HIV. Junto a essa lacuna, a cidade possui arranjos na atenção à saúde que implicam em maior vulnerabilidade às IST/HIV, da mesma forma que o cenário regional (BRASIL, 2016b; KERR, 2013).

Campina Grande é o segundo maior município do Estado da Paraíba. Sua área territorial é de 593,026 km² e a população estimada é de 410.332 habitantes, em 2017. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM), em 2010, foi de 0,720. Tal índice posiciona o município numa faixa de desenvolvimento de padrão alto, acima da média da Paraíba (0,658) e pouco abaixo da média nacional 0,744 (BRASIL, 2017b).

Em estudo realizado em unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município, verificou-se insuficiência na disponibilidade de insumos para ações em IST/HIV, visto que apenas 53,13% das equipes dispunham de material educativo, 37,50% tinham vacina para Hepatite B, 26,56% afirmaram ter preservativo feminino e somente 45,31% disponibilizavam testes rápidos para HIV e Sífilis (VASCONCELOS, 2016). Os resultados apontaram, portanto, importantes fragilidades em relação aos aspectos organizacionais, os quais se refletem em lacunas no enfrentamento das IST, convergindo para baixa qualidade da assistência.

Outros estudos realizados com equipes da ESF mostraram diferentes aspectos que remetem à necessidade de uma melhor compreensão dos imbricamentos entre representações de sexualidade e prevenção de IST/HIV e os cuidados em saúde. Estudo anterior apontou que a abordagem das IST encontra-se centrada no modelo biomédico e as ações de saúde estão, prioritariamente, voltadas às mulheres, em detrimento da atenção ao homem, nos serviços básicos de saúde (RODRIGUES, 2011). Em estudo recente, evidenciou-se a baixa solicitação, por enfermeiros(as), de testagem para o HIV para os usuários homens, além da ausência de ações preventivas para grupos estigmatizados e considerados de risco pelos(as) profissionais (idosos(as), usuário(a) de drogas, profissionais do sexo, gestantes, entre outros) (ALVES, 2016). Outro estudo apontou que, no atendimento clínico em unidades de atenção primária, há maior tendência de mulheres obterem atenção mais completa (exame da mama e genital) do que os homens, nas consultas com enfermeiros(as) (SANTOS, 2016).

Optou-se, assim, como *locus* da pesquisa, especificamente, as unidades da ESF do município. A cidade possui uma importante trajetória de saúde no cenário nacional devido ao pioneirismo, juntamente com outros 13 municípios brasileiros, na implantação das equipes da ESF (1994) e da qualidade da atenção à saúde prestada aos(as) usuários(as) (ARAÚJO, 2013; SOUSA, 2011; LEITE; VELOSO, 2009; CARNEIRO, 2007). O trabalho desempenhado pelas equipes da ESF insere-se em uma proposta de vigilância em saúde, com foco nas ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde e que coadunam com as estratégias de intervenção para a atenção integral, nas quais se espera que abranjam a sexualidade e as IST/HIV.

As equipes da ESF trabalham em área de abrangência definida, de adscrição de clientela, de cadastramento e de acompanhamento da população da área. As unidades da ESF são uma das principais portas de entrada do sistema de saúde e o primeiro nível de atenção (LEITE; VELOSO, 2009); além de possuírem a prerrogativa de integrar a rede de serviços, participando ativamente do sistema de referência e contrarreferência para garantir resolutividade da assistência. O processo de trabalho da ESF favorece a atuação da equipe de saúde com ênfase na IST/HIV e, por essa razão, vem sendo internacionalmente recomendada a incorporação das ações de prevenção na atenção primária (FERRAZ; NEMES, 2009).

Para a seleção dos serviços de Atenção Básica (AB) dos(as) participantes, foi utilizada a amostragem não probabilística do tipo intencional, na qual interessa a opinião de determinados elementos da população analisada, mas não representativo dela (LAKATOS; MARCONI, 2008). Portanto, a prerrogativa exemplar e única desse tipo de amostra é o de oferecer acesso a um conhecimento detalhado e circunstancial da realidade social, assim, se justifica pelos resultados que produzem (DESLAURIERS; KÉRISIT, 2008).

Nos critérios de inclusão dos(as) participantes, não houve limitação de idade, sexo, raça/etnia ou necessidade especial. Contudo, apenas fizeram parte do estudo os(as) enfermeiros(as) que atuavam há mais de um ano no serviço de saúde, para garantir a vinculação do(a) participante ao serviço, o que expressa experiência de cuidado na AB. Ressalta-se que do total de 105 enfermeiros(as) das equipes da ESF, apenas cinco eram do sexo masculino e todos foram incluídos, em razão da sua pequena proporção na população do estudo e pela relevância em conhecer suas representações, sobretudo, pelas possíveis questões de gênero que poderiam sobressair com a participação deles.

Para seleção da amostra considerou-se que a atenção primária do município abrange 79 Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam 105 equipes da ESF organizadas em seis distritos sanitários (BRASIL, 2014; 2017c). A organização por distrito sanitário é

administrativa e, portanto, em um mesmo distrito coexistem estratos sociais heterogêneos, como também em três delas há áreas de zona rural, especificamente nos distritos II, IV e VI.

Como há número diversificado de UBS em cada distrito sanitário, optou-se por sortear inicialmente 25% destas, por distrito, e guardando proporcionalidade pelo número de equipes existentes em cada distrito. Salienta-se que, em algumas unidades de saúde, há somente uma equipe de saúde e em outras há duas ou três. O número total de equipes da ESF e de UBS, bem como de UBS sorteadas e de participantes do estudo, por Distrito Sanitário, foram compilados na Tabela I.

Tabela 1 - Equipes, UBS e participantes selecionados para a pesquisa, por distrito sanitário, Campina Grande, Paraíba - 2017.

Distrito Sanitário	Equipes	UBS	UBS Sorteadas (25%)	Participantes
I	15	11	3	6
II	17	13	3	6
III	15	12	3	5
IV	12	10	3	3
V	21	14	4	7
VI	25	19	5	8
Total	105	79	21	35

Fonte: Secretaria de Saúde de Campina Grande-PB, 2017.

No delineamento inicial da pesquisa foi estabelecido que, caso necessário, seria sorteado mais um serviço em cada distrito, de forma paulatina, para o alcance da saturação dos dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Desta feita, a saturação teórica dos dados ocorreu sem a necessidade de ampliar o número de serviços e equipes selecionadas previamente.

3.3 Técnicas e procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais, abertas e em profundidade, e de grupos focais. As entrevistas individuais foram realizadas previamente, objetivando coletar informações sobre os modos de agir e pensar a sexualidade e as práticas em IST/HIV, a partir de experiências pessoais e particulares vivenciadas pelo participante. Ao término dessa etapa foram realizados os grupos focais, com a finalidade de reunir os(as) enfermeiros(as) que participaram da primeira etapa e apreender as reflexões compartilhadas sobre as práticas em sexualidade e IST/HIV.

A entrevista aberta e em profundidade é aquela em que o assunto é descrito para o entrevistado no início e esse poderá tratá-lo da maneira que quiser. O(a) entrevistador(a) somente coloca, ao longo da entrevista, questões para aprofundar ou esclarecer alguma afirmação do sujeito (BLANCHET; GOTMAN, 1992, DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997). Essa técnica é particularmente apropriada para explorar temas sensíveis, sobre os quais os(as) participantes podem não querer falar em um ambiente de grupo, contendo dados essencialmente subjetivos, os quais se relacionam com os valores, sentimentos e experiências pessoais, atitudes e opiniões (FLICK, 2009). As entrevistas individuais permitem explorar, em maior profundidade, os temas relativos às experiências particulares, minimizando eventual ansiedade quando o mesmo tema é discutido em grupo (BAUER; GASKEL, 2010).

O grupo focal, por sua vez, é o tipo de entrevista que contribui para fluência espontânea das informações e para o surgimento de contradições e contrapontos nas discussões, sem interferência direta do(a) pesquisador(a), o que favorece a coleta de dados sobre o objeto de estudo (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011). Alguns aspectos são importantes e devem ser considerados no planejamento do grupo focal, tais como a complexidade do objeto de estudo, o número adequado de participantes para manter o foco das discussões, o número total de grupos necessários para explorar a temática em questão e a possibilidade dos(as) participantes não comparecerem (TRAD, 2009). Quanto à operacionalização, recomenda-se a homogeneidade dos(as) participantes, com o objetivo de facilitar a troca de experiências comuns, como também um número reduzido de participantes, entre seis e 15 (KINALSKI et al., 2017). Para alcançar a maior expressão de cada participante, um grupo menor pode ser indicado (BACKES et al., 2011; BUSANELLO et al., 2013). No grupo focal pode-se observar a interação e a comunicação entre os componentes, com destaque para intersubjetividade, as relações, os objetos e o mundo social, elementos fundamentais para apreensão das representações sociais de um grupo (NOBREGA; ANDRADE; MELO, 2016).

As entrevistas foram realizadas nos meses de maio, junho, julho e agosto de 2017, no turno da manhã ou da tarde, e os grupos focais foram realizados nos meses de agosto e setembro de 2017, no turno da tarde. O agendamento das datas para a coleta foi realizada com a anuência das coordenadoras de cada distrito sanitário, por serem encontros no horário de trabalho dos profissionais, necessitando de liberação, seja do horário ou do turno de trabalho, para a participação. As entrevistas foram realizadas nas respectivas unidades de saúde dos(as) enfermeiros(as) e os grupos focais foram realizados em sala de aula no Centro de Ciências Biológicas da Saúde, da Universidade Federal de Campina Grande. As entrevistas individuais e coletivas (grupos focais) foram gravadas em áudio, após permissão dos participantes.

Para a realização das entrevistas foram utilizadas duas formas de contato com os(as) participantes sorteados. Inicialmente, realizou-se um telefonema, por telefonia móvel ou número fixo disponível na UBS, para todos(as) os(as) enfermeiros(as) selecionados(as). Aqueles(as) que não atenderam por telefone foram contatados(as) pessoalmente pela pesquisadora em suas respectivas UBS. No primeiro contato, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, o modo de participação e as contribuições do estudo. Nesse momento, a data e horário da entrevista eram agendados de acordo com a disponibilidade do participante.

Após serem reiterados os objetivos da pesquisa, a confidencialidade da entrevista, o caráter sigiloso das informações, a expectativa de benefícios possíveis com a geração de novos conhecimentos, o risco possível de haver constrangimento durante a entrevista individual, que deveria ser sanado na relação de confiança estabelecida entre o(a) participante e a pesquisadora, a liberdade de se expressar ou de desistir da participação a qualquer momento, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Em seguida, foi preenchido um formulário de identificação do participante, contendo tempo de serviço na UBS, sexo, orientação sexual nos relacionamentos, idade, número de filhos, existência de parceiros e situação conjugal (APÊNDICE B). Esses dados permitiram conhecer a situação material de seus contextos de vida e foram coletados também para o caso de haver categorizações surgidas na análise que exigissem os agrupamentos e comparações com essas categorias objetivas.

Em geral, os(as) profissionais se mostraram apreensivos, inicialmente, em razão do tema e questionavam sobre o que era para se falar. Esclareceu-se sobre a técnica da entrevista em profundidade e foi reiterado que o objetivo não era mensurar conhecimentos sobre o tema, mas conhecer o que pensam sexualidade e como o tema se insere a atenção em IST/HIV. Em seguida, foi apresentada a questão central: “Fale-me sobre sexualidade e as IST/HIV, a partir

das suas experiências. Conte-me o que quiser e como quiser. Vou te interromper somente para esclarecer ou aprofundar alguma ideia” (APÊNDICE C).

Os(as) participantes ficaram livres para utilizar o tempo necessário para suas narrativas e cada entrevista teve, em média, a duração de 40 minutos, com menor tempo de 26 minutos e o maior tempo de 60 minutos. Em razão do tempo de deslocamento até a UBS, do tempo necessário para entrevista e da disponibilidade do participante, foi possível realizar apenas uma entrevista por turno.

As entrevistas transcorreram sem dificuldades, em sala que permitia sigilo e tranquilidade, dentro do próprio serviço. Porém, excepcionalmente, ocorreram interrupções por outros(as) profissionais da equipe para algum esclarecimento inerente ao serviço. Ao finalizar a entrevista, a pesquisadora convidava os(as) participantes para a segunda etapa do estudo.

A recusa em participar do estudo ocorreu com dois(uas) profissionais. Um(a) deles(as) alegou que já havia participado de várias pesquisas ao longo dos anos de trabalho sem que houvesse qualquer retorno dos resultados para o serviço e outro(a) profissional justificou a recusa por não se sentir confortável com a utilização de gravador de áudio, sem que o temor relativo à discussão do tema fosse apresentado como justificativa para a não participação.

Posteriormente às entrevistas, foram retomados os convites para todos os(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) para participarem dos grupos focais. Tais contatos foram realizados por ligação telefônica ou por mensagem de texto virtual. De acordo com a anuência do(a) participante quanto a data e o horário, foram organizados os grupos focais.

Optou-se por organizar os grupos de modo a ter, no máximo, 10 participantes, que foram posicionados(as) de forma aleatória, excetuando-se os participantes do sexo masculino que foram concentrados em grupo único. Essa opção decorreu da necessidade de homogeneizar a amostra de modo a explorar a interação entre os participantes (KINALSKI, 2017).

Todos os profissionais concordaram em participar, contudo, mesmo com o agendamento prévio e a retomada do contato dois dias antes da data, 14 enfermeiros(as) faltaram à etapa de grupos focais por razões profissionais ou pessoais justificadas.

Para a realização dos grupos, foram incluídos um moderador (a pesquisadora) e duas enfermeiras com prática em grupos focais, sendo que ambas auxiliaram na organização e contribuíram na realização de registros das impressões sobre o grupo durante as discussões. Ressalta-se que uma delas foi a responsável pela transcrição do material coletado em áudio, tanto dos grupos como das entrevistas individuais.

Inicialmente, foram retomadas as informações sobre a pesquisa e, em seguida, realizou-se as apresentações dos(as) participantes, bem como foi informada a função de cada membro do grupo de pesquisa. Alguns dos(as) profissionais não se conheciam, embora atuassem no mesmo município. A pesquisadora conhecia profissionalmente alguns(as) dos(as) enfermeiros(as), em função da participação em projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos em conjunto com a secretaria de saúde.

Em seguida, foi pactuada a dinâmica do grupo focal, enfatizando-se a importância da confidencialidade das informações entre os(as) participantes e a relevância de não haver interrupções durante a atividade. Também foram esclarecidos tanto o valor da opinião de todos os(as) participantes como a necessidade de evitar entrecortar a fala uns(as) dos(as) outros(as). Solicitou-se que a primeira rodada de respostas fosse realizada por todos(as) os(as) participantes. Nesse momento também foi disponibilizado, próximo ao grupo, um lanche que poderia ser acessado durante a realização do grupo focal.

Esclarece-se que, tratando-se de temática conhecidamente complexa, permeada por mitos, tabus e estereótipos, optou-se pela utilização de imagens de campanhas/mídia que remetessem a sexualidade e IST/HIV, de modo complementar à questão inicial (ANEXO A). Tal estratégia teve por intuito a utilização do estímulo visual para suscitar a discussão de temas em torno do objeto de estudo. Essa estratégia se assemelha à técnica utilizada por outros(as) pesquisadores(as), como uma forma lúdica para possibilitar a expressão dos(as) participantes através de analogias sobre uma situação ou problema real que permeiam suas vivências (ALBUQUERQUE et al., 2016; CAMPOS et al., 2016; BRITO et al., 2013; ARREGUY-SENA; ROJAS; SOUZA, 2000). Foram utilizadas imagens que atenderam aos seguintes critérios: sem texto, de qualquer época, em cores ou preto e branco, veiculadas por órgãos oficiais de saúde e organizações não governamentais, nacionais e internacionais. Essas imagens, selecionadas pela pesquisadora, foram dispostas durante a realização dos grupos focais para que o(a) participante pudesse apresentar suas impressões sobre elas e serviram de ponto de partida para compartilhar sua compreensão da questão norteadora e suas representações em torno da sexualidade e atenção em IST/HIV. Cabe ressaltar que essa estratégia também foi pensada, inicialmente, para as entrevistas individuais. Porém, não foi utilizada porque os(a) profissionais se mostraram dispostos(as) a narrarem suas histórias de vida, sem imagens físicas.

Antes de iniciar o grupo focal, foi realizada uma dinâmica do tipo ‘quebra-gelo’, na qual os(as) enfermeiros(as) foram convidados(as) a revelar uma conquista e um sonho de vida. Essa dinâmica teve o intuito de promover a empatia e um ambiente de interação entre o

grupo. Em meio a sorrisos e reflexões, os(as) profissionais, a pesquisadora e as observadoras interagiram por alguns minutos e, em seguida, foi iniciado o grupo focal com a apresentação da questão central: “Como são tratadas questões que envolvem a sexualidade nas práticas de saúde no contexto profissional?” Quando necessário, a pesquisadora utilizou questões de relance para aprofundar algum assunto que foi focado de forma superficial inicialmente pelo grupo e relevante para o estudo (APÊNDICE D).

Com base nos mesmos procedimentos, foram realizados quatro grupos focais, um com quatro, um com cinco e dois com seis, totalizando 21 participantes, com duração média de 120 minutos cada um. Os dados coletados foram analisados preliminarmente para se verificar a consistência das informações, bem como a força das representações apresentadas no conjunto, o que permitiu verificar que a saturação dos dados foi alcançada com esse quantitativo, sem a necessidade de reagendar com os(as) participantes faltosos(as).

3.4 Técnica de análise dos dados

A análise foi ancorada na proposta de Demazière; Dubar (1997), intitulada *Análise Estrutural de Narração*, construída com base na proposta da *Grounded Theory* (GLASER, STRAUSS, 1967; 1987), que afirma que as categorias nascem do material empírico, e nas teorias de estrutura e semântica das narrativas de Barthes (2013) e Greimas (1981), que consideram que tudo tem sentido na narrativa da pessoa, devendo a fala ser interpretada no seu todo. Os(as) autores(as) construíram um método de análise e tal construção foi considerada para o presente estudo. Para apoiar o processo, foi utilizada a técnica de análise proposta por Blanchet; Gotman (1992).

A análise estrutural de narração (tradução literal) pressupõe que a narrativa dos(as) entrevistados(as) ocorre em um processo de construção e reconstrução de reflexões propostas na interação pesquisador(a)-entrevistado(a), no qual o(a) segundo(a) emite suas representações sobre os objetos em pauta, ao dar sentido ao que pensa e fala. É, portanto, esse sentido que deve ser buscado pelo(a) pesquisador(a), que, ao interpretar, reconstrói a teia argumentativa do(a) entrevistado(a), pois este, ao narrar, o faz em idas e vindas do discurso. Há, então, uma reconstrução de sentidos pelo(a) pesquisador(a), a partir dos fatos, personagens, sentimentos, julgamentos e opiniões presentes na narrativa (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997), o que permite fazer emergir as representações dos sujeitos participantes da pesquisa (APÊNDICE E).

Desse modo, foram desenvolvidas as seguintes etapas de análise, fundamentadas nas proposições de Demazière; Dubar (1998) e segundo Blanchet; Gotman (1992), (FREITAS et al., 2010):

- 1) **Leitura vertical:** identificação do tema central – de que se trata no texto?;
- 2) **Leitura horizontal:** 2.1. Identificação das sequências da narrativa, numeradas em ordem crescente por assunto tratado (S1, S2, S3, ...). Em cada sequência, enumeração de fatos (F), sentimentos, explicações, justificativas (J) e personagens (P).; 2.1); e reagrupamento das sequências por assunto tratado e nomeação provisória de cada reagrupamento, realizando-se uma síntese e identificando-se, provisoriamente, as representações que dão corpo às justificativas e argumentos em cada assunto;
- 3) **Leitura transversal:** comparação de todas as entrevistas por assunto tratado e identificação de conjunções e disjunções das narrativas do conjunto de entrevistados(as). Toma-se cada reagrupamento de sequência da entrevista 1 e coteja-o com os das demais entrevistas, agrupando-se aquilo que é pertinente ao mesmo assunto, até todas os agrupamentos das sequências e respectivas sínteses sejam tratados transversalmente. Cada reagrupamento é, então, passado por releituras e re/anotações dos objetos e respectivas representações, coerentes ou contraditórias. Para finalizar essa fase, organizam-se em mapas, figuras, *scripts* o “desenho” das representações originais e profundas, bem como dos elementos periféricos que as compõem, com nomeação final das categorias empíricas;
- 4) **Interpretação das categorias empíricas e construção das teóricas:** cotejamento das categorias encontradas com estudos de outros(as) autores(as), nos diversos campos do conhecimento social e nos diversos enfoques, que discutam os temas sexualidade, gênero e corpo, e outros que emergiram das análises, focalizando as IST/HIV.

Todas as gravações referentes às entrevistas em profundidade e aos grupos focais foram transcritas, totalizando 482 páginas de material empírico. Em seguida, todos os áudios foram ouvidos pela pesquisadora para correções eventuais em algumas falas e auxílio na transcrição de trechos com baixa inteligibilidade, objetivando garantir a precisão da transcrição. Foi preservado todo o conteúdo das narrativas, comportando algumas adequações foram realizadas para viabilizar melhor clareza. Desse modo, foram excluídas repetições, vícios de linguagem e corrigida a ortografia, sem descaracterizar a narrativa. Todo o material foi lido, organizado e interpretado de acordo com o referencial teórico e técnica de análise citados, pelas pesquisadoras, e revisado novamente pela orientadora, que conferiu a validade interna dos resultados.

Como ferramenta para organização dos dados foi utilizado o *software* MAXQDA® Standard 12. O software permite que todas as transcrições sejam carregadas e codificadas de acordo com o sentido atribuído a cada seguimento narrativo. Esses códigos corresponderam às interpretações realizadas na leitura horizontal e transversal da análise estrutural de narração e que originaram as categorias empíricas e teóricas. Com o auxílio do *software* também foram geradas sínteses das narrativas individuais e grupos focais. Parte desses materiais consta nos apêndices (APÊNDICE F), para exemplificar o processo de análise.

Para mostrar as categorias produzidas foram apresentadas citações que sintetizam os achados e são representativas das narrativas, que, para preservar o sigilo das informações e confidencialidade dos(as) participantes, foram identificadas por meio da utilização da letra E, que representa a letra inicial da palavra Enfermeiro(a), seguido do número aleatório atribuído a cada um(a) dos(as) participantes, entre 1 e 35. Ressalta-se que nas citações relativas ao grupo focal constam apenas as letras GF, seguidas de um número, também aleatório, atribuído, entre 1 e 4.

3.5 Aspectos éticos

O estudo atende aos princípios éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/12 (BRASIL, 2013), do Conselho Nacional de Saúde, que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e ao do Hospital Universitário Alcides Carneiro, obtendo a aprovação pelos pareceres 1.961.797 e 1.973.639, respectivamente (ANEXO B, C). Além disso, obteve-se a autorização expressa da Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande e dos(as) enfermeiros(as) participantes do estudo.

Os(as) participantes foram orientados(as) quanto à finalidade e contribuições do estudo, assim como da inexistência de benefícios financeiros. Na ocasião, foi garantido que as informações fornecidas eram confidenciais, de modo que os dados produzidos não permitiriam identificá-los. Os(as) profissionais que concordaram em participar, expressaram o aceite por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Destaca-se que, exceto pelo possível desconforto em compartilhar suas experiências, o estudo não ofereceu riscos aos(as) participantes. Para minimizar os possíveis desconfortos, foram assegurados a privacidade e o anonimato. Ao(à) participante também foi garantida a liberdade em fazer seu relato da forma que lhe conviesse e o direito de desistir de participar a qualquer momento da pesquisa.

Ressalta-se, ainda, que as reflexões consistem no conjunto dos(as) participantes, não havendo identificação nas falas, e qualquer citação de nome, local de trabalho ou outras que pudessem identificar algum(a) participante foram retiradas do texto quando da transcrição. Por fim, esclareceu-se que os ganhos para os(as) participantes são indiretos, pois os resultados poderão gerar novos conhecimentos para o desenvolvimento do cuidado em Enfermagem e na área da saúde, no que se refere à abordagem da sexualidade e da atenção integral em IST/HIV. As gravações e transcrições ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável e os dados serão para uso exclusivo da presente pesquisa e respectivas publicações.

Os resultados do estudo foram divulgados por meio deste relatório de tese, em publicações de artigos em periódicos, como também será encaminhado à secretaria municipal de saúde e aos(às) participantes que manifestaram o interesse em conhecer os resultados. Poderão, ainda, ser apresentados para os profissionais da ESF e outros, caso seja de seus interesses ou da Secretaria Municipal de Saúde.

4 RESULTADOS

Os resultados da presente investigação, que interrogou enfermeiros(as) da atenção primária sobre sexualidade e a atenção em IST/HIV, foram organizados de acordo com a Resolução 031/2014/CPG/UFMG, que prevê a apresentação dos resultados em formato de artigos. Portanto, são apresentadas, inicialmente, as observações sobre a coleta de dados e, em seguida, a caracterização dos(as) participantes do estudo. Retrata-se atributos pessoais e profissionais que foram relevantes para compreensão do contexto dos(as) enfermeiros(as) no cenário investigado. Posteriormente, são apresentados os manuscritos produzidos, nos quais foram compiladas as categorizações desenvolvidas a partir das narrativas dos(as) profissionais e que responderam aos objetivos do estudo.

4.1 As narrativas no processo de coleta de dados por meio de entrevistas individuais e grupos focais

No processo de coleta de dados, considerou-se que as representações dos profissionais poderiam ser mais ou menos desveladas, em resposta ao ambiente e a presença da pesquisadora, pois, conforme Moscovici (2003, p. 100), “as representações determinam tanto o caráter do estímulo, como a resposta que ele incita, assim como, em uma situação particular, eles determinam quem é quem”. Com a preocupação de oferecer confiança e minimizar os vieses da possível interferência da pesquisadora e proporcionar a livre exposição das narrativas pelos(as) participantes, as entrevistas e os grupos focais foram conduzidos com o mínimo de interferência e interpelações, excetuando-se apenas os momentos em que era necessário reconduzir ao tema central do estudo ou aprofundar uma ideia. Essa liberdade de expressão possibilitou que os(as) participantes se sentissem à vontade, tanto ao tempo necessário de narrativa, quanto ao caminho para contar suas trajetórias de vida, sobretudo nas entrevistas individuais.

A maioria dos(as) enfermeiros(as) expressou satisfação e conforto com a realização das entrevistas e grupos focais, e todos comentaram a relevância do tema e confessaram que não haviam percebido anteriormente o quão pouco investem nos cuidados relativos à sexualidade das pessoas e da população da área de abrangência dos serviços de saúde em que trabalham. As entrevistas e os grupos focais proporcionaram momentos de autorreflexão sobre a prática profissional, a inclusão do enfoque da vida sexual como parte importante da integralidade do cuidado, geralmente silenciada em muitos contextos, assim como instigou a reflexão compartilhada sobre o tema, entre os pares nos serviços.

Os(as) profissionais desenvolveram suas narrativas nas entrevistas individuais a partir do reporte à época da infância, muitas lembranças foram resgatadas sobre a convivência em família, dos momentos da escola, dos primeiros relacionamentos e da criação dos filhos. Houve, portanto, momentos de manifestação de sentimentos como risadas e lágrimas ao recordarem fases importantes da vida. Além disso, os(as) enfermeiros(as) refletiram sobre suas próprias histórias e como os aprendizados ao longo da vida serviram de base para ratificar ou refutar determinadas posturas sobre a sexualidade e as relações de gênero.

Alguns(as) participantes se expressaram demonstrando grande interesse pelo assunto e ofereceram riqueza de detalhes em suas reflexões. Outros(as) se pronunciaram de forma mais reservada. Não foi possível identificar maior ou menor disponibilidade para falar sobre sexualidade em razão do gênero do participante e, por essa razão, não houve categorização nesse sentido, como será mostrado nos resultados adiante. Ressalta-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino.

Logo, nos dois momentos da pesquisa alguns(as) enfermeiros(as) se mostraram mais discretos(as) para narrar suas histórias, independente das características pessoais e profissionais. Além disso, observou-se que alguns(as) participantes utilizaram com mais frequência atitudes de esquiva, como mudar de assunto, quando alguma questão se referia à própria intimidade ou a aspectos sobre a sexualidade dos(as) usuários(as). Ressalta-se que essa atitude foi respeitada e a entrevista prosseguiu sem maior intervenção da pesquisadora. Por outro lado, a menor disponibilidade em falar de intimidade e sexualidade implicou, para alguns, em entrevistas mais curtas. Entretanto, isso não foi interpretado como menor interesse pelo assunto e nem se pode afirmar que foi gerado pelo desconforto relacionado ao contexto da pesquisa, mas parece ser relacionado a uma postura particular mais reservada. Juntamente com as entrevistas médias ou mais longas, as narrativas contidas nessas entrevistas foram fundamentais para a compreensão do objeto de estudo.

Esclarece-se que as imagens utilizadas nos grupos focais, apesar de terem apoiado algumas falas, foram pouco exploradas pelos(as) participantes. Observou-se que a partir da questão central apresentada no início de cada grupo focal, os(as) profissionais conseguiram manter o debate com o alcance, profundidade e especificidades esperados.

Cabe ressaltar que a partir do preparo prévio à pesquisa, sabia-se das possíveis dificuldades em abordar um tema que, em muitos espaços, é considerado, ainda, um tabu no contexto social. Portanto, no processo de pesquisa, não se questionou diretamente a compreensão dos(as) participantes sobre sexualidade, pois havia o risco de que o termo fosse remetido somente à noção de sexo e práticas sexuais, excluindo-se outras interpretações sobre

sexualidade no campo social e cultural. Assim, considerou-se que as representações não poderiam ser interpretadas a partir de uma única pergunta de pesquisa, mas encontrar-se-ia capilarizada em toda a narrativa dos(as) participantes.

Essa escolha resultou em uma diversidade de conteúdos e dinâmicas de exposição dos fatos narrados e implicou em uma maior dificuldade em captar e apreender os significados subjacentes às falas dos(as) participantes ao longo do material denso das narrativas. Contudo, o uso da técnica da análise estrutural de narração permitiu a desconstrução e a reconstrução do material e possibilitou a construção das categorias e compreensão das representações.

4.2 Caracterização dos(as) participantes

Os(as) participantes foram caracterizados quanto aos aspectos pessoais e profissionais. Para tanto, foram questionados quanto à idade, o sexo, a orientação sexual, os filhos, a parceria sexual, a identidade de gênero e os aspectos da formação e do exercício profissional. Destaca-se que essas informações foram coletadas antes das entrevistas individuais, por meio de formulário fechado, e no decurso delas, quando houve a oportunidade de explorar aspectos da formação.

Essas informações foram organizadas e codificadas no *software* MAXQDA[®] versão 12, que auxiliou na identificação de possíveis categorizações. Parte dessas informações foram compiladas no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos(as) enfermeiros(as) participantes do estudo, Campina Grande-PB, 2017.

				Instituição	Ano		
1	24	F	00	UFCEG	2015	-	02
2	30	M	00	UNINASSAU	2013	Especialização	02
3	31	F	00	UNESC	2012	Especialização	05
4	33	F	02	UFPB	2006	-	10
5	34	F	01	UNIFACISA	2009	Especialização	07
6	35	F	02	FASER	2003	Especialização	10
7	35	F	03	UEPB	2004	Especialização	10
8	35	F	02	UEPB	2004	Especialização	12
9	35	F	00	UEPB	2005	Especialização	10
10	35	M	01	UNIFACISA	2009	-	08
11	35	M	01	UNIFACISA	2011	-	06
12	36	F	01	UFPB	2003	Especialização	14
13	37	F	01	UEPB	2002	Mestrado	15
14	37	F	02	UFPE	2005	Especialização	12
15	38	F	01	UEPB	2003	Especialização	14
16	38	F	00	UEPB	2004	Especialização	12
17	39	F	01	UEPB	1998	Especialização	11
18	39	M	01	UFPB	2002	Especialização	15
19	41	F	02	UEPB	1999	Especialização	18
20	41	F	03	UFPE	1999	Especialização	13
21	41	F	02	UEPB	2001	Especialização	14
22	42	M	02	UEPB	2000	Especialização	17
23	43	F	01	UEPB	1998	Especialização	18
24	43	F	02	UEPB	2000	Doutorado	18
25	44	F	02	UEPB	2005	Especialização	20
26	45	F	02	UPE	2000	Especialização	17
27	46	F	01	UEPB	1992	Especialização	17
28	47	F	02	UEPB	1995	Especialização	22
29	47	F	04	UNESC	2008	Especialização	05
30	52	F	03	FURNE	1986	Especialização	20
31	52	F	00	UFPB	1989	Especialização	28
32	54	F	03	FURNE	1987	Especialização	30
33	54	F	02	FURNE	1987	Residência	27
34	55	F	02	FURNE	1986	Especialização	16
35	55	F	01	UFPB	1988	Especialização	26

Esclarece-se que, objetivando preservar o anonimato dos(as) enfermeiros(as), a numeração da primeira coluna do Quadro 1 não guarda correspondência com a numeração atribuída às entrevistas individuais, mas corresponde à ordem por idade, escolhida apenas para organização da apresentação das características dos(as) participantes.

A análise das características pessoais permitiu identificar que a idade dos(as) participantes variou entre 24 e 55 anos, com predominância de maiores de 35 anos (24); a maioria possuía parceria sexual (30); todos se declararam heterossexuais e cisgêneros; e apenas seis não tinham filhos(as).

Salienta-se que a orientação sexual autodeclarada não significa que todos(as) os(as) participantes possuam orientação heterossexual, pois os(as) profissionais podem ocultar sua sexualidade pela compreensão da necessidade de se encaixar em um modelo heteronormativo no ambiente social e de trabalho (VITIRITTI; ANDRADE; PERES, 2016). No entanto, pressupõe-se que a verdade é aqui definida como aquela que é possível socialmente para aquele sujeito e em cada contexto, não havendo nenhum prejuízo para se chegar à verdade nos resultados do que se busca na pesquisa (DEVEREUX, 1980). Ocultar ou expressar é também uma representação sobre o objeto. Para a pesquisa em pauta, a caracterização dos sujeitos resultou em heteronormatividade.

Quanto à graduação, a maioria (28) se formou em instituições públicas: Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) (15), Universidade Federal da Paraíba (UFPB) (5), Universidade Regional do Nordeste (FURNE) (4), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (2), Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) (1) e Universidade de Pernambuco (UPE) (1). Os demais (07) realizaram a graduação em instituições privadas: Centro Universitário FACISA (UNIFACISA) (3), União de Ensino Superior de Campina Grande (UNESC) (2), Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU) (1) e Faculdade Santa Emília de Rodat (FASER) (1).

Quanto ao tempo de formação, a maioria dos(as) profissionais (29) possui mais de 10 anos de conclusão de curso. Sobre os conteúdos recebidos na graduação, a maioria (34) mencionou assuntos relativos às IST e à HIV/aids, seguido por direitos sexuais e reprodutivos (20), e sexualidade (12). Nas entrevistas, identificou-se que um(a) dos(as) três profissionais que realizou sua graduação em outro estado teve acesso a conteúdo sobre sexualidade, tanto teoricamente quanto em discussões e cuidados na prática acadêmica. Além disso, um(a) dos(as) enfermeiros(as) destacou participação no movimento feminista como experiência complementar durante a graduação, no qual houve discussões sobre os direitos sexuais e reprodutivos, como pautas da agenda de saúde da mulher, dentre elas a sexualidade.

Ao considerar a pós-graduação, predominou especialização (28), sobretudo em saúde da família e saúde pública, enquanto doutorado, mestrado e residência foram mencionados uma vez cada um. Apenas quatro profissionais não possuem pós-graduação. Os conteúdos mais abordados na pós-graduação foram IST/HIV (25) e, em menor frequência, direitos sexuais e reprodutivos (20), e sexualidade (13). Observou-se que todos(as) os(as) profissionais receberam conteúdos sobre IST em algum momento da formação, com exceção de um(a) enfermeiro(a). A abordagem sobre sexualidade foi heterogênea, independentemente do ano ou tipo de formação, mas a abordagem sobre saúde sexual e reprodutiva foi mais referida proporcionalmente pelos(as) profissionais com menos de 20 anos de formação. Apenas um(a) profissional referiu que a pós-graduação trouxe contribuição para compreensão sobre sexualidade. Trata-se de uma especialização para profissionais do SUS, na qual foram abordados temas sobre sexualidade, saúde do homem e saúde da mulher.

Quanto ao vínculo profissional, a maioria atua sob regime estatutário (28), sendo que o último concurso foi realizado em 2006. Tal aspecto tem sido mostrado como relevante em outros estudos, pois garante estabilidade ao(à) profissional e permite maior vinculação ao serviço em que atuam. Outras alternativas praticadas pela gestão se traduzem em contratos instáveis, que podem prejudicar a continuidade do atendimento (BARBOSA, 2017) e podem implicar na decisão de desvincular-se do serviço (SEIDL et al, 2014). No presente estudo, os profissionais com vínculo por contrato não trouxeram essa preocupação em suas narrativas.

O tempo de experiência na ESF foi de dois a 23 anos, predominando profissionais com mais de 10 anos de atuação (24). Ao considerar o serviço atual, a maioria atuava há menos de cinco anos (19), os(as) demais possuíam tempo de atuação de cinco a 16 anos (16). Os(as) participantes possuem amplo tempo de experiência na ESF, mas esse tempo nem sempre corresponde ao tempo no serviço atual. Desse modo, salienta-se que foi observada rotatividade dos(as) enfermeiros(as) nas unidades de saúde do município. A mudança de unidade decorreu da necessidade de participação na gestão, de adequações requeridas de acordo com o perfil da comunidade e por demandas específicas de horário de expediente, assim como ocorre em unidades localizadas em zona rural, por exemplo.

Sobre a participação em cursos oferecidos pelo serviço, a maioria referiu algum tipo de capacitação sobre IST/HIV (31), sobre direitos sexuais e reprodutivos (23) e, por último, sobre sexualidade (13). O tempo de serviço daqueles(as) que responderam que não tiveram oferta de cursos sobre nenhum destes temas foi de 14, oito, seis e dois anos, mostrando que não houve relação com o tempo de exercício profissional. Cumpre destacar que vários(as)

profissionais apresentaram queixas sobre a baixa oferta de cursos nos últimos anos, como também a superficialidade das atualizações ofertadas pelos serviços.

Apenas dois(uas) profissionais referiram participação em projeto de integração ensino-serviço, inserido no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET), intitulado PET-Saúde do Homem, no qual tiveram a oportunidade de aprofundarem-se em estudos sobre o assunto.

Com os dados objetivos apresentados, buscou-se identificar categorizações, posteriormente na interpretação das narrativas, mas não houve variação nesse sentido. As falas foram homogêneas e não foi possível desenvolver arranjos representacionais em razão de aspectos pessoais, formação ou exercício profissional. Apesar disso, chama atenção o fato de que três enfermeiras, que tiveram aprendizados culturais, remodelaram, ao menos em parte, os estereótipos sobre sexualidade que estiveram presentes nas narrativas dos(as) demais participantes. Essa formação diferenciada parece ter contribuído para romper com mitos e tabus da sexualidade e contribuíram para que o tema fosse incluído em abordagens de cuidado com os(as) usuários(as) no serviço. Quando comparado ao conjunto de profissionais, estes(as) apresentaram representações que puderam ser definidas como periféricas e que apontaram uma compreensão diferenciada sobre sexualidade, embora, ao analisar mais profundamente as narrativas, fosse encontrada a mesma representação nuclear encontrada nos demais participantes, o que será discutido adiante.

Inferese que representações semelhantes entre profissionais com características diferentes e que tiveram ou não formação sobre temas relativos à sexualidade podem ser reflexo de um número limitado de oportunidades para que abordassem o assunto (CESNIK; ZERBINI, 2017). Especificamente sobre a formação, estudo realizado com estudantes de uma universidade pública mostrou que não há correlação entre o tempo de permanência na universidade e a redução de preconceito em sexualidade. Esse mesmo estudo mostrou efeitos positivos da participação em aulas, curso ou atividade relacionada a gênero, sexualidade ou diversidade sexual (COSTA et al, 2015).

4.3 Resultados finais apresentados em forma de artigos

Foram produzidos três artigos que corresponderam aos objetivos do estudo, conforme segue:

- Objetivo geral: Compreender representações de enfermeiros(as) da atenção primária à saúde sobre sexualidade, no contexto da prevenção das IST/HIV.

- Objetivos específicos: Interpretar as representações sobre sexualidade a partir das narrativas sobre vivências pessoais e profissionais de enfermeiros(as); Analisar a presença das representações sobre sexualidade na prática profissional relacionada à prevenção das IST/HIV.

Os títulos e as categorias que compõem os artigos foram sintetizados no Quadro 2.

Quadro 2 - Artigos apresentados, títulos e categorias, 2019.

Artigos	Categorias
1. Título: Roteiros de sexualidade construídos por enfermeiros e a interface com a atenção em IST/HIV	Roteiros de sexualidade na infância e adolescência Roteiros de sexualidade na formação Roteiros de sexualidade e o cuidado em IST/HIV
2. Título: Representações de enfermeiros(as) sobre sexualidade e as práticas de cuidado	Representações sobre sexualidade e sexo Representações de gênero Representações sobre a sexualidade do outro
3. Título: Representações de enfermeiros(as) sobre a prevenção das IST/HIV na atenção primária	Representações sobre prevenção das IST/HIV A comunicação sobre a prevenção das IST/HIV As práticas de prevenção em IST/HIV

No primeiro manuscrito, realizado a partir das entrevistas individuais, interpretou-se as trajetórias dos(as) participantes na infância, adolescência e vida adulta (APÊNDICE G, H). Para tanto, esclarece-se que cada entrevista individual gerou uma linha do tempo, contendo as principais representações presentes ao longo da vida. Essa estratégia possibilitou a síntese das informações de cada participante e permitiu a compreensão dos roteiros de sexualidade que sustentaram a análise. Esse manuscrito foi aceito para publicação na Revista de Enfermagem Anna Nery (ANEXO D).

O segundo manuscrito, originado dos grupos focais, identificou as representações dos(as) enfermeiros(as) sobre sexualidade, materializadas nas práticas cotidianas nos serviços e foi submetido ao periódico *Journal of Nursing UFPE on line*.

No terceiro manuscrito, desenvolvido de acordo com as entrevistas individuais e grupos focais, analisou-se a interface entre as representações e as práticas de prevenção em IST/HIV na atenção primária. Desse modo, focalizou-se as práticas desenvolvidas no cotidiano de serviços dos(as) participantes, com destaque para as representações sobre prevenção, a comunicação sobre IST/HIV e as ações realizadas. O citado manuscrito foi submetido à Revista de Enfermagem Anna Nery.

ARTIGO I

4.3.1 Roteiros de sexualidade construídos por enfermeiros e a interface com a atenção em IST/HIV

Scripts de sexualidade construídos por enfermeiros y la interfaz com la atención em IST/VIH

Scripts of sexuality constructed by nurses na the interface with a attention in STI/HIV

Sheila Milena Pessoa dos Santos¹
 Javanna Lacerda Gomes da Silva Freitas²
 Maria Imaculada de Fátima Freitas¹

¹Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais. Brasil

²Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Autora correspondente:

Sheila Milena Pessoa dos Santos

E-mail: sheila.milena@gmail.com

Resumo

Objetivo: compreender os roteiros de sexualidade construídos por enfermeiros e a interface com a atenção em IST/HIV na atenção primária à saúde. **Método:** estudo qualitativo, ancorado na teoria dos roteiros sexuais. Foram realizadas 35 entrevistas em profundidade com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, entre maio e a agosto de 2017. O material foi organizado com auxílio do *software* MAXQDA Standard 12[®] e foi submetido à Análise Estrutural de Narração. **Resultados:** a análise das trajetórias dos participantes permitiu a construção de três categorias: roteiros de sexualidade na infância e na adolescência; roteiros de sexualidade na formação; roteiros de sexualidade e o cuidado em IST/HIV. **Conclusão e implicações para prática:** os roteiros de sexualidade são marcados por estereótipos e resultam em obstáculos às práticas de prevenção das IST/HIV. Apontou-se a necessidade de investimentos nos processos de formação profissional que focalizem a mudança de paradigma na saúde e considerem as construções culturais que dificultam a inserção da sexualidade nas práticas de cuidado, com destaque para as ações preventivas em IST/HIV.

Palavras-chave: Sexualidade; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Vírus da Imunodeficiência Humana; Enfermeiras e Enfermeiros; Atenção Primária à Saúde

Abstract

Objective: understand the routines of sexuality constructed by nurses and the interface with attention in STI / HIV in primary health care. **Method:** qualitative study, anchored in the theory of sexual scripts. A total of 35 in-depth interviews were conducted with nurses from

the Family Health Strategy between May and August 2017. The material was organized using MAXQDA Standard 12[®] software and was submitted to Structural Analysis of Narration and content. **Results:** the analysis of participants' trajectories allowed the construction of three categories: sexuality scripts in childhood and adolescence; scripts of sexuality in formation; sexuality scripts and STI/HIV care. **Conclusion and implications for practice:** Sexuality scripts are marked by stereotypes, constructed throughout life, and result in obstacles to STI/HIV prevention practices. It was pointed out the need for investments in vocational training processes that focus on the paradigm shift in health and consider the cultural constructions that hinder the insertion of sexuality into care practices, with emphasis on preventive actions in STI/HIV.

Keywords: Sexuality; Sexually Transmitted Diseases; Human Immunodeficiency Virus; Nurses; Primary Health Care

Resumen

Objetivo: comprender los itinerarios de sexualidad construidos por enfermeros y la interfaz con la atención en IST / VIH en la atención primaria a la salud. **Método:** estudio cualitativo, anclado en la teoría de los itinerarios sexuales. Se realizaron 35 entrevistas en profundidad con enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia, entre mayo y agosto de 2017. El material fue organizado con ayuda del software MAXQDA Standard 12[®] y fue sometido al Análisis Estructural de Narración y de contenido. **Resultados:** el análisis de las trayectorias de los participantes permitió la construcción de tres categorías: guiones de sexualidad en la infancia y en la adolescencia; los itinerarios de sexualidad en la formación; los itinerarios de sexualidad y el cuidado en IST/VIH. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** los itinerarios de sexualidad están marcados por estereotipos y resultan en obstáculos a las prácticas de prevención de las IST/VIH. Se apunta la necesidad de inversiones en los procesos de formación profesional que se centren en el cambio de paradigma en la salud y consideren las construcciones culturales que dificultan la inserción de la sexualidad en las prácticas de cuidado, con destaque para las acciones preventivas en IST/VIH.

Palabras clave: Sexualidad; Infecciones de Transmisión Sexual; Virus de la Inmunodeficiencia Humana; Enfermeros; Atención Primaria de Salud

INTRODUÇÃO

A sexualidade é expressa a partir da inter-relação entre os aspectos biológicos, psicológicos, culturais, éticos e religiosos ou espirituais.¹ Trata-se de um aprendizado constituído por roteiros sociais complexos, introjetados ao longo da vida, sob circunstâncias

históricas e culturais.² Essa perspectiva se distancia da noção biomédica e essencialista acerca da sexualidade, associada à genitalidade, ao ato sexual e à reprodução.

Na saúde, o interesse pelo tema da sexualidade deve-se, sobretudo, à preocupação com o fato de que as práticas sexuais sem proteção estão associadas a uma enorme carga global de doenças.³ Nessa vertente, a dimensão da sexualidade possui papel central nas abordagens preventivas em saúde, contudo, esse tema ainda é pouco pontuado no cuidado em saúde.⁴

As fragilidades da abordagem da sexualidade na atenção em saúde envolvem uma variedade de razões pessoais e contextuais. Os profissionais ainda consideram a sexualidade como uma questão sensível e delicada pertencente à esfera privada.⁵ Na enfermagem, o tema tem sido associado a tabus e a preconceitos, presentes tanto na formação acadêmica quanto na prática profissional. Ressalta-se que na inter-relação de quem pratica o cuidado e de quem o recebe, a sexualidade ganha espaço para emergir como alvo de intervenção. Entretanto, quando velada, a sexualidade pode consistir em ansiedades, em incertezas e em constrangimentos que possuem implicações no cuidado.⁶

As dificuldades dos profissionais para abordagem da sexualidade produzem desdobramentos para o cuidado efetivo de enfermagem, sobretudo, quando se trata de melhoria da qualidade de vida ou de prevenção de agravos. O baixo investimento nessa dimensão pode contribuir para que problemas de saúde como as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) permaneçam como problemas de saúde pública, com impacto negativo na qualidade de vida e nas relações interpessoais.⁷

Organização Mundial da Saúde (OMS) reitera que a modificação do panorama de infecção pelas IST/HIV *versus* redução da sua transmissão relaciona-se às práticas efetivas de prevenção. Neste sentido, as estratégias preventivas incluem a educação sexual abrangente, a aquisição de noções sobre as IST/HIV, corpo e gênero, além do aconselhamento sobre sexo seguro e sobre as mudanças de comportamento, os quais exigem construção e reconstrução de saberes. Esses aspectos remetem à sexualidade, devendo ser alvo das práticas profissionais de saúde.⁸

Salienta-se que a atenção em IST/HIV é transversal nas práticas de cuidado e deve permear todos os níveis de atenção em saúde, pois, devido às consequências para a saúde, as infecções de transmissão sexual podem demandar assistência em serviços primários, secundários ou terciários.⁹ Contudo, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS)

concentra-se o investimento em ações de prevenção, sobretudo, em razão da efetividade e impacto positivo para o controle da epidemia.³

Como parte integrante da APS, ressalta-se que no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), o profissional de enfermagem possui papel essencial na atenção em IST/HIV por meio da realização da consulta individual, atividades em grupo, solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamento, quando necessário, de usuários(as) a outros serviços.⁹ Contudo, estudos denunciam lacunas na prática de enfermagem para a prevenção das IST/HIV e sinalizam o distanciamento do enfermeiro frente aos temas relativos à sexualidade.^{5,6,10}

Apesar de identificarem as lacunas, as investigações em saúde não têm investido em conhecer os processos que conduzem os enfermeiros a evitarem a abordagem da sexualidade em suas práticas.^{5,11} Nesse sentido, este estudo focaliza os contextos intersubjetivos, interpessoais e culturais das interações sociais envolvidas nas interpretações sobre a sexualidade e as implicações para as práticas de cuidado em IST/HIV. Esse conhecimento é essencial, pois pode identificar aspectos da prática de enfermagem que contribuam para que as ações de prevenção sejam efetivas para o controle da epidemia.

Assim, interrogou-se os enfermeiros sobre a sexualidade ao longo da vida, incluindo-se o aprendizado sobre o assunto e sobre as IST/HIV. Logo, o objetivo foi compreender os roteiros de sexualidade construídos por enfermeiros e a interface com a atenção em IST/HIV na atenção primária à saúde.

MÉTODO

Constitui recorte de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, ancorado na teoria dos roteiros sexuais.² Como projetos cognitivos, os roteiros sexuais permitem organizar e vincular o que pensam e o que fazem as pessoas e como elas são afetadas pelo contexto sociocultural em que vivem.

A roteirização sexual envolve três dimensões: cenários culturais, que orientam os requisitos dos papéis sociais; roteiros interpessoais, que correspondem ao padrão de interação social; e roteiros intrapsíquicos, que consistem no diálogo interno da pessoa com as expectativas sociais e culturais. Os atores sociais acionam esses roteiros nas ações cotidianas, que são a sua interpretação das normas sociais e dos mitos culturais.¹³ No presente estudo, a teoria dos roteiros sexuais contribuiu para a compreensão de como as construções ao longo da vida sobre sexualidade podem nortear as práticas dos profissionais nas ações de cuidado em IST/HIV no contexto da APS.

O cenário da pesquisa foi o campo da APS de um município do interior do nordeste do Brasil, que possui 105 equipes da ESF, organizadas em seis distritos sanitários. A população foi composta por enfermeiros e enfermeiras dessas equipes, sendo incluídos: profissionais em efetivo exercício e que atuavam havia mais de um ano na equipe. Essa escolha teve o objetivo de garantir a vinculação do participante ao serviço, permitindo as narrativas sobre as experiências profissionais. Foram excluídos os profissionais afastados do serviço por licença ou férias.

A amostra contemplou profissionais de todos os distritos sanitários e foi realizada por sorteio. As informações foram analisadas preliminarmente no percurso da coleta, o que permitiu confirmar a saturação teórica dos dados¹⁴ e suspender a inclusão de novos participantes. Desse modo, a amostra final totalizou 35 profissionais.

O contato com os participantes ocorreu por telefone e por visitas ao serviço. Apenas dois enfermeiros recusaram as participações, justificadas por questões pessoais. A partir da anuência dos participantes, realizou-se a coleta de dados, que ocorreu entre maio e agosto de 2017, por meio de entrevistas em profundidade.¹⁵ As entrevistas foram realizadas nos consultórios dos enfermeiros, em suas respectivas unidades de saúde, de acordo com a disponibilidade do profissional. Inicialmente, foram coletados dados de identificação, contendo tempo de serviço, sexo e orientação sexual, idade, número de filhos, existência de parcerias e dados sobre a formação acadêmica. Em seguida, solicitou-se que os participantes discorressem acerca da vivência da sexualidade ao longo da vida, incluindo-se o aprendizado sobre o assunto e sobre as IST/HIV. Com a preocupação de oferecer confiança e proporcionar a livre exposição das narrativas pelos participantes, as entrevistas foram conduzidas com o mínimo de interferência e interpelações, excetuando-se apenas os momentos em que era necessário reconduzir ao tema central do estudo ou aprofundar uma ideia. As entrevistas duraram em média 40 minutos, foram audiogravadas e transcritas integralmente.

A análise dos dados fundamentou-se na análise estrutural de narração,¹⁶ pressupondo que a narrativa ocorre em um processo de construção e reconstrução de reflexões propostas na interação entre pesquisador-entrevistado, no qual o segundo emite suas representações sobre os objetos, ao dar sentido ao que pensa e fala. Acrescenta-se que na estrutura das narrativas foram observados três níveis descritivos articulados: o nível das funções, no qual foram descritos os acontecimentos, eventos ou circunstâncias sobre a temática considerada, identificando-se as sequências (S) e os fatos (F); o nível das ações, que consistiu na definição dos personagens (P), considerados participantes em uma esfera de ações e na sua práxis; o

nível da narração, no qual foram identificados os argumentos e explicações utilizadas (J) sobre os fatos descritos.

Considerou-se que a interpretação de uma narrativa não corresponde apenas ao acompanhamento de uma história, mas consiste em reconstruir a teia argumentativa do entrevistado, pois este, ao narrar, o faz em idas e vindas do discurso.¹⁷ Desse modo, análise foi desenvolvida de acordo com o seguinte processo¹⁸: a) leitura vertical para identificação do tema central; b) leitura horizontal para identificação das sequências contidas nas narrativas, enumeração dos fatos, dos sentimentos, das justificativas e dos personagens; reagrupamento das sequências por assunto e nomeação provisória de cada reagrupamento; c) leitura transversal para identificação de conjunções e disjunções dos fatos narrados no conjunto das entrevistas; d) interpretação das categorias empíricas, com o cotejamento das categorias encontradas com estudos sobre o tema.

Para auxílio na organização dos dados foi utilizado o *software* MAXQDA Standard 12[®]. O *software* teve apenas como função a organização das características dos participantes e dos recortes de narrativas nas fases de leitura vertical e horizontal da análise. Todo material foi organizado e interpretado pelas autoras, conferindo a fidedignidade e a validade interna dos resultados.

As normas para pesquisa com seres humanos, contidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foram atendidas e o estudo foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 13 de março de 2017, e do Hospital Universitário Alcides Carneiro, em 20 de março de 2017, sob pareceres 1.961.797 e 1.973.639, respectivamente. Para preservar o sigilo das informações e o anonimato dos participantes, os trechos das narrativas foram identificados por meio da utilização da letra E (entrevistado) e do número aleatório atribuído a cada um dos participantes, entre 1 e 35, seguido pela letra F (sexo feminino) ou M (sexo masculino).

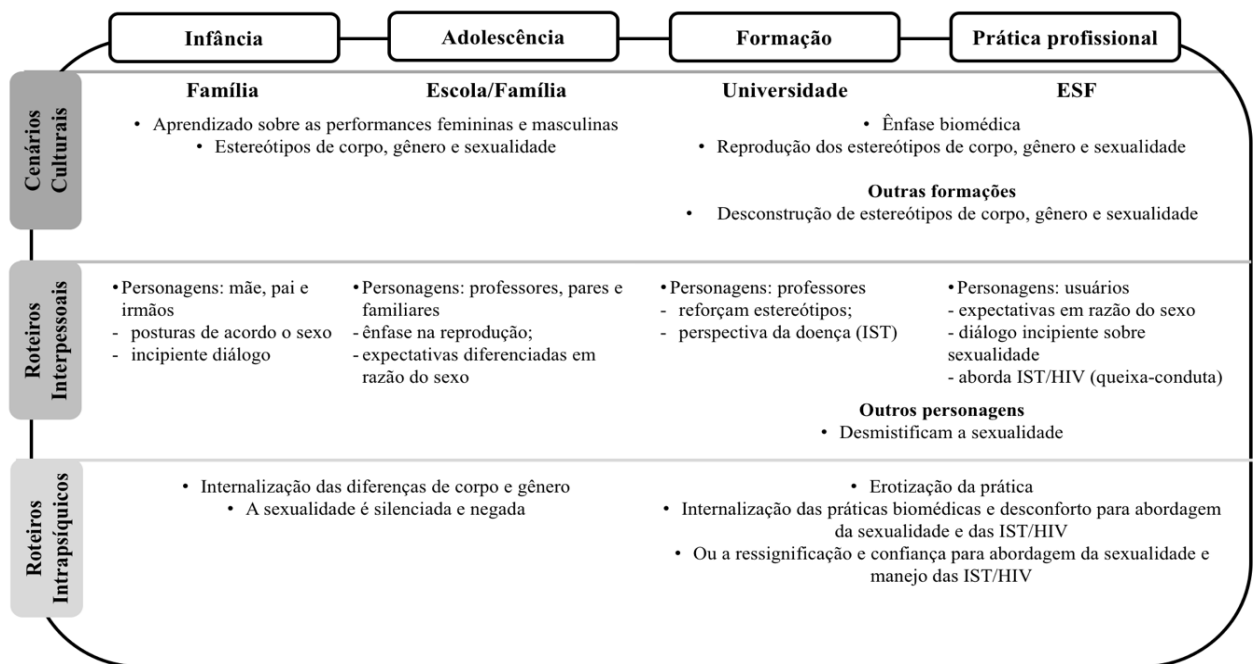
RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 35 enfermeiros, do sexo feminino (86%) e sexo masculino (14%), cisgêneros. A idade variou entre 25 e 55 anos, predominando aqueles com mais de 35 anos (68%). A maioria possui filhos (83%), possui parceria sexual (86%), graduou-se em instituição pública (77%) há mais de 10 anos (71%), titulouse como especialista (71%) e atua há mais de 10 anos (68%) na ESF sob regime estatutário (86%). Apenas duas (5,7%) profissionais tiveram formações continuadas com a inclusão de temas afeitos à sexualidade e à prevenção das IST/HIV.

Os resultados foram sintetizados na Figura 1 e representam recortes das trajetórias dos participantes reconstituídas ao longo da vida a partir da composição das seguintes dimensões: cenários culturais, roteiros interpessoais e roteiros intrapsíquicos.

Figura 1 – Trajetórias dos enfermeiros reconstituídas a partir das dimensões: cenários culturais, roteiros interpessoais e intrapsíquicos.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os resultados foram organizados em três categorias e são apresentadas a seguir.

Roteiros de sexualidade na infância e na adolescência

Para os participantes, os roteiros de sexualidade foram delineados, inicialmente, no contexto da família, a partir de expectativas e da modelagem de comportamentos de acordo com o sexo biológico.

Menina tinha que sentar de perna fechada, não pode aparecer a calcinha, usar saia curta, usar short, blusa transparente, nem pensar [...] (E15, F).

Fui ensinado que menino não se mistura com menina. Menina é com as brincadeiras de menina (E8, M).

As narrativas mostraram a relação com os pais e os pares, o aprendizado sobre o corpo e a delimitação das brincadeiras. Essas experiências de socialização modelaram as

performances femininas e masculinas frente à sexualidade e desvelaram roteiros de gênero. Nessa compreensão, uma participante estabeleceu relação entre esses artifícios e a função sociocultural.

Hoje em dia, eu sei que as brincadeiras de menina já condicionam a mulher a seguir um determinado papel e as brincadeiras do menino também (E15, F).

Na adolescência foi marcante a postura conservadora dos pais, não havendo espaço para discussão e orientação sobre questões da sexualidade, produzido por roteiros de silêncio e de negação.

Não tinha aquela orientação de sentar o filho e conversar olho no olho sobre isso. Geralmente, eram conselhos bem indiretos, bem por cima. Alertando sobre não engravidar e pegar IST (E12, M).

Para alguns, a mãe foi a possível interlocutora, mas seguindo as normas do pai, com papéis de gênero bem definidos e esperados:

Embora a maior influência da minha educação foi da minha mãe, mas, nesse aspecto, era tudo como meu pai queria. Quem impunha as regras para a gente era minha mãe, só que era de acordo com a vontade dele [pai] (E31, F).

Ao recordarem-se de vivências na adolescência, os participantes narraram experiências em outros cenários e inseriram outros personagens no contexto interpessoal. Surgiram novos pares, os colegas, os professores e a escola, como espaço e oportunidades para comunicação sobre sexualidade, incorrendo na discussão de temas como corpo e reprodução, mesmo que pontualmente.

[...] tinha um professor que era bem aberto, era professor de química. Ao dar a aula, ele abria espaço para falar sobre isso e a gente ficava tirando dúvidas sobre sexualidade. Só que repercutiu de forma negativa na cidade. Saiu em jornal. Só porque na aula perguntou-se o que é clitóris. Os pais, quando viram, acho que foi no primeiro ano que aconteceu, não gostaram e repercutiu bastante de forma negativa na escola (E9, M).

Experiências negativas acerca da discussão sobre assuntos relacionados à sexualidade mostram que a inserção da temática, quando ocorreu, foi permeada por conflitos e interdições

no campo social. Portanto, a sexualidade foi tratada como tabu e produziu efeitos, como a dificuldade de abordagem de temas a ela relacionados. O debate na adolescência surgiu, ocasionalmente, em torno de assuntos como gravidez, segundo os entrevistados.

A professora de biologia é quem fez essas explicações sobre mudança do corpo, puberdade, menstruação, sobre a relação [sexual] que podia engravidar, mas sempre foi da disciplina biologia, não foi nada direcionado (E25, F).

Na totalidade das entrevistas, explicitou-se que as informações e o diálogo sobre as IST/HIV foram fragmentados, tanto na relação com os pais, quanto com os pares, e na escola. Portanto, esse assunto foi pouco pontuado, embora estivesse presente nas experiências dos participantes.

Minha geração acompanhou a doença e a morte de Cazuza, que definhou. Isso era visto na imprensa e discutido na escola, nas aulas de ciências. Que era doença, que era um vírus que atacava o sistema imunológico, que não tinha cura. Eram campanhas aterrorizantes na verdade (E24, M).

O surgimento da aids (1984) aconteceu à época da adolescência e início da vida adulta da maioria dos participantes. A apropriação sobre a doença ocorreu permeada por estereótipos associados às pessoas com HIV, à homossexualidade, aos sinais no corpo e à morte. A repercussão pelo surgimento do vírus não foi acompanhada de uma discussão esclarecedora sobre questões de sexualidade e IST/HIV.

As fragilidades da orientação sobre sexualidade e IST/HIV materializaram-se na baixa experiência com prevenção. Os participantes, tanto os homens quanto as mulheres, desvelaram roteiros em que a iniciação sexual desprotegida e pouco conhecimento sobre o tema foram constantes.

O que eles [amigos, colegas] falavam era em relação ao ato mesmo, o que fazer, o que teve com a menina, teve isso e aquilo outro. Nada de prevenção, de se preocupar com doença, nem se preocupar com gravidez (E8, M).

Eu achava que [preservativo] era uma coisa de engolir [...]. O meu pensamento até fazer faculdade é que era assim (E5, F).

Depreende-se dos roteiros examinados que, independentemente do sexo, a falta de informações com relação à sexualidade e à ausência da inserção das questões de proteção e de prevenção das IST/HIV predominou nos contextos dos participantes.

Roteiros de sexualidade na formação

Para os profissionais, o ingresso na formação em enfermagem ocorreu no início da vida adulta e foi o principal cenário relatado das interações nessa fase. Parte deles compreendeu que esse contexto social colaborou para vivência de novas experiências, mas contribuiu pouco para romper dificuldades relacionadas à sexualidade.

A universidade abriu um outro mundo, pois eu vinha do interior. [...] mas a sexualidade não era assunto tratado no conteúdo do curso (E24, M).

Eu acho que foi isso que mudou minha cabeça, o curso. Mas para você ver o que é criação, o curso não fez eu me libertar dessa vergonha que eu tenho [com questões de sexualidade] (E34, F).

A inserção da sexualidade como proposta contemplada durante as aulas na graduação foi mencionada por apenas três participantes, em componentes curriculares únicos.

A professora deu essa parte de IST, de citologia, mas também despertou na gente a história da sexualidade, da gente de se respeitar, se conhecer como mulher, e fez algumas dinâmicas sobre o corpo. Eu me lembro que foi aí que eu vi que a sexualidade ia muito além (E6, F).

A decisão de inclusão de conteúdos sobre sexualidade foi excepcional na graduação e dependeu da disponibilidade e atenção do professor. Os profissionais justificaram que a maior ênfase no curso dirigia-se aos aspectos biológicos e à doença.

Na minha época, o professor era mais focado na disciplina. Não se abria esse leque. Não se falava sobre sexualidade. Era mais voltado ao conteúdo, ao biológico, à doença. Não se falava muito na parte comportamental (E12, M).

Os estereótipos de corpo e gênero, presentes nos roteiros de sexualidade introjetados ao longo da vida ressurgiram na formação. O tabu com o corpo e com as manifestações físicas sexuais foram relatados ao se referirem às práticas nos campos de estágio.

Eu me lembro que a primeira vez que fui passar uma sonda, foi num menino. Fiquei morta de vergonha porque o pênis ficou duro. E sou branquinha, logo fiquei vermelha. A professora explicou a técnica e afirmou que o pênis poderia ficar ereto, que isso era uma coisa que com o tempo a gente iria quebrar o tabu, a vergonha, e encarar como uma coisa normal e sem envolvimento. Mas foi horrível (E32, F).

Durante a vida foram incorporadas formas e condutas para esconder, negar e silenciar o corpo e ao se deparar com uma situação de expressão da sexualidade, o despreparo foi evidente.

Os participantes narraram, também, vivências diferenciadas em razão do sexo ao qual pertenciam, mantendo-se os estereótipos.

Dependendo de alguns homens que estavam internos, quando a gente fosse fazer um banho no leito, a professora dizia que a gente tivesse, às vezes, cuidado com a questão das nossas próprias vestimentas, para não serem apertadas ou transparentes, para não desencadear algum interesse no homem (E26, F).

Por eu ser homem [...], foi uma dificuldade muito grande eu fazer a coleta para o citológico (E19, M).

Esses relatos reiteram que no cenário cultural da academia, os roteiros interpessoais e intrapsíquicos introjetados ao longo da vida foram reproduzidos, sobremaneira, voltados às interdições de corpo e gênero, estendendo-se, dessa vez, ao cuidado do outro.

Como prerrogativa da formação, a abordagem das IST surgiu como conteúdo ministrado na disciplina de saúde da mulher. Porém, a inserção desse conteúdo ocorreu, sobretudo, de forma pontual e dissociada da sexualidade, com ênfase na doença e no tratamento, de acordo com os relatos dos participantes.

A gente tinha que aprender de acordo com aquele catálogo que tem as IST. Falava sobre camisinha feminina e masculina e do tratamento, mas basicamente só era isso (E28, F).

Lembro que foi bem superficial, mas de uma forma direcionada à gestante, não foi aquela coisa de vamos falar de IST, não (E21, F).

A superficialidade narrada pelos participantes desvela que o ensino da temática das IST ocorreu desconexo do aprendizado sobre as questões que envolvem a sexualidade.

Como exceção, alguns profissionais participaram de outras formações em que houve inserção da abordagem de sexualidade.

Para quem fez o curso foi uma riqueza. Abordou-se a questão de que a sexualidade não está só em sexo, que o tocar na mão, um cheiro também é sexualidade [...] acho que a gente debateu muito o tema e quando a gente pagou saúde da mulher, entrou sexualidade, quando a gente pagou saúde do homem, a gente viu sexualidade, quando a gente viu saúde do idoso, a gente viu a sexualidade no idoso (E5, F).

A desmistificação da sexualidade, por meio dessas formações, associou-se às práticas de cuidado marcadas pela abertura para abordagem do tema, dirigida para uma variedade de públicos, como o homem, o idoso e o adolescente. Esse aspecto mostrou-se como contribuinte para apreensão de informações e inserção das ações de prevenção das IST/HIV, como será mostrado adiante.

Roteiros de sexualidade e o cuidado em IST/HIV

Ao reportarem as experiências no exercício profissional, os participantes insistiram sobre a pouca inserção das questões de sexualidade nas práticas nos serviços de saúde, sendo mencionada apenas durante os atendimentos destinados à saúde da mulher. Essa inserção foi mencionada pelas enfermeiras, que relataram abordar, ocasionalmente, assuntos relativos à sexualidade com as usuárias, embora tenham narrado desconforto diante de determinadas situações.

Raramente eu pergunto alguma coisa sobre isso, sobre a sexualidade (E19, M).

Já chegou gente dizendo que foi estuprada, que teve relacionamento lésbico e agora estava com um homem. Às vezes, você fica meio chocada com as coisas que escuta e tem que respirar pra ver o que vai fazer (E3, F).

A in/disposição das enfermeiras para discutir sexualidade com as mulheres ilustra a roteirização de gênero, apreendido da perspectiva heterossexual. Nesse sentido, desvelaram-se o despreparo e a ausência de discussões que envolveram a diversidade sexual e de gênero, como exemplo o “choque” em face da demanda de cuidados de saúde.

No exercício profissional, os participantes também relataram desconforto no cuidado com o corpo, sobretudo do sexo oposto, o que se configura também como expressão de roteiros de sexualidade aprendidos ao longo da vida.

Sempre é um pouco constrangedor a gente lidar com essa parte. Nunca é muito confortável (E2, F).

As dificuldades em tocar o corpo para cuidar de usuários(as) do sexo oposto foram, então, especialmente relatadas pelos profissionais do sexo masculino.

As mulheres não estão preparadas para fazer exames na área ginecológica com os profissionais homens (E12, M).

Como a atenção à saúde nas ESF concentra-se nas ações preventivas na esfera sexual e reprodutiva das mulheres, sendo os homens praticamente ausentes, as dificuldades para abordagem do público masculino não foram pontuadas pelas enfermeiras.

Nessa lógica, as práticas de cuidado em IST/HIV mostraram-se concentradas nas mulheres em idade adulta e que buscaram o serviço para realização de atividades preventivas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Sífilis em adultos [do sexo masculino], eu não tive nenhum caso. Tive sífilis em gestante. A gente descobriu no primeiro trimestre, através do VDRL. É quando aparece alguma coisa (E27, F).

Quando a paciente vem com uma queixa visível [de IST] ou quando ela já vem com história de uma vida sexual promíscua, a gente presta o atendimento (E21, F).

Dentro de uma abordagem biológica, o atendimento prestado ao público feminino ocorre mediante comportamento de risco e está centrado na dimensão queixa-conduta, com ênfase nos procedimentos para oferta de exames e tratamento das alterações identificadas. Assim, diante da necessidade de intervenção dirigida à parceria sexual da mulher, o cuidado ao usuário do sexo masculino é realizado indiretamente e ocorre durante o tratamento do casal.

Como a maioria não vem porque trabalha, a gente faz a receita (do medicamento), e a mulher mesmo pega a medicação na farmácia e já leva para ele (E30, F).

As IST [no homem], geralmente, a gente trata quando trata a companheira [entrega o medicamento] (E33, F).

Os homens não falam. Poucos falam a respeito de alguma doença, a não ser o reumatismo, se fuma ou se bebe. Eu acho que não tratei e

não encaminhei nenhum paciente do sexo masculino, relacionado às DST, porque eles não são de se abrirem (E35, F).

Essencialmente, para os participantes a abordagem sobre IST/HIV apenas ocorre a partir da busca do usuário, mediante sinais e sintomas.

Por incrível que pareça, abordamos [IST/HIV] só quando o paciente refere alguma queixa (E17, F).

Na abordagem sobre o assunto, os profissionais revelaram sentirem-se desconfortáveis ao comunicar aspectos sexuais relativos às IST/HIV. Essas atitudes foram justificadas pela falta de demanda expressa por parte da clientela ou pela sua falta de preparo, mas também por uma avaliação moral sobre a sexualidade do outro.

Acho que eu me sentiria constrangida se, por exemplo, a mulher tivesse tido 15 parceiros. Embora elas falem muito, eu acho que sentiria vergonha de dizer que eu tive relação com 15 homens (E20, F).

Eu tenho certa dificuldade. Eu já peguei casos da mulher ter algum sintoma e ela dizer: “meu marido queria vir para mostrar”. Eu meio que me esquivei e passei para a médica (E31, F).

Essas situações dão visibilidade à presença de roteiros com estereótipos de sexualidade que provocam rupturas no cuidado de enfermagem e na prevenção das IST/HIV.

Destoando do conjunto foram poucos relatos sobre a abordagem da sexualidade inserida na proposta do serviço, independentemente do sexo do usuário, incluindo à atenção ao homem.

Os homens procuram a mim e ao médico, quem estiver disponível no momento atente. A gente pergunta como está se relacionando, se está com alguém, porque ele pode ter relação com homem ou mulher (E11, F).

A gente pede HIV e VDRL a todos os pacientes hipertensos e diabéticos. A gente já começa a ofertar dizendo que é um direito deles (E5, F).

Ainda que da perspectiva biomédica da atenção, incluindo a maior ênfase em exames, ressalta-se que apenas os profissionais que tiveram outras formações afeitas à inclusão da interface entre sexualidade e o cuidado mostraram inserir ações mais abrangentes para a prevenção das IST/HIV.

Discussão

Não houve diferenças expressivas nos roteiros em razão dos aspectos geracionais, vínculo parental ou afetivo, graduação e atividade profissional. Compreendeu-se que a complexidade dos roteiros e as condições para operá-los são de ordem psicológica, social e cultural, da qual essas variáveis são apenas uma parte.

Os resultados mostraram que os participantes foram expostos a cenários culturais, nos quais predominavam estereótipos em torno da sexualidade. Esses roteiros sustentam os sentidos e permitem a organização das interpretações e disposições práticas aprendidas ao longo da vida.² Na presente investigação esses roteiros contribuíram, também, para afastar os assuntos sobre sexualidade e saúde sexual do trabalho no cotidiano dos serviços da APS.

Ao considerar os contextos culturais e interpessoais, explicitou-se que a socialização na infância esteve centrada nas expectativas parentais, nas normas sobre o corpo e maneiras de brincar, conformadas diferentemente para meninas e meninos. Esse aprendizado efetuou-se por meio da construção de desempenhos esperados em razão do sexo biológico, desvelando nuances de gênero. A separação das brincadeiras em masculinas e femininas, por exemplo, carrega forte preconceito. Sendo assim, a norma simbólica orientada, essencialmente, para a distinção entre os sexos, estrutura as identidades hegemônicas feminina e masculina, que mais tarde determinam as performances e representações de sexualidade.¹⁹ Reitera-se que, passada a infância, a importância destas experiências é mais evidente e se tornam mais poderosas no sentido de cercear e modelar as condutas individuais.²

Na adolescência, o diálogo sobre a sexualidade foi sempre elementar na família e na escola, e dependente da disposição de um ou de outro professor para abordá-los. Quando o tema surgiu, centrou-se no repasse de informações fragmentadas sobre reprodução e sobre IST/HIV, geralmente em torno de proibições ou alertas, sem espaço para o diálogo sobre as vivências afetivas e sexuais necessárias à prevenção. Sobre esses aspectos, um estudo revelou que a dificuldade para abordagem desses temas com adolescentes ainda é um problema atual e pode repercutir na maior vulnerabilidade para infecção pela IST/HIV.²⁰

Na profissionalização, evidenciou-se o baixo investimento nos aspectos da sexualidade no cuidado. Essa lacuna é identificada na enfermagem, mas também em grande parte dos currículos de formação na área da saúde.²¹ Contudo, o silêncio em torno da sexualidade na formação não implica na ausência dessas questões, pois identificou-se, por exemplo, a diferenciação do cuidado em razão do sexo, desvelando a erotização da relação de cuidado. Esse resultado foi encontrado em outro estudo realizado com enfermeiras francesas.²² Os autores concluíram que a erotização presente no contexto do cuidado pode provocar

impedimentos nas relações entre profissional e usuário. No presente estudo, evidenciou-se que as barreiras com relação ao corpo podem ser impeditivas para o cuidado, pois as dificuldades para realização do exame físico, por exemplo, podem dificultar o acesso e a identificação de sinais e sintomas das IST/HIV em usuários(as) na APS.

Nas trajetórias profissionais evidenciou-se que a ênfase foi o modelo biomédico hegemônico, que relacionou-se à ações fragmentadas na atenção em IST/HIV. Essas ações são baseadas na queixa-conduta e na oferta de exames, mediante comportamentos considerados de risco e na presença de sinais e sintomas de infecção. Reforça-se que essa perspectiva contraria a proposta de prevenção das IST/HIV, centrada na perspectiva das vulnerabilidades. A importância desse conceito situa-se na interpretação e identificação dos fatores que elevam as probabilidades de infecção de determinados segmentos populacionais, inclusive a partir da identificação de infecções assintomáticas nas populações vulneráveis.²³ Isso é possível por meio da identificação das vulnerabilidades, do levantamento da história sexual detalhada e da oferta das intervenções de prevenção, como preservativos, vacinas e testagens.²⁴

Entretanto, mostrou-se que os profissionais pouco investem na abordagem de homens e mulheres, inclusive no contexto da diversidade sexual e de gênero. Considerou-se que essa lacuna pode representar barreiras para o acesso da população aos cuidados em IST/HIV. Sobre esse aspecto, um estudo realizado com pessoas idosas mostrou que há perdas de oportunidades na identificação e tratamento das IST/HIV nos serviços de saúde devido aos profissionais relatarem em abordar questões de sexualidade com esse público.²⁵ Outro estudo realizado na Argentina revelou a baixa percepção de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre as IST. De acordo com os autores, o incipiente acesso à informação sobre o assunto aumenta ao passo que essas mulheres silenciam suas práticas sexuais em razão do pouco diálogo e da suposição do profissional de saúde de que são heterossexuais.²⁶ Resultados similares foram encontrados em estudos que abordaram a prevenção das IST/HIV em homens.^{27,28} Predominantemente, esses estudos denunciam a vulnerabilidade masculina em razão do estigma e da discriminação, também presentes nos serviços de saúde.

O desenvolvimento de ações de prevenção em IST/HIV mostrou-se difícil em um contexto no qual os enfermeiros não discutem sexualidade. Em consonância, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) reforça que barreiras para discussão sobre saúde sexual e sexualidade dificultam a comunicação para prevenção das IST/HIV nos serviços de atenção primária e acentuam as barreiras que os(as) usuários(as) enfrentam para acessar as intervenções.³

Contrariando a orientação para abordagem livre de preconceitos sobre práticas sexuais com usuários(as) e suas parcerias, as narrativas desvelaram o desconforto dos profissionais com o assunto. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo, que identificou o despreparo dos profissionais para abordar sexualidade com usuários(as). As autoras ponderaram que os profissionais, destituídos de recursos para abordar a temática, optaram por omitir e se esquivar das demandas de sexualidade trazidas pelo usuário e, dessa forma, contribuíram para aumentar a vulnerabilidade dos(as) usuários(as) às IST/HIV.⁴

Ressalta-se que o processo de socialização também é marcado pela criação, reorganização e destruição de partes do roteiro, mediante respostas a novas aptidões e situações concretas.² No contexto analisado, verificou-se poucos indícios dessas novas aptidões, o que seria possível mediante apoio institucional e processos formativos que incentivem o diálogo sobre sexualidade e a aquisição de conhecimento sobre o assunto.²⁹ Em parte, esse investimento ocorreu apenas para alguns profissionais que mostraram melhor compreensão, com alguma repercussão na abordagem dos(as) usuários(as) no cuidado em IST/HIV na atenção primária.

Financiamento

Bolsa de doutorado concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES, N° 023/2014).

Conclusão e implicações para a prática

A reconstrução das trajetórias dos enfermeiros revelou que o aprendizado sobre sexualidade ocorreu via estereótipos. Nos contextos vivenciados, as interações sociais assumiram relevância, sem que fossem discutidas, contudo, questões afetivas e sexuais necessárias às práticas de prevenção às IST/HIV. Especialmente, no cenário profissional, houve claramente uma forte orientação biomédica, não sendo identificada abordagem sociocultural da sexualidade. Desse modo, o cuidado em IST/HIV foi contemplado da perspectiva da doença manifesta, sem a consideração sobre os processos de vulnerabilidade dos(as) usuários(as) da APS.

Pode-se concluir que há roteiros de sexualidade socialmente construídos, que definem posturas e atitudes desfavoráveis à inserção do tema como objeto de cuidado, refletindo-se em barreiras para as práticas preventivas em IST/HIV. Reforça-se que aqueles profissionais que tiveram aprendizados culturais que cooperaram para romper com mitos e tabus da sexualidade, ao menos em parte, desvelaram disposição diferenciada e inserção da abordagem sobre as práticas sexuais e IST/HIV com usuários(as) nos serviços.

Os resultados do estudo evidenciam a exigência de intervenções nos processos de formação que focalizem os contextos intersubjetivos, interpessoais e culturais que dificultam a inserção da sexualidade nas práticas de cuidado. Tal investimento pode contribuir para que os enfermeiros compreendam como seu conhecimento pode colaborar para melhoria das ações de prevenção das IST/HIV na APS.

Referências

1. Juárez G, Ramírez PG. Significado de los derechos sexuales em estudiantes de licenciatura em Enfermería. Rev Iberoam Educ Investi Enferm [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 10]; 6(4):9-17. Available from: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/217/significado-de-los-derechos-sexuales-en-estudiantes-de-licenciatura-en-enfermeria/>
2. Gagnon JH. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro (RJ): Garamond; 2006.
3. Organización Pan-Americana da Saúde. Comunicaciones breves relacionadas com la sexualid [Internet]. Washington: Organización Pan-Americana da Saúde; 2018 [cited 2019 Feb 21]. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49504/9789275320174_spa.pdf?ua=1
4. Barbosa JAG, Souza MCMR, Freitas MIF. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. Cien Saude Colet [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 2]; 20(7):2165-2172. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.01792014>
5. Ferreira SMA, Gozzo TO, Panobianco MS, Santos MA, Almeida AM. Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 10]; 23(1):82-89. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3602.2528>
6. Sehnem GD, Ressel LB, Junges CF, Silva FM, Barreto CN. A sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 21]; 17(1):90-96. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000100013>
7. World Health Organization. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2019 Feb 21]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?ua=1>

8. World Health Organization. Sexually transmitted infections. Fact sheet Updated [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 Aug [cited 2019 Feb 21]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
9. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. 2nd ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016 [cited 2019 Feb 21]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf
10. Belém JM, Alves MJH, Pereira EV, Maia ER, Quirino GS, Albuquerque GA. Prostituição e saúde: representações sociais de enfermeiros/as da Estratégia Saúde da Família. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 2]; 32:e25086. Available from: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.25086>
11. Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JFC, Oliveira MA, Adami F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 30]; 18(4):607-614. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140086>
12. Bungay V, Masaro CL, Gilbert M. Examining the scope of public health nursing practice in sexually transmitted infection prevention and management: what do nurses do? *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2019 Feb 2]; 23(21-22):3274-3285. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12578>
13. Escoffier J. Introdução. In: Gagnon JH. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro (RJ): Garamond; 2006.
14. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 [cited 2018 Feb 21]; 24(1):17-27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
15. FLICK, W. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
16. Demaziere D, Dubar C. *Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion*. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches; 1997.
17. BARTHES, R. Introdução à Análise Estrutural da Narrativa. In: BARTHES, R et al. *Análise Estrutural da Narrativa*. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
18. Blanchet A, Gotman A. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris: Nathan; 1992.
19. Costa LHR, Coelho EAC. Ideologies of gender and sexuality: the interface between family upbringing and nursing education. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2018

- Feb 19]; 22(2):485-492. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200026>
20. Almeida RAAS, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Hora JM, Linard AG, Coutinho NPS, et al. Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 Oct [cited 2019 May 01]; 70(5):1033-1039. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501033&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0531>.
21. Mann CG, Monteiro S. Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2018 [cited 2019 May 06]; 34(7):e00081217. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00081217>.
22. Giami A, Moulin P, Moreau E. La place de la sexualité dans le travail infirmier: l'érotisation de la relation de soins. *Sociol Trav* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 22]; 55(1):20-38. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.soctra.2012.12.001>
23. Brasil. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 123 p.: il.
24. Wilkin T. Primary care for men who have sex with men. *N Engl J Med* [Internet] 2015 [cited 2019 May 05]; 373:854-862. Available from: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc1401303>.
25. Andrade J, Ayres JA, Alencar RA, Duarte MTS, Parada CMGL. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 Jan [cited 2019 May 03]; 30(1):8-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700003>.
26. Silberman P, Buedo PE, Burgos LM. Barreras en la atención de la salud sexual en Argentina: percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Rev Salud Publica* [Internet]. 2016 Jan [cited 2019 May 01]; 18(1):1-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n1.48047>.
27. Baker P, Dworkin S, Tong S, Banks I, Shand T, Yamey G. The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda. In: World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization* [Internet]. 2014 [cited 2019 May 05]; 92:618-620. Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.132795>
28. Reidy DE, Brookmeyer KA, Gentile B, Berke DS, Zeichner A. Gender role discrepancy stress, high-risk sexual behavior, and sexually transmitted disease. *Arch Sex Behav* [Internet].

2016 Feb [cited 2019 May 05]; 45(2):459-465. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-014-0413-0>

29. Saunamäki N, Engström MJ. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2019 May 05]; 23(3-4):531-540. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1111/jocn.12155>

ARTIGO II

4.3.2 Representações de enfermeiros(as) sobre sexualidade e as práticas de cuidado

Representaciones de enfermeiros sobre sexualidade y las prácticas de cuidado

Nurse's representation on sexuality and care practices

Sheila Milena Pessoa dos Santos¹

Javanna Lacerda Gomes da Silva Freitas²

Francisco de Sales Clementino³

Maria Imaculada de Fátima Freitas¹

¹Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais. Brasil

²Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil.

³Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, PB. Brasil

Autora correspondente:

Sheila Milena Pessoa dos Santos

E-mail: sheila.milena@gmail.com

RESUMO

Objetivo: compreender como as representações de enfermeiros sobre sexualidade se articulam com as práticas de cuidado. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, em sua vertente construtivista, que afirma a circularidade das representações individuais e coletivas na construção social, por haver produção e reprodução também no nível psíquico dos indivíduos, as quais são compartilhadas socialmente. O estudo foi realizado entre maio e setembro de 2017 e compôs-se de amostra de 21 enfermeiros da atenção primária de saúde (APS) que, por meio da técnica de grupo focal, discutiram o tema com base em questão central sobre a prática profissional no cuidado relativo à sexualidade. Organizou-se os dados com auxílio do software MAXQDA[®] Standard 12 e a análise fundamentou-se no método de Análise Estrutural de Narração. **Resultados:** identificou-se três categorias: representações sobre sexualidade e sexo, representação de gênero e representações sobre a sexualidade do outro. **Conclusão:** concluiu-se que as interpretações sobre sexualidade se organizam em torno de representações de sexualidade, como sexo e práticas sexuais, e de estereótipos de gênero e de sexualidade, os quais, fazendo parte do imaginário social, dificultam a abordagem sobre o tema, tornando-o ausente nas intervenções em saúde na APS. Os resultados mostraram a necessidade de mudanças na prática de enfermagem para inserção da temática da sexualidade e da saúde sexual como essenciais para atenção integral em saúde.

Descritores: Sexualidade; Enfermeiras e Enfermeiros; Cuidados de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand how representations of nurses about sexuality are articulated to care practices. **Method:** it is a qualitative, exploratory and descriptive study, based on the Theory of Social Representations, in its critical aspect. The study was conducted between May and September 2017 and consisted of a sample of 21 nurses from primary health care (PHC) who, through the focus group technique, discussed the theme based on a central question about professional practice in the workplace sexuality. Data were organized using MAXQDA® Standard 12 software and data analysis was based on Structural Analysis of Narration. **Results:** three categories were identified: representations on sexuality and sex; gender representation; and representations about the sexuality of the other. **Conclusion:** it was concluded that the interpretations on sexuality were structured around nuclear and peripheral representations, which referred to sexual practice and stereotypes of gender and sexuality, which made it difficult to approach the subject. It was identified the need for changes in nursing practice for insertion of sexuality, an essential element for comprehensive health care.

Keywords: Sexuality; Nurses and Nurses; Nursing care; Primary Health Care

Resumen

Objetivo: comprender cómo las representaciones de enfermeros sobre sexualidad se articulan a las prácticas de cuidado. **Método:** se trata de un estudio cualitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, en su vertiente constructivista, que afirma la circularidad de las representaciones individuales y colectivas en la construcción social, por haber producción y reproducción también en el nivel psíquico de los individuos y ser compartidas socialmente. El estudio se realizó entre mayo y septiembre de 2017 y consistió en una muestra de 21 enfermeras de atención primaria de salud (APS) que, a través de la técnica de grupo focal, discutieron el tema con base en cuestión central sobre la práctica profesional en el cuidado relativo a la sexualidad. Se organizaron los datos con ayuda del software MAXQDA® Standard 12 y su análisis se basó en el método de Análisis Estructural de Narración. **Resultados:** se identificaron tres categorías: representaciones sobre sexualidad y sexo; representación de género; y representaciones sobre la sexualidad del otro. **Conclusión:** se concluyó que las interpretaciones sobre sexualidad se organizan en torno a

representaciones de sexualidad como sexo y prácticas sexuales, y de estereotipos de género y de sexualidad, haciendo parte del imaginario social, dificultan el abordaje sobre el tema, ausente en las intervenciones en salud en la APS. Los resultados mostraron la necesidad de cambios en la práctica de enfermería para inserción de la temática de la sexualidad y salud sexual como esenciales para atención integral en salud.

Palabras clave: La sexualidad; Enfermeras y enfermeros; Cuidados de Enfermería; Atención Primaria a la Salud.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma dimensão essencial em qualquer fase da vida humana e não se limita a comportamentos ou práticas sexuais. Para além da perspectiva sexual, tem-se a sexualidade como um fenómeno elaborado e operado socialmente, estruturado em torno de mitos e tabus, que pode interferir nas relações, na saúde mental e física das pessoas.¹

Destaca-se que a sexualidade é um direito humano fundamental, indissociável do cuidado, que deve ser contemplado nas práticas de atenção à saúde com vistas ao rompimento das diversas barreiras produzidas socialmente. Nessa lógica, o cuidado em sexualidade emerge na perspectiva da atenção integral em saúde, que requer a adoção de abordagens que transcendam a perspectiva biológica, ao incluir aspectos multidimensionais para compreensão das necessidades humanas por meio do reconhecimento, sem discriminação, da diversidade e das singularidades das pessoas e das comunidades.²

Pode-se afirmar, a partir da observação do modo de agir e pensar das pessoas, que a capacidade de cuidar do outro sofre modificações por influência das crenças, dos valores, das concepções e das experiências vividas pelo sujeito que presta o cuidado.¹ Nesse sentido, a abordagem da sexualidade é marcada pelas tensões entre o direito à saúde integral e as práticas de saúde ainda ancoradas na visão curativa do processo saúde-doença, por valores individuais e pelo conservadorismo.³

Observa-se tal fato na realidade da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), quando a atenção ofertada se caracteriza por ações reducionistas, não vislumbrando as diversas dimensões do cuidado em sexualidade,³ apesar de os princípios do Sistema Único de Saúde preverem a integralidade como base para a inserção e o cuidado das pessoas e da população. Portanto, dentre os desafios a serem superados, destaca-se a oferta da atenção ampliada em saúde que considere a sexualidade com dimensão do cuidado integral.⁴ A literatura mostra que profissionais de saúde, amparados por noções

estereotipadas, pouco discutem ou inserem aspectos da sexualidade em suas intervenções. Considerando as práticas dos enfermeiros, a temática da sexualidade é desafiadora e complexa, pois envolve sentimentos de conflito, tais como o medo e o embaraço.⁴ As questões de sexualidade podem ser o tipo de situação em que os profissionais se encontram indispostos a abordar, mas que estão obrigados a responder no exercício profissional.⁵

Afirma-se que os preconceitos, as crenças, os juízos de valor e o estigma de trabalhadores da enfermagem podem interferir de forma negativa na qualidade da assistência prestada em sexualidade.⁶ O baixo investimento nessa dimensão impossibilita que os enfermeiros compreendam os modos como os sujeitos interpretam o risco e a prevenção de doenças e pode fragilizar a assistência ao inviabilizar a inclusão de aspectos essenciais à qualidade de vida e à saúde.^{1,3,7} Estudos que abordam questões relativas às dificuldades desses profissionais para se implicarem nas ações referentes aos cuidados na área da saúde sexual e sexualidade são escassos, a não ser o que concerne aos aspectos biológicos dos problemas apresentados pela clientela dos serviços de saúde. Que razões os profissionais enfermeiros apresentam para justificar a quase ausência dos assuntos relativos à sexualidade nas ações de cuidado?

A integralidade, dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde, apela para a importância desses estudos e para a necessidade de uma rearticulação entre a dimensão da sexualidade e o cuidado, que propiciem a identificação das diversas expressões da temática no contexto da APS, considerando-a como espaço privilegiado dessa diretriz. Assim, questiona-se sobre como os enfermeiros representam a sexualidade e quais os processos que dificultam a abordagem dessa dimensão do cuidado nas práticas de saúde na Atenção primária à Saúde.

OBJETIVO

Compreender como as representações de enfermeiros sobre sexualidade se apresentam nas práticas de cuidado.

MÉTODO

Trata-se de estudo com delineamento qualitativo, ancorado na Teoria das Representações Sociais,⁸ em sua vertente construtivista, a qual defende a circularidade das representações individuais e coletivas na construção social, por haver produção e reprodução também no nível psíquico dos indivíduos, de forma que podem ser intituladas somente como representações, não sendo necessário adjetivá-las.⁹

As representações encontram-se organizadas em um núcleo profundo que se mantém por meio da clivagem das experiências pessoais e profissionais, tornando-o mais resistente a mudanças, e em elementos periféricos que, sob determinada influência do núcleo profundo, podem ser reelaboradas pelos atores a partir das experiências pessoais, profissionais, institucionais e/ou culturais.⁹ O estudo das representações permite a compreensão das crenças e dos pensamentos compartilhados pelos participantes e das implicações para prática profissional, abrindo espaço para reflexões que favoreçam a abordagem da temática e o cuidado integral em saúde.

Realizou-se o estudo em um município do nordeste brasileiro, no qual atuam 105 equipes da ESF, na Atenção Primária à Saúde. Dessas equipes, foram convidados enfermeiras e enfermeiros em efetivo exercício, vinculados ao serviço por um período mínimo de um ano.

Coletaram-se os dados entre maio e setembro de 2017, por meio de grupos focais desenvolvidos em local escolhido pelos participantes, sendo-lhes solicitado que discutissem a seguinte questão central: “Como são tratadas as questões que envolvem a sexualidade nas práticas de saúde no contexto profissional?” No grupo focal pode-se observar a interação e a comunicação do grupo, com destaque para intersubjetividade, as relações, os objetos e o mundo social. Esses são elementos fundamentais para apreensão das representações de um grupo.¹⁰

Para seleção da amostra de participantes da pesquisa, considerou-se que a atenção primária do município abrange 79 Unidades Básicas de Saúde (UBS), em que atuam 105 equipes da ESF, organizadas em seis distritos sanitários.^{11,12} Como há número diversificado de UBS em cada distrito sanitário, realizou-se sorteio de 25% delas, por Distrito Sanitário, guardando proporcionalidade pelo número de equipes existentes em cada distrito, pois em algumas unidades de saúde há somente uma equipe de saúde e em outras há duas ou três.

Do total de sorteados, foram convidados, paulatinamente, 10 participantes por grupo focal, de acordo com o critério de saturação de dados previsto para a coleta.¹³ A cada grupo realizado, procedeu-se a análise preliminar para conhecer as informações e sua repetitividade.

Realizaram-se quatro grupos focais, com quatro a seis participantes por grupo. Apesar do aceite prévio, 14 enfermeiros faltaram por razões profissionais ou pessoais, justificadas, perfazendo um total de 21 participantes. A duração média da atividade foi de 120 minutos e a interação foi gravada em áudio. Com esse quantitativo, foi possível verificar a saturação dos dados,¹¹ sem a necessidade de reagendar com ou participantes faltosos ou fazer novos sorteios.

Ancorou-se a análise no método de Análise Estrutural de Narração, que afirma a importância de se considerar os discursos em sua integralidade como uma narrativa na qual tudo tem sentido.¹⁴⁻¹⁵ A técnica compreendeu as seguintes etapas: leitura vertical de cada entrevista, para identificação do tema central; leitura horizontal com a identificação das sequências da narrativa e enumeração dos personagens, fatos, sentimentos e justificativas, como desconstrução por assuntos tratados. Em seguida, realizou-se a etapa de reconstrução do discurso, pelo reagrupamento das sequências que tratavam do mesmo assunto. Os agrupamentos foram, então, nomeados provisoriamente, como categorias empíricas. Para agrupar a totalidade das entrevistas, foi realizada a leitura transversal, na qual há comparação das categorias empíricas com identificação de conjunções e disjunções das narrativas, definindo-se categorias finais por assunto tratado e representações reveladas no processo de análise. Para finalizar, organizaram-se, em *scripts* ou figuras, as representações profundas, os elementos periféricos e seu cotejamento com outros estudos, para construção teórica final da investigação. Utilizou-se o *software* MAXQDA® Standard 12 para auxílio na organização das etapas horizontal e transversal da análise.

As citações representativas das narrativas foram identificadas por meio da utilização das letras GF para cada grupo focal, seguido de um número aleatório atribuído entre um e quatro.

Expressou-se a anuência dos profissionais para participação no estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os princípios éticos da pesquisa contidos na Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde foram integralmente respeitados. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), parecer nº 1.973.639, em 20 de março de 2017, e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), parecer nº 1.961.797, em 13 de março de 2017.

RESULTADOS

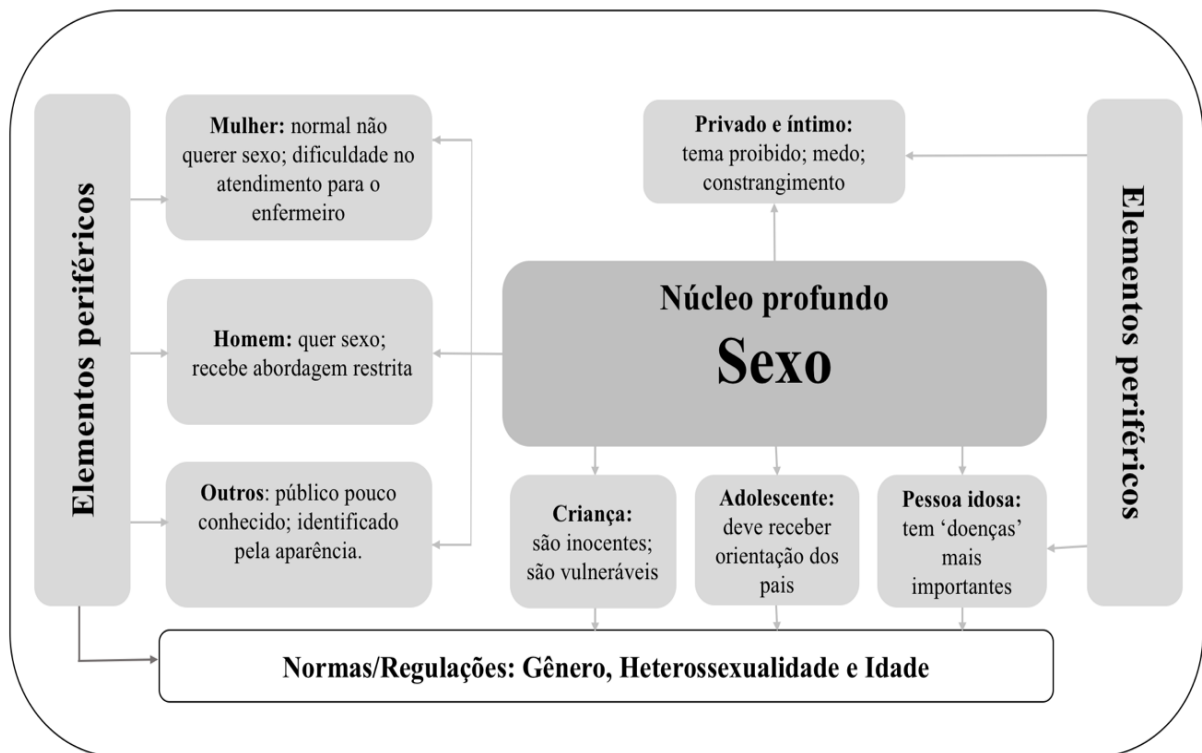
Caracterização dos participantes

A idade dos participantes variou de 25 a 55 anos. Dos 21 profissionais, 19 (90,48%) tinham 35 anos ou mais. Todos (100%) se declararam cisgêneros e apenas quatro (19,05%) não tinham filhos. Em relação à formação acadêmica, 16 (76,19%) concluíram em instituição pública, 16 (76,19%) concluíram o curso há mais de 10 anos e 17 (80,95%) realizaram cursos de especialização. O tempo de experiência na ESF variou de dois a 23 anos, sendo 16 (76,19%) com mais de 10 anos de atuação. Não foi possível associar, de forma específica, as representações sobre sexualidade às essas características apresentadas. Ressalta-se, porém,

que as representações emergem de um plano dinâmico, organizado em função da história pessoal, da experiência profissional e da proximidade com o objeto investigado.⁹ Os resultados da análise dos dados mostraram três categorias finais: 1) Representações sobre sexualidade e sexo; 2) Representações de gênero; 3) Representações sobre a sexualidade do outro, que estão sintetizadas na Figura 1.

Figura 1. Representações de enfermeiros sobre sexualidade e as práticas de cuidado.

Campina Grande (PB), Brasil, 2017.



Legenda: Representação profunda. Representações periféricas.

Fonte: dados das entrevistas interpretados das autoras.

Representações sobre sexualidade e sexo

No conjunto de representações dos enfermeiros, a representação de sexualidade como sinônimo de sexo, de ato sexual, definiu-se como núcleo profundo, que organiza os demais em seu entorno.

A sexualidade ainda é uma coisa que diz que abrange tudo, mas hoje em dia, na cabeça, só é o sexo (GF1).

A interpretação sobre sexualidade como atividade sexual fundamentou as experiências pessoais mediante contextos conservadores.

Eu fui fazer uma palestra na cidade onde eu nasci. Eu me senti muito constrangida, porque eu disse: pronto, quando eu chegar para painho e disser que eu falei isso tudo, ele jamais vai entender que é um conhecimento intelectual. Porque eu fui educada que isso não se estuda, isso se aprende (GF1).

Eu acho que tenho medo de ficar numa linguagem mais baixa que o usuário, no sentido de ele estar muito mais avançado com tudo que está acontecendo do que eu, com minhas experiências (GF2).

Desvelou-se na discursividade dos participantes que a sexualidade sempre foi pouco discutida ao longo da vida e esteve imbuída de silêncios nas experiências pessoais.

É um problema, bloqueio que a gente foi criando que sexualidade era uma coisa que não se fala dentro de casa (GF1).

Considerando que os costumes da sociedade foram se modificando nos últimos anos, inclusive com mudanças na legislação brasileira sobre assuntos relativos aos comportamentos sexuais, além do surgimento da aids, que colocou em pauta questões da sexualidade e saúde, esperava-se que a formação, seja na graduação ou exercício profissional, viabilizasse a desconstrução dos estereótipos apreendidos nos diferentes cenários sociais e contribuísse para desmistificar os temas da sexualidade. Contudo, o tipo de formação que esses profissionais receberam não os preparou para a abordagem de questões de sexualidade ao cuidar das pessoas.

A gente não tem capacitação, eu acho que também tem muito preconceito (GF3).

Representações da sexualidade ancoradas em estereótipos e preconceitos têm implicações para o cuidado em saúde. Para a maioria dos participantes, esse tema foi pouco pontuado no cuidado, pois suas formas de pensar dizem que o assunto encontra-se dimensão individual e íntima da experiência humana, a qual não deve ser invadida pelo profissional.

Só se aborda quando realmente o paciente toca mais nessa área [sexualidade]. Eu não entro muito não, não invado esse espaço, não (GF3).

Pensar a sexualidade como restrita ao ato sexual limita a compreensão sobre um assunto tão complexo e abrangente da vida humana. Dessa forma, as interpretações sobre a sexualidade convergem para a dimensão privada e íntima da experiência humana, conforme

aprendido ao longo da vida, o que não lhes propicia terem qualquer espaço de abertura para ações que correspondam à sexualidade no contexto de vida e saúde dos usuários da APS.

Representações de gênero

As representações de gênero foram periféricas à da sexualidade como ato sexual e encontram-se reguladas pelo padrão normativo da heterossexualidade, que demarca de modo polarizado o ser mulher e o ser homem no campo da sexualidade. Essa diferenciação se apresenta por uma sexualidade da mulher que desconsidera o prazer e a satisfação sexual, dentro do estereótipo de frigidez da mulher e do homem como um ser sempre a procura do ato sexual.

Às vezes, as mulheres querem escutar da gente que ela tem um problema e, na verdade, eu digo: “meu bem, você está cansada, você trabalha, toma conta de filho [...] é normal você não querer namorar.” (GF2).

Nas representações sobre a sexualidade dos homens, há também estereótipo por se acreditar que são possuidores de impulsos sexuais incontroláveis, em contraposição às mulheres, que possuem maior domínio sobre eles.

Principalmente o homem, a sexualidade é muito aguçada e ele quer sexo. A mulher é mais contida, não fica procurando, não (GF1).

Identificou-se a representação de gênero, situada na perspectiva do profissional, a partir das dificuldades de aceitação da mulher em ser atendida pelos enfermeiros do sexo masculino, ao passo que as enfermeiras relataram barreiras para o atendimento ao homem.

Eu acho que só porque a gente é homem, isso é, desde que a gente era aluno, principalmente essa questão da consulta voltada à citologia de colo, [...] é um problema muito sério que a gente enfrenta (GF4).

É muito difícil quando se trata do sexo masculino e isso, a dificuldade, eu não me sinto tão preparada assim não. Eles também não se sentem à vontade com o profissional porque não é uma coisa corriqueira, não é uma coisa tratada como fosse normal (GF1).

A análise mostrou pouco conhecimento por parte dos profissionais sobre diversidade sexual, além de uma representação caricaturada sobre identidade de gênero.

O transexual, agora que eu vim entender um pouquinho, porque é uma coisa mais dentro dos gêneros. Lésbica, sapatão, homossexual e o travesti, era o máximo da nossa geração (GF3).

A classificação das sexualidades a partir do padrão conhecido e a representação binária homem/mulher revela que o gênero, na perspectiva da diversidade sexual, é um objeto ainda em assimilação e, de certa forma, estranho, no contexto dos enfermeiros participantes do estudo. As representações fundamentaram-se nos estereótipos do senso comum, de forma contundente e sem questionamentos por parte dos participantes dos grupos.

É um público que eu não conheço na minha área quem são. Se você me perguntar agora quantos são, quem está tentando mudar de sexo, eu não faço ideia. Eu vejo na minha unidade transitando aqueles que são, que você pela imagem, pela aparência (GF2).

Os profissionais de saúde participantes do estudo apresentam, portanto, dificuldades para refletir sobre (seus) pressupostos heteronormativo e reconhecer outras identidades de gênero, como lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros.

Representações sobre a sexualidade do outro

Desvelaram-se a partir das narrativas sobre sexualidade dos enfermeiros outros elementos periféricos que se mostraram associados à idade dos usuários. Para os participantes, como a sexualidade é interpretada essencialmente como atividade sexual, não é imaginada como assunto a ser tratado em fases que não correspondem ao padrão cultural para sua prática.

Nesse sentido, a criança é representada como inocente e não possui relação com esse tema. São excepcionais as experiências sobre o assunto com esse público, inclusive com os responsáveis, no contexto do cuidado.

E quais perguntas faríamos sobre sexualidade para essas crianças, uma vez que, no nosso olhar, seriam crianças, estariam brincando de bonecas, carrinho e bola (GF2)?

A gente fala com as mães que é preciso ter cuidado com os órgãos genitais da criança, sobre higiene, explica para elas sobre os riscos de vida sexual precoce, e é só (GF1).

No entanto, mostrou-se frágil a sustentação da representação de que o tema não condiz com as demandas dessa fase da vida, pois, contraditoriamente, os profissionais relataram a proximidade de questões de sexualidade que as crianças vivenciam nas áreas de abrangência das ESF. No entanto, não as reconhecem como algo sobre o qual podem e devem exercer atividades de educação para a saúde.

Na minha comunidade, eu acho que essa questão do sexo está muito intrínseca dentro deles. Então, para a gente, hoje, chegar uma criança

e dizer que viu o pai com a mãe, para a gente hoje já termina sendo uma rotina (GF3).

Mas a criança, ela hoje, ela se encontra em uma situação de vulnerabilidade muito grande, porque a coisa está tão doentia e as crianças vão sendo cada vez mais expostas a situações, inclusive de violência sexual (GF2).

Tratando-se de adolescentes, os profissionais justificaram o silêncio e a falta de diálogo sobre o tema pela preocupação de serem mal interpretados pelos pais.

Nós realizamos uma atividade com os adolescentes, mas de repente a gente fica se questionando como é que a gente ia discutir, o que era que a gente ia discutir, por conta dos pais. Porque hoje em dia existe um entendimento, às vezes dos pais, que diz que a gente está ensinando o que não deve aos filhos. As conversas, a educação, deveriam partir da família (GF2).

No outro extremo, as pessoas idosas aparecem sensivelmente com menor relevo no plano discursivo. A sexualidade da pessoa idosa é definida como algo secundário, assumindo maior importância o cuidado com as doenças crônicas.

Os idosos, a gente já acha que eles não têm necessidade disso, têm outras doenças mais importantes e a gente meio que “escanteia” (GF2).

Destacou-se exceção apresentada por um dos participantes do GF3, que revelou abordar o assunto de forma central nas atividades em grupo por faixa etária. Porém, os demais participantes do grupo 3 da pesquisa afirmaram que isto não faz parte do cotidiano do trabalho.

Na realização de um grupo no meu serviço, os idosos falam: “eu estou velha, mas não estou morta”, ou: “estou vivo, eu dou no couro”. Dentre todos os grupos, o dos idosos foi o que mais lotou e onde eles mais perguntavam coisas (sobre sexualidade) (GF3).

Essa disjunção mostra o caráter variável dos elementos periféricos, que, mesmo sob influência do núcleo profundo, podem ser remanejados e reelaborados mediante experiências dos profissionais. Contudo, predominou no conjunto a representação da pessoa idosa dissociada das questões de sexualidade.

Eu não havia pensado que eu trabalhava pouquíssimo sexualidade nas outras idades, principalmente na velhice (GF2).

É muito difícil quando você parte do homem, mesmo com o hipertenso, diabético, a gente não alcança muito isso na consulta. Por mais que a gente pergunte na anamnese, a gente se limita um pouco na questão da consulta do hipertenso mesmo, a gente não alimenta a questão da sexualidade (GF1).

Assim, pode-se afirmar que a incipiente abordagem das questões de sexualidade com idosos advém da dificuldade dos próprios profissionais com a temática e explicita o estereótipo da inexistência de vida sexual na velhice.

Nos extremos de idade, a sexualidade é considerada um tabu, e os enfermeiros se esquivam do assunto, não os permitindo terem pró-atividade para a educação em saúde sexual de forma que dê conta dos problemas, pelo menos, do contexto de vida mais global dos usuários dos respectivos serviços de saúde.

DISCUSSÃO

A representação da sexualidade como sinônimo de relação sexual foi central no conjunto de representações no contexto investigado. A interpretação da sexualidade pela perspectiva sexual emerge a partir de uma conceituação biológica e comportamental e está no mito fundador da discussão social sobre o tema. Essa representação não corresponde à compreensão da sexualidade na modernidade, que é ser interpretada na perspectiva da comunicação, da liberdade e do bem-estar das relações interpessoais, da qual a prática sexual é apenas uma parte.⁵

As interpretações sobre sexualidade pelos participantes mostraram-se construídas em contextos conservadores e estereotipados, sem aderência com as mudanças ocorridas na sociedade, sem reflexão sobre os direitos sexuais e de gênero, já presentes, inclusive, na legislação brasileira. A sexualidade foi tratada desde a infância de forma subliminar e incipiente, sendo a discussão do tema um tabu na vivência familiar. Sobre esse aspecto, apontou-se que assuntos relativos à sexualidade são cercados por preconceitos e indefinições dos próprios pais. Sobremaneira, dificultou-se o diálogo por meio da compreensão de sexualidade restrita à dimensão sexual, reforçando a timidez dos pais e a falta de abertura dos filhos para tratar dessas questões.¹⁶ Assim, os conhecimentos são superficiais nas trocas entre família e filhos, e o silêncio sobre sexualidade é o mais corrente. O incipiente aprendizado sobre sexualidade ao longo da vida estende-se à formação profissional, como encontrado em outros estudos.¹⁷

Os resultados mostram que a formação profissional não preparou os enfermeiros para abordagens de questões de sexualidade ao cuidar das pessoas. Em estudo com enfermeiras

francesas, os resultados foram também de que os enfermeiros não recebem formação profissional, ao longo do curso ou prática clínica, sobre sexualidade.⁵ Apesar do aprendizado científico agregado na formação, os profissionais compartilham representações sobre sexualidade presentes na sociedade, independentemente da origem dessas representações e essas são introjetadas na maneira de lidar com o cuidado do outro, sem que o saber técnico-científico consiga desmistificá-las. Ao contrário, como há intensa afirmação do biológico e do social somente como contexto material, as representações mais intensas da subjetividade humana nem são lembradas na formação.

Nas ações de cuidado desvelou-se a influência dos padrões culturalmente construídos em torno da identidade feminina e masculina. Portanto, verificou-se que esses padrões relegam o papel da mulher à satisfação do parceiro e desconsideram que vivências insatisfatórias no campo da sexualidade podem repercutir em desinteresse e desmotivação para prática sexual.¹⁷ Os sentidos atribuídos à sexualidade decorrem de estereótipos que consideram a prática sexual como uma obrigação feminina em relação ao parceiro, enquanto, para o homem, é uma fonte de prazer e expressão de masculinidade.¹⁸ Infere-se que a construção desses estereótipos definem posturas sociais de incentivo aos homens para que, desde a infância, se comportem como se estivessem em busca e prontos para atividades sexuais, tendo na ereção e nos impulsos sexuais a centralidade da sua masculinidade. Para as mulheres, estabeleceu-se a imagem da políexosas, submissas e que não têm prazer nas relações sexuais. Esses e outros estereótipos estão presentes nas representações dos profissionais de saúde e orientam os modos de pensar, sentir e agir nas práticas assistenciais oferecidas.

Desvelaram-se, ainda, a partir das narrativas, aspectos da erotização nas práticas do cuidado. Evidenciou-se que o enfermeiro pode se sentir desconfortável em razão do sexo da pessoa cuidada. Sobre essa questão estudo anterior apontou que o desconforto, mediante o contato com o corpo do sexo oposto, pode dificultar a relação entre profissional e usuário, e impedir a realização de ações necessárias às intervenções de saúde.⁵

Soma-se a isto a compreensão restrita acerca das sexualidades e identidades de gênero, que se traduz na pouca reflexão dos participantes acerca de tais aspectos. As representações dos entrevistados ancoraram-se na compreensão das diferenças sexuais de seus usuários a partir de estereótipos de masculinidade e feminilidade e de heterossexualidade presumida do outro. Apresentou-se o fato de que a sexualidade é representada como prática sexual e de reprodução humana, desconsiderando sua importância no contexto social e cultural, resumindo-a ao relacionamento apenas entre o homem e a mulher, ignorando, assim, a

diversidade sexual e a sexualidade como vivências no contexto específico e social de vida das pessoas. Sobre esse aspecto, estudos indicam que os profissionais de saúde precisam refletir sobre (seus) pressupostos heteronormativos e reconhecer outras identidades de gênero, como lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros.¹⁹⁻²⁰ Acrescenta-se que as noções sobre sexualidade não podem ser reduzidas à dimensão de gênero na sua vertente heteronormativa, pois as identidades de mulheres e homens coexistem heterogeneamente e individualmente. Nessa perspectiva, nas ações de cuidado, é fundamental reconhecer e compreender as necessidades individuais e específicas, incluindo aquelas relativas ao gênero.²¹

Destaca-se que a negação das diferentes formas de vivência da sexualidade se junta à negação da sexualidade em faixas extremas. No caso da criança e do adolescente, a consideração dos participantes é de que a sexualidade é algo inusitado e que transgride a normatização social. Desse modo, a sexualidade traduziu-se, pelos participantes, em práticas sexuais vivenciadas na vida adulta.

No imaginário social, teme-se que a introdução precoce da temática da sexualidade possa significar uma autorização para que crianças e adolescentes iniciem sua vida sexual, de forma antecipada e descontrolada. Acreditou-se que não abordar o tema pode proteger crianças e adolescentes da atividade sexual precoce subsiste.²²

No outro extremo etário, verificou-se a dificuldade dos próprios profissionais para abordagem das questões de sexualidade com idosos. Com isso, conforme conclusão de outro estudo, identificou-se que o sexo na velhice ainda é um tabu.²³ Ademais, as dificuldades encontram-se centradas na incipiente habilidade de manejar a temática, tanto por fatores relacionados aos estereótipos sobre sexualidade, como por uma prática de saúde biomédica, que focaliza a doença em detrimento dos aspectos relacionais do cuidado.

Pode-se, então, afirmar que, ancorada nas representações restritas à dimensão sexual e objetivada por estereótipos de sexualidade e gênero, a sexualidade é pouco explorada como dimensão do cuidado nas diferentes fases da vida na prática profissional no contexto investigado.

Salienta-se, como limitação do estudo, a interpretação apenas da perspectiva dos enfermeiros, apesar de considerar que as representações sobre sexualidade não se ancoram em função somente do exercício profissional. Tal lacuna poderá ser explorada por estudos futuros. Estudos sobre os conteúdos afeitos à sexualidade e seus enfoques, presentes na formação das diferentes categorias profissionais, pode ser um próximo passo e objeto de novas pesquisas.

CONCLUSÃO

Identificou-se que as interpretações sobre sexualidade estruturaram-se em torno de representações nucleares e periféricas, as quais remetem à prática sexual e estereótipos de gênero e sexualidade.

Fundamentados nessas representações sobre sexualidade, os enfermeiros não pensam, de forma consistente, na importância e abrangência de tema tão complexo da vida humana, deixando-o de lado nos cuidados na APS, como se fosse inexistente nas necessidades de saúde das pessoas e da população das áreas de abrangência dos serviços. Em geral, acreditam que abordar assuntos sobre sexualidade poderia ensejar interpretações negativas dos usuários e tornar a relação profissional desconfortável. Ademais, destacou-se que os participantes negligenciam os diferentes modos de vivenciar a sexualidade ao longo da vida, além de pautar o cuidado em torno da sexualidade heteronormativa, construída a partir de estereótipos, o que desconsidera o contexto da diversidade sexual e de gênero.

Viabilizou-se como contribuição para a prática o fato de o estudo preencher uma importante lacuna ao evidenciar como os enfermeiros de serviços de atenção primária representam a sexualidade. Espera-se que a compreensão sobre os fundamentos dessas representações pode orientar mudanças para que os enfermeiros incluam a dimensão da sexualidade nas ações de cuidado, elemento essencial para atenção integral em saúde no campo da APS.

FINANCIAMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio de bolsa de doutorado, sob protocolo CAPES N° 023/2014.

REFERÊNCIAS

1. Costa MA, Rabelo NS, Moraes ICM, Siqueira FCM, Cabral ESM. Fatores que obstam na comunicação entre pais e filhos adolescentes sobre sexualidade. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 21];4(1):123-132. Available from: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/10216>
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Comunicaciones breves relacionadas com la sexualid [Internet]. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018 [cited 2019 Feb 21]. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49504/9789275320174_spa.pdf?ua=1
3. Cunha LM, Mota WS, Gomes SC, Ribeiro Filho MA, Bezerra IMP, Machado MFAS, et al. Grandma and grandpa also love: sexuality in the elderly. REME [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 6];19(4):894-900. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1049>

4. Saunamäki N, Engström M. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 10];23(3-4):531-540. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118556>
5. Giami A, Moulin P, Moreau E. La place de la sexualité dans le travail infirmier: l'érotisation de la relation de soins. *Sociol Trav* [Internet]. 2013 [cited 2019 Apr 24];55(1):20-38. Available from: <https://journals.openedition.org/sdt/12902>.
6. Detomini VC, Rasera EF, Peres RS. Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. *Rev SPAGESP* [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 16];17(2):81-95. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702016000200007&lng=pt&nrm=iso
7. Ferreira SMA, Gozzo TO, Panobianco MS, Santos MA, Almeida AM. Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 15];23(1):82-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4376035/>
8. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Rio de Janeiro:Vozes; 2003.
9. Giami A, Veil C. Enfermeiras frente à Aids: representações e condutas, permanência e mudanças. Canoas: Ulbra; 1997.
10. Nóbrega DO, Andrade ERG, Melo ESN. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. *Psicol Soc* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 2];28(3):433-441. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n3/1807-0310-psoc-28-03-00433.pdf>
11. Brasil. Prefeitura de Campina Grande (PB). Secretaria de Saúde de Campina Grande. Relatório da atenção básica (Impresso). Campina Grande, 58f, 2014.
12. Brasil. Prefeitura de Campina Grande (PB). Secretaria de Saúde de Campina Grande. Relação de equipes da Estratégia de Saúde da Família (Impresso). Campina Grande, 2017.
13. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesquisa Qualitativa* [Internet]. 2017 [cited 2019 May 21];5(7):1-12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
14. Demazière D, Dubar C. Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches; 1997.
15. Barthes R. Introdução à Análise Estrutural da Narrativa. Petrópolis: Vozes, 2013.
16. Costa MA, Rabelo NS, Moraes ICM, Siqueira FCM, Cabral ESM. Fatores que obstam na comunicação entre pais e filhos adolescentes sobre sexualidade. *Rev Enferm UFSM*

- [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 6];4(1):123-32. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/10216/pdf>
17. Santos SMP, Gonçalves RL, Azevedo EB, Pinheiro AKD, Barbosa CA, Costa KNF. A vivência da sexualidade por mulheres no climatério. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 15];4(1):113-22. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8819/pdf>
18. Barbosa JAG, Giami A, Freitas MIF. Gender and sexuality of people with mental disorders in Brazil. Sex Salud Soc [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 9];19:67-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sex/n19/1984-6487-sex-19-0067.pdf>
19. Oliveira GS, Nogueira JA, Costa GPO, Medeiros RLSFM, Oliveira T, Almeida SA. transexuais health services for lesbians, gays, bisexuals and transvestites. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 26];12(10):2598-609. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/237014/30152>
20. Bjarnadottir RI, Bockting W, Dowding DW. Patient perspectives on answering questions about sexual orientation and gender identity: an integrative review. J Clin Nurs [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 5];26(13):1814-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706875>
21. Teubner C, Sulman D, Lahmann N, Suhr R. Needs-based offers and gender-specific aspects in nursing homes: Results of a representative survey among directors of nursing homes. Z Gerontol Geriatr [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 6];49(8):692-9. Disponível em: <https://europepmc.org/abstract/med/27822635>
22. Queirós PS, Pires LM, Matos MA, Junqueira ALN, Medeiros M, Souza MM. Conceptions of parents of adolescents students about the sexuality of their children. Rev RENE [Internet]. 2016 [cited 2018 Mar 5];17(2):293-300. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3043/2346>
23. Cunha LM, Mota WS, Gomes SC, Filho MAR, Bezerra IMP, Machado MFAS, et al. Grandma and grandpa also love: sexuality in the elderly. RENE [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 6];19(4):894-900. Disponível em: <http://www.rene.org.br/artigo/detalhes/1049>

ARTIGO III

4.3.3 Representações de enfermeiros(as) sobre a prevenção das IST/HIV na atenção primária

Representaciones de enfermeros acerca de prevención de las IST/HIV en la atención básica

Representations of nurses about prevention of STI/HIV in primary care

Sheila Milena Pessoa dos Santos¹
Maria Imaculada de Fátima Freitas¹

¹Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais. Brasil

Autora correspondente:

Sheila Milena Pessoa dos Santos

E-mail: sheila.milena@gmail.com

Resumo

Objetivo: Compreender as representações de enfermeiros sobre prevenção das IST/HIV no contexto da atenção primária. **Método:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, na vertente proposta por Giamì; Veil. A coleta de dados ocorreu em 2017 e foi realizada por meio de 35 entrevistas individuais e quatro grupos focais. Utilizou-se instrumento de coleta com questão central. O material foi analisado à luz da Análise Estrutural de Narração. Para organização dos dados utilizou-se o software MAXQDA[®] Standard 12. **Resultados:** A análise das narrativas desvelou representações profundas e periféricas, que foram organizadas em três categorias: representações sobre prevenção das IST/HIV; a comunicação sobre prevenção das IST/HIV; e as práticas de prevenção em IST/HIV. **Conclusão e implicações para a prática:** As interpretações sobre prevenção das IST/HIV estão firmadas nas representações da doença e em estereótipos de gênero e sexualidade que dificultam as ações de cuidado. Aponta-se como necessário o investimento em processos que considerem as subjetividades dos enfermeiros e que desconstruam os estereótipos presentes nas interpretações e práticas profissionais, resultando na melhoria na prevenção das IST/HIV.

Descritores: Infecções Sexualmente Transmissíveis; Vírus da Imunodeficiência Humana; Enfermeiras e Enfermeiros; Atenção Primária à Saúde;

Abstract

Objective: To understand nurses' representations about STI/HIV prevention in the context of primary care. **Method:** A descriptive study with a qualitative approach, based on the Theory of Social Representations, proposed by Giam; Veil. Data collection took place in 2017 and was conducted through 35 individual interviews and four focus groups. A central question collection instrument was used. The material was analyzed in the light of the Structural Analysis of Narration. The software MAXQDA® Standard 12 was used to organize the data. **Results:** Narrative analysis revealed deep and peripheral representations, which were organized into three categories: representations on STI/HIV prevention; communication on STI/HIV prevention; and prevention practices in STI/HIV. **Conclusion and implications for practice:** Interpretations on STI/HIV prevention are grounded in the representations of the disease and gender stereotypes and sexuality that hamper caregiving actions. It is pointed out as necessary the investment in processes that consider the subjectivities of nurses and that disrupt the stereotypes present in the interpretations and professional practices, resulting in the improvement in the prevention of STI/HIV.

Keywords: Sexually Transmitted Diseases; Human immunodeficiency virus; Nurses; Primary Health Care

Resumen

Objetivo: Comprender las representaciones de enfermeros sobre prevención de las IST/VIH en el contexto de la atención primaria. **Método:** Estudio descriptivo con abordaje cualitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, en la vertiente propuesta por Giam; Velo. La recolección de datos ocurrió en 2017 y fue realizada por medio de 35 entrevistas individuales y cuatro grupos focales. Se utilizó instrumento de recolección con cuestión central. El material fue analizado a la luz del Análisis Estructural de Narración. Para la organización de los datos se utilizó el software MAXQDA® Standard 12. **Resultados:** El análisis de las narrativas desveló representaciones profundas y periféricas, que se organizaron en tres categorías: representaciones sobre prevención de las IST/VIH; la comunicación sobre prevención de las IST/VIH; y las prácticas de prevención en IST/VIH. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** Las interpretaciones sobre prevención de las IST/VIH están firmadas en las representaciones de la enfermedad y en estereotipos de género y sexualidad que dificultan las acciones de cuidado. Se apunta como necesario la inversión en procesos que consideren las subjetividades de los enfermeros y que descontrolan los estereotipos presentes en las interpretaciones y prácticas profesionales, resultando en la mejora en la prevención de las IST/VIH.

Palabras clave: Enfermedades de Transmisión Sexual; Virus de la Inmunodeficiencia Humana; Human immunodeficiency virus; Enfermeros; Atención Primaria de Salud

INTRODUÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) se mantêm como importantes problemas de saúde pública. No mundo, a cada ano, estima-se que 357 milhões de pessoas adoeçam com uma das quatro IST mais frequentes: clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase.¹

Na América Latina e no Caribe, as novas infecções pelo HIV entre crianças foram reduzidas em razão dos programas de prevenção da transmissão vertical. Entretanto, nos jovens e adultos as taxas se elevaram nos últimos anos.² Especificamente no cenário brasileiro, estudos^{3,4} apontam a prevalência de casos de HIV na população geral (0,4%) e em determinados grupos, como nas mulheres trans (31,2%), gays e homens que fazem sexo com homens (15,0%) e usuários de crack (5,9%).

Frente à necessidade de controlar esses agravos, destacam-se as medidas de prevenção combinada. Essa estratégia baseia-se na livre conjugação das intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais. Nas intervenções biomédicas, incluem-se a oferta de preservativos, a imunização, o tratamento das IST e a utilização dos antirretrovirais pré e pós-exposição. As intervenções comportamentais envolvem a abordagem de gênero, sexualidade e práticas sexuais, com ênfase nas relações e nos grupos sociais. As intervenções estruturais consistem em ações para o enfrentamento de fatores e condições socioculturais que influenciam diretamente a vulnerabilidade de indivíduos, como a redução da desigualdade socioeconômica e o fortalecimento da estrutura institucional dos serviços de saúde.⁵⁻⁷

A prevenção combinada deve ser dirigida à população geral, com ênfase nas populações-chave: trabalhadores(as) do sexo, pessoas privadas de liberdade, pessoas que usam álcool e outras drogas, transexuais, gays e homens que fazem sexo com homens; e nas populações prioritárias da atenção: negra, indígena, pessoas em situação de rua, adolescentes e jovens.⁵

Salienta-se que a atenção em IST/HIV é realizada em uma rede de serviços que visam a descentralização e ampla oferta das intervenções preventivas, estando incluídas as unidades da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entretanto, a efetivação desses serviços tem sido um dos grandes desafios.⁸ Esses desafios subsistem, em parte, devido à discriminação generalizada contra determinados grupos em

razão da sexualidade, além do baixo reconhecimento pelos profissionais de saúde das barreiras que impedem a população vulnerável de acessar os serviços de saúde.² Como resultado, verifica-se a prevalência da epidemia e o crescimento do número de casos, acompanhados pela incipiência das ações de prevenção voltadas à população vulnerável.³

Nesse contexto, estudos mostram que as práticas do enfermeiro são permeadas por crenças sobre gênero, sexualidade e práticas sexuais que distanciam os profissionais das práticas do cuidado integral.^{9, 10-12} Contudo, ao se tratar da atenção em IST/HIV, a literatura é escassa sobre as experiências dos enfermeiros frente à prevenção.^{13, 14}

Assim, verificou que há uma importante lacuna sobre o tema, que reflete a incipiência de estudos acerca das representações de enfermeiros sobre a prevenção das IST/HIV na atenção primária. Dessa forma, o presente estudo alinha-se à agenda nacional de prioridades da pesquisa em saúde.¹⁵ Portanto, esse conhecimento é essencial, pois pode identificar aspectos da prática de enfermagem que contribuam para que as ações de prevenção sejam efetivas para o controle da epidemia.

Frente ao exposto, objetivou-se compreender as representações de enfermeiros sobre prevenção das IST/HIV no contexto da atenção primária.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais (RS),¹⁶ na vertente proposta por Giamí; Veil.¹⁷ Na base teórica das RS afirma-se que as representações são sociais no sentido de que são sempre comungadas, comunicadas e explicitadas por grupos ou comunidades. Neste estudo, considerou-se que não há dicotomia entre representações individuais e coletivas, não havendo necessidade de adjetivá-las como sociais, pois, a priori, toda representação é social. Assim, para os processos psíquicos e construção dos significados individuais e coletivos das representações, o social é condição essencial, sendo observável, também, a partir do discurso individual.¹⁷

Essa abordagem¹⁷ baseia-se na proposição de que as representações constroem-se individual e coletivamente, estruturando-se em representações originais (núcleo profundo ou central), cronologicamente mais antigas, estruturantes e organizadoras do conjunto do sistema de representações, e representações periféricas ligadas às experiências individuais e relacionais.¹⁸

O cenário de estudo foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF), na cidade de Campina Grande/Paraíba, Brasil, onde atuam 105 equipes. A população foi composta por enfermeiros e enfermeiras dessas equipes, considerando-se os seguintes critérios de inclusão: profissionais em efetivo exercício e que atuavam havia mais de um ano na equipe. Essa escolha teve o

objetivo de garantir a vinculação do participante ao serviço, permitindo as narrativas sobre as experiências profissionais. Foram excluídos os profissionais afastados do serviço por licença ou férias.

Os participantes foram contatados por telefone ou pessoalmente a partir de uma lista fornecida pela Secretaria de Saúde. Dois enfermeiros recusaram-se a participar do estudo por questões pessoais. A partir da anuência dos profissionais, foram agendados os encontros para a coleta de informações, que ocorreu em dois momentos.

Na primeira etapa realizaram-se encontros individuais, ocasião em que foram coletadas informações para caracterização dos participantes, como idade, número de filhos, tempo de serviço, sexo e orientação sexual, existência de parcerias sexuais e dados sobre a formação acadêmica, por meio de um formulário. Em seguida, fez-se a entrevista em profundidade, tendo por objetivo coletar informações sobre os modos de agir e pensar as práticas em IST/HIV, a partir de experiências individuais. Esse instrumento continha a seguinte questão central: Como ocorre a atenção em IST/HIV na sua prática profissional? Foram realizadas 35 entrevistas, cada uma nos respectivos serviços dos participantes, e tiveram a duração média de 40 minutos.

Posteriormente, aconteceram os Grupos Focais (GF), que tiveram a finalidade de reunir os enfermeiros que participaram da primeira etapa e apreender as reflexões compartilhadas sobre o tema. Para tanto, solicitou-se que os participantes discutissem sobre a seguinte questão: Como são tratadas as questões que envolvem a atenção em IST/HIV no contexto dos serviços? Foram realizados quatro grupos focais, com quatro a seis participantes por grupo. Todos os participantes da primeira etapa foram convidados para esta fase. Contudo, apesar do aceite prévio, 14 enfermeiros faltaram por razões profissionais ou pessoais, justificadas, perfazendo um total de 21 participantes nos GF. Essa etapa ocorreu em sala de aula de uma universidade e cada GF teve duração média de 120 minutos.

Esclarece-se que o número de participantes nas duas etapas foi definido posteriormente, atendendo aos critérios da saturação teórica.¹⁹ Esclarece-se que, concomitante à coleta de dados, a cada etapa, procedeu-se à análise preliminar para avaliar a consistência das informações e suspender a inclusão de outros participantes ou dos participantes faltosos, no caso dos GF.

Ressalta-se que a escolha pelas duas técnicas ocorreu em razão da necessidade de explorar o tema em diferentes momentos. Considerou-se que nas entrevistas individuais os participantes estariam propensos a discutir aspectos afeitos aos aspectos pessoais que poderiam ser evitados no GF.²⁰ No GF pode-se observar a interação e a comunicação do

grupo, com destaque para a intersubjetividade, as relações, os objetos e o mundo social.²¹ A utilização das duas técnicas foi fundamental para apreensão das representações sobre o objeto de estudo sob diferentes perspectivas, pois permitiu o aprofundamento sobre as narrativas e o confronto das informações na análise.

A coleta de dados ocorreu entre maio e setembro de 2017 e foi conduzida pela primeira autora, que realizou aprofundamento de estudos em curso específico sobre grupos focais e possui experiência com as técnicas empregadas. Ressalta-se que a autora conhecia profissionalmente alguns dos participantes, em razão da participação em outros projetos de pesquisa. Quanto aos participantes, alguns não se conheciam, embora atuassem no mesmo município.

O material foi audiogravado, transcrito e analisado à luz da Análise Estrutural de Narração (AEN).²² A AEN pressupõe que a narrativa ocorre em um processo de construção e reconstrução de reflexões propostas na interação entre pesquisador e entrevistado, no qual o segundo emite suas representações sobre os objetos em pauta, ao dar sentido ao que pensa e fala. É, portanto, esse sentido que deve ser buscado pelo pesquisador, que, ao interpretar, reconstrói a teia argumentativa do entrevistado, pois este, ao narrar, o faz em idas e vindas do discurso. Para tanto, foram desenvolvidas as seguintes etapas: leitura vertical, com a identificação do tema central; leitura horizontal para apreensão dos fatos, sentimentos, explicações, justificativas e personagens; reagrupamento das sequências por assunto tratado; nomeação provisória de cada reagrupamento; leitura transversal e comparação por assunto tratado, identificando as conjunções e disjunções; e interpretação das categorias encontradas.

Para auxílio na organização do material denso das transcrições e recortes de narrativas, foi utilizado, nas etapas horizontal e transversal da análise, o software MAXQDA[®] Standard 12. Todo o material foi lido, organizado e interpretado pelas pesquisadoras, conferindo a fidedignidade e a validade interna dos resultados.

O sigilo das informações e a privacidade dos participantes foram preservadas e as narrativas que ilustram as entrevistas foram identificadas por meio da utilização da letra E (enfermeiro), seguida de número aleatório atribuído a cada um dos participantes, entre 1 e 35. Nas citações relativas ao grupo focal constam apenas as letras GF, seguidas de um número, também aleatório, atribuído, entre 1 e 4.

O estudo atende aos princípios éticos e legais contidos na Resolução 466/12, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 13 de março de 2017, e pelo Hospital Universitário Alcides Carneiro, em 20 de março de 2017, sob os Pareceres 1.961.797 e 1.973.639, respectivamente.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

A idade dos participantes variou entre 25 e 55 anos, com predominância daqueles com mais de 35 anos; o sexo feminino foi maioria (30) e todos se declararam cisgêneros. O tempo de experiência na ESF foi de dois a 23 anos, predominando aqueles com mais de 10 anos de atuação (24); a maioria atuava havia menos de cinco anos (19) na unidade atual; os demais possuíam tempo de atuação de cinco a 16 anos (16). A maior parte referiu formações em IST/HIV durante a graduação (34) e no serviço (31). Apesar da heterogeneidade da amostra, não foram identificadas representações diferenciadas em função dos aspectos pessoais, formação ou exercício profissional.

A análise das narrativas desvelou as representações profundas e periféricas sobre prevenção das IST/HIV pelos participantes. As primeiras, com núcleo de fundamentação imanente, foram: IST/HIV como doenças sexuais, estereótipos de sexualidade e de gênero. As representações periféricas, sob influência do núcleo profundo, emergiram a partir das contradições presentes nas narrativas e relacionaram-se ao cotidiano dos participantes, com destaque para a comunicação e as estratégias preventivas. Essas representações foram organizadas em três categorias: representações sobre prevenção das IST/HIV; a comunicação sobre prevenção das IST/HIV; e as práticas de prevenção em IST/HIV.

Representações sobre prevenção das IST/HIV

A representação profunda sobre prevenção das IST/HIV, associada essencialmente à perspectiva da doença de transmissão sexual, foi identificada a partir das narrativas sobre as queixas e manifestações clínicas apresentadas pelos(as) usuários(as).

Eu sempre pergunto sobre o aspecto do corrimento, há quanto tempo ela está tendo. Sempre que possível eu gosto de fazer o exame especular para poder confirmar, mas às vezes ela diz que é amarelo, quando vejo, é branco. A prescrição medicamentosa é geralmente baseada no resultado do exame citológico, mas qualquer queixa muito extensa a gente já trata mesmo sem exame nenhum [...] baseado naqueles protocolos do Ministério da Saúde para tratar candidíase, tricomoníase ou gardnerela (E30).

Atrelada à representação central de doença sexual, verificou-se que a identificação de comportamento de risco ancora a representação sobre prevenção e orienta quanto à necessidade de ações nesse sentido.

Eu geralmente ofereço [exames] às gestantes. No citológico não ofereço a todas, só as de risco. Ofereço à paciente que já tem alguma DST, múltiplos parceiros, essas coisas (GF3).

Manicure, profissionais do sexo, quando ela refere a profissão, ou quando ela vem com essa história como eu te falei da adolescente, que tem uma vida sexual [promíscua], eu procuro fazer [testes] (GF2).

A prevenção destinada para “as de risco” visibiliza o público feminino que apresenta comportamento sexual considerado arriscado/desviante para aquisição de IST/HIV. Entretanto, essa compreensão encontra-se limitada, pois a investigação e busca ativa em outros grupos de mulheres e grupos prioritários não foi pontuada pelos participantes.

Ao identificar as representações profundas sobre prevenção na perspectiva de gênero, mostrou-se que as ações direcionadas aos usuários do sexo masculino são frágeis, pois os enfermeiros não contemplavam rotineiramente esse público. Justificaram, para tanto, padrões comportamentais e a ausência dos homens nos serviços de saúde.

Em relação ao sexo feminino é mais abordado no pré-natal e no citológico. Ao público masculino é mais difícil. Como eu falei para vocês, pelo fato de trabalharem e a maioria ser hipertenso ou diabético (GF4).

Ele [homem] não vem, é muito difícil. Muito complicado. Só se for, eu acho, ferimento, uma coisa assim, que eles se preocupam mais e a vergonha é muito grande para eles.

Hipertenso e diabético não ofereço também [...] (GF3).

Essas representações desvelaram contradições, pois, a despeito do público masculino que acessa o serviço, como os hipertensos e os diabéticos, a abordagem preventiva não era oferecida.

A contradição sobre a presença do homem também foi identificada quando os participantes afirmaram que o público masculino costuma aderir maciçamente às atividades propostas quando se realiza, por exemplo, a estratégia denominada ‘novembro azul’.

A gente fez no ano passado um dia do saúde do homem à noite. Deu quase 60 homens [...]. Foi na época do saúde do homem no novembro azul, veio tudinho (E32).

Uma vez por ano, no novembro azul, é quando a gente consegue juntar mais os homens. A gente faz nossa parte, oferece para fazer o

toque e alguns exames mais específicos e na minha sala a gente faz o teste rápido para verificar alguma coisa a mais (GF4).

Os estereótipos de gênero e de sexualidade também foram identificados no contexto da diversidade sexual. Mostrou-se que foi exceção a representação que associou prevenção das IST/HIV e grupos prioritários para a atenção, como a população lésbica, gay, bissexuais e transexuais (LGBT). Majoritariamente, quando a menção a esses grupos surgiu, esteve relacionada à representação de que esse é um público que possui “assistência mais reservada” e, portanto, não é contemplado pelas ações de prevenção no serviço de atenção primária.

Eles não frequentam muito a unidade. Acho que é porque eles têm toda uma assistência, se organizam, têm uma assistência mais reservada. [...] alguns que já são portadores, por exemplo de HIV, eles já procuram mais [serviço de referência], que tem o tratamento de HIV, o SAE (E23).

Por conseguinte, não foi sequer pensada a prevenção que tem como alvo outras populações-chave e prioritárias da atenção em IST/HIV, como pessoas que usam álcool e outra drogas, homens que fazem sexo com homens (HSM) e pessoas em situação de rua, por exemplo.

A comunicação sobre prevenção das IST/HIV

A representação central das IST/HIV como doença de transmissão sexual e suas manifestações foram identificadas nas narrativas sobre a comunicação com os(as) usuários(as). Sobre esse aspecto, os participantes desvelaram a facilidade em abordar a dimensão objetiva das IST/HIV, ao se reportarem à doença, aos sinais e aos sintomas. Em contraponto, o surgimento de casos suscita a necessidade de tratar das “questões subjetivas”, que se mostraram mais complexas na prática profissional.

Tratar a IST de forma objetiva talvez fosse muito mais fácil para a gente. O difícil é exatamente essas questões subjetivas que envolvem as IST, que envolve a própria sexualidade (GF1).

A dificuldade de você tratar e prevenir uma DST, é mais voltada para a questão do próprio tabu de como abordar isso dentro de uma unidade (GF2).

A dificuldade na comunicação sobre IST/HIV remete aos estereótipos e representações em torno do comportamento sexual, das questões de gênero e de sexualidade, fortemente vinculados ao manejo dos casos nos serviços.

Eu tive adolescente agora com condiloma típico de livro. A mãe veio porque estava nascendo umas verruguinhas nela e a gente teve que abrir [revelar o diagnóstico e a prática sexual da adolescente]. Apesar dela já ter vida sexualmente ativa [secretamente], a gente teve que explicar toda a doença [modo de infecção] e lidar com toda essa situação (GF2).

As dificuldades para revelação do diagnóstico e das práticas centraram-se principalmente na inabilidade para abordar, sob o risco de revelar, a atividade sexual, reconhecida como inadequada culturalmente. Como exemplo, as narrativas do GF2 mostraram indícios dos estereótipos relativos à iniciação sexual feminina.

Da mesma forma que suscitaram o julgamento do outro mediante a revelação das práticas sexuais, os profissionais também mostraram possuir julgamento moral amparados por estereótipos que têm implicações para a prevenção.

A gente, como enfermeira, só faz citologia em mulheres que já têm vida sexual ativa. Quando chegam as meninas eu penso: Vou ter que investigar primeiro, porque eu acho que essa menina não [tem vida sexual ativa]. Então, quando a gente percebe que ela já tem, se surpreende! (E4).

A gente meio que escanteia os idosos, pois acha que eles não têm necessidade disso, têm outras doenças mais importantes (GF2).

As interpretações sobre a sexualidade dos usuários podem interferir e impedir o diálogo livre de preconceitos, necessários à investigação e à identificação das práticas sexuais inseguras e que os expõe ao risco de infecção.

A comunicação sobre IST/HIV teve interface com representações sobre conjugalidade e repercutiram de forma importante na prática dos enfermeiros.

Uma menina com condiloma fez a pergunta: “Eu peguei com quem? Eu peguei com ele, não foi?”. E você vai dizer que foi? Como? Eu disse: Olhe, o que eu posso dizer é que isso é uma forma mais branda do HPV que a gente trata e você não vai ter problema. Para não criar um bicho maior do que já está montado (GF1).

É mais complicado dar o resultado. A menina chegou com o teste VDRL reagente [...]. Orientei para trazer o marido e ela começou a chorar e dizer que ele era danado. Enfim, ele veio e disse: “Não tenho nada disso. Ela que teve, ela que tem que me dizer de onde ela arrumou.”. Foi bem difícil mediar esse conflito (GF2).

Para os participantes, a comunicação sobre IST/HIV pode provocar desajustes nos relacionamentos diante da possível infidelidade da parceria sexual. Esses conflitos afetam os profissionais, causando desconforto e constrangimento.

A gente foi comunicar à mulher [que o companheiro tinha HIV], foi uma das piores sensações que eu já tive (E19).

Muitas vezes, quando a gente diz o diagnóstico: Você tem uma DST, vai ter que tratar, tratar o parceiro. – tem umas que ligam o pisc-alerta e dizem: “Eu peguei dele ou ele pegou de mim?”. Então, eu fico meio constrangida (E18).

A comunicação sobre IST/HIV acontece, predominantemente, em decorrência da doença e é marcada pelo incipiente preparo e insegurança dos enfermeiros em lidar com as questões que envolvem a abordagem dos casos, como os padrões culturais de gênero e os aspectos inerentes às experiências sexuais e da sexualidade.

As práticas de prevenção em IST/HIV

Foram identificadas as ações desempenhadas pelos enfermeiros, alinhadas à prevenção das IST/HIV, conforme a narrativa de E23:

Eu ofereço o aconselhamento, as orientações de prevenção, do uso do preservativo, ofereço as vacinas, se ele não tiver tomado, e o tratamento medicamentoso (E23).

As ações descritas são realizadas em atenção às diretrizes governamentais, repetidamente evocadas pelos participantes. Contudo, ao examinar a discursividade sobre tais práticas desvelou-se a permanência das representações centrais, presentes nas diferentes interpretações sobre os objetos de intervenção em saúde.

Como parte integrante da consulta de enfermagem, a realização do exame físico mostrou-se como etapa do cuidado permeada por entraves relativos à erotização da relação de cuidado, conforme identificado nos seguintes trechos:

Tinha um certo preconceito dos homens, dos maridos ficarem com ciúmes, mas em relação ao pré-natal isso praticamente zerou [...], mas em relação ao exame de citologia isso é um problema muito sério que a gente enfrenta. (GF4).

Eu sempre coloco uma toalha por cima dela [...]. Eu também faço sentado. Eu acho que a posição de pé, diante da posição ginecológica, é mais constrangedor. Eu nunca faço só [a técnica de enfermagem participa]. Eu evito ao máximo esse toque mais aprofundado (E8).

[Pede ao usuário do sexo masculino com queixa nos genitais]: - Tire uma foto! Eu vou sair da sala e você fica à vontade. Tire uma foto boa que não mostre seus 'negócios' [genitais] e mostre a foto do local da ferida (GF2).

A narrativa do GF4 e E8, enfermeiros, e de GF2, enfermeira, mostram nuances das representações de gênero e sexualidade, associadas aos tabus com o corpo, identificadas na realização do exame físico. O desconforto provocado pelo contato com os genitais pode restringir o acesso dos usuários aos cuidados, como a investigação e a identificação de sinais das infecções.

Nas práticas cotidianas foram identificadas as estratégias preventivas oferecidas pelos profissionais nos serviços. Nesse conjunto, a oferta de preservativos masculinos foi mencionada pela maioria dos participantes.

A gente tem lá uma cestinha que fica em cima do balcão de camisinhas. Elas [ACS e técnica] colocam todo dia da semana. Elas [as usuárias] não chegam perto dessa cestinha. Algumas a gente sabe que são escancaradas, chegam lá e pegam (GF2).

A orientação sobre a utilização do preservativo, dirigida ao público feminino, segue um script prescritivo, que não visualiza as implicações para a escolha (ou não) e a utilização (ou não) do preservativo.

Eu tento dizer que o único método eficaz para não contrair uma DST é o preservativo e, fora isso, ele previne gravidez. Então, eu digo: É um método que não é químico, então não tem hormônio, não é medicação, ou seja, é o método seguro que previne gravidez e DST e você ainda não precisa estar ingerindo remédio. É uma coisa natural, que você não está ingerindo droga, não está propensa a ter um efeito colateral,

de ter um trombo por causa de um hormônio. Então, a primeira pedida seria um preservativo para todo ser humano, eu digo assim (P34).

O discurso técnico-científico revela a predisposição do profissional para abordar a prevenção da gravidez e, por outro lado, a menor disposição para abordar questões sexuais e de sexualidade. Essa dificuldade foi mais contundente ao se tratar da utilização do preservativo feminino, havendo frágeis indícios do incentivo dessa prática pelos participantes.

Eu mostro como é que usa [preservativo feminino], mas a solicitação é muito pequena. Eu nunca usei, mas, pela cara delas, não deve ser agradável. Aquilo ali foi feito para não ser usado. Porque não deve ser agradável não. Preservativo masculino já não é bom, não é muito legal. O feminino, aquele ali não presta não, sinceramente! (E16).

Os enfermeiros buscaram explicar e justificar a recusa das usuárias para utilização do preservativo feminino. Entretanto, as justificativas se misturaram às próprias representações sobre o recurso preventivo, mostrando que as representações sobre o corpo e sexualidade dos profissionais também se ancoram nas expectativas e experiências do senso comum e se assemelham às representações das usuárias que assistem.

Outro recurso que remete à prevenção das IST/HIV, bastante mencionado pelos participantes, refere-se ao gel lubrificante. Apesar disso, sua utilização foi estritamente relacionada ao uso por mulheres, durante a menopausa ou não, como meio para promoção de conforto durante as relações sexuais com seus parceiros (homens).

Eu disse: O pessoal está pegando lubrificante e não está pegando preservativo, que já vem lubrificado. Que eles usem o preservativo! Como o preservativo vem lubrificado e esse pessoal mais jovem não tem essa queixa, eu destinei esse lote para entregar a essas mulheres nessa faixa etária [menopausa] (E24).

Destacou-se, nesse sentido, a representação de que o gel lubrificante é destinado à mulher menopausada, descaracterizando-o como um importante recurso para redução da transmissão do HIV entre outros públicos, inclusive durante a utilização do preservativo.

Quanto ao diagnóstico oportuno e precoce, foram mencionadas as testagens para HIV, sífilis e hepatite B, ofertadas essencialmente às mulheres durante o pré-natal ou diante da identificação de risco.

Se você tiver uma conversa com alguém que seja uma mulher que tenha vulnerabilidade, você faz. Não é para fazer uma placa escrito: “teste rápido para HIV e sífilis” para todo mundo! Quem quiser vir fazer [...]! A oferta não é essa, é para gestante (GF4).

A incipiente utilização das estratégias de prevenção pode ser constatada na baixa menção à imunização como recurso para prevenção. Como exceção, poucos enfermeiros citaram a vacina contra o papiloma vírus humano (HPV) para realização em adolescentes.

Vacina HPV só continuou aqui em Campina Grande para adolescentes, as meninas e os meninos, os meninos até 14 anos (GF4).

A recente implantação dessa vacina contra o HPV no calendário pelo SUS poderia justificar tal ausência. Porém, verificou-se que a imunização contra hepatite B, estratégia consolidada e associada às intervenções em IST/HIV para diversos públicos, não foi mencionada por nenhum dos participantes.

As ações de educação em saúde, planejadas e estratégicas para as ações de prevenção, foram vagamente pontuadas pelos enfermeiros do estudo. Como justificativa para a ausência de atividades educativas sobre o tema, destacou-se a representação de que “as pessoas já sabem sobre DST”, bem como sabem se prevenir.

A gente não conversa mais sobre IST. A gente não trabalha mais isso, achando que as pessoas já sabem, partindo daquele pressuposto: eles já sabem vestir a camisinha (GF3).

Entretanto, foram frequentes as narrativas acerca do desconhecimento da população assistida sobre aspectos da prevenção.

Porque a gente, que é profissional de saúde, pensa que os outros também sabem [sobre IST/HIV]. Mas atendi um rapaz, fazendo um curso superior, que tinha a formação muito boa. Ele não sabia o que era sífilis e nem teve a curiosidade de pesquisar. Foi aí que vi a fragilidade que nós temos nas unidades básicas de saúde em trabalhar essa questão da IST. Porque a gente que é profissional de saúde pensa que os outros também sabem (GF1).

As contradições identificadas nas narrativas mostram que as justificativas para realização (ou não) das ações de prevenção guardam relação com as representações dos

enfermeiros sobre a atenção em IST/HIV e se confrontam com os objetivos da atenção integral.

DISCUSSÃO

A representação profunda das IST/HIV como doença sexual, desvelada na discursividade dos participantes deste estudo, também foi encontrada em outro estudo que analisou as representações de enfermeiros sobre a AIDS.²³ Dessa perspectiva, a compreensão dos enfermeiros privilegia a infecção manifesta e decorrente da atividade sexual furtiva e transgressiva, que caracteriza o risco. Por conseguinte, são invisíveis infecções subclínicas e as práticas inseguras no contexto das relações ditas estáveis, por exemplo.

A representação de grupos de risco, construída no início da epidemia da aids é geradora de estigmas²⁴ e não contempla as especificidades das IST/HIV. Neste sentido, o conceito de vulnerabilidade baliza as diretrizes de prevenção atuais. Enfatiza-se, nesse plano, a relevância das vulnerabilidades individuais, programáticas e socioculturais. A importância desse conceito situa-se na interpretação e identificação dos fatores sociais que elevam as probabilidades de infecção de determinados segmentos populacionais, inclusive a partir da identificação de infecções assintomáticas nas populações vulneráveis.²⁵

Frente à relevância das interpretações acerca dos fatores sociais, identificou-se neste estudo que a representação central sobre IST/HIV como objeto social esteve conexa às interpretações sobre gênero e sexualidade. Atendendo, em parte, à política de saúde sexual e reprodutiva, verificou-se que as mulheres têm sido contempladas pelas estratégias preventivas das IST/HIV no momento da realização do pré-natal e do exame ginecológico, essencialmente por meio da identificação de alterações e oferta de testes. Contudo, mesmo para esse público as ações eram pontuais, sem o investimento necessário na discussão sobre o comportamento sexual individual e das parcerias. Destaca-se que os serviços de atenção primária são frequentados por mulheres jovens e com parceiro, sendo negligenciadas as demais, como as adolescentes e as mulheres no climatério.²⁶

As representações de gênero, identificadas nas práticas de atenção ao homem, por sua vez, desconsideram as masculinidades e, portanto, negligenciam uma importante população que deveria ser alvo das estratégias de prevenção em IST/HIV. Corroborando esses resultados, destaca-se que as representações se materializam na forma de organização dos serviços. Nesse sentido, a tradição da assistência materno-infantil na atenção primária tem caracterizado os serviços como espaço feminizado, que oferece mais oportunidade para inserção da mulher do que do homem.²⁷

Os padrões culturais de gênero e a normatividade da sexualidade mantiveram-se significativos no sistema de representações dos participantes no decurso das narrativas e revelou que a diversidade sexual e de gênero não era contemplada no contexto dos serviços. Em concordância, outro estudo apontou que os enfermeiros se apoiam em representações e pressupostos heteronormativos e negligenciam a diversidade da identidade de gênero e orientação sexual.²⁸ Essa constatação é preocupante, pois os enfermeiros precisam reconhecer lésbicas, gays, bissexuais e transexuais como sujeitos das práticas de saúde, incluindo as ações de prevenção das IST/HIV. Sobre esse aspecto, reforça-se que barreiras de gênero repercutem em falta de acesso aos serviços de saúde, dificultando o conhecimento sobre o estado sorológico e a oferta da profilaxia pós-exposição, por exemplo.²⁹

Reforça-se que a organização social manifesta-se, também, nas representações dos participantes, e pode interferir na forma como as pessoas se expressam quanto à própria sexualidade.³⁰ Portanto, espaços fortemente demarcados por orientações hegemônicas de sexualidade e de gênero dificilmente conseguem acolher a heterogeneidade das práticas afetivo-sexuais e das formas de ser homem e ser mulher na atualidade, constituindo-se em uma barreira para o acesso às ações de prevenção.

Estereótipos de corpo e aspectos da erotização do cuidado foram identificados nas representações dos participantes, especialmente na atenção prestada ao usuário do sexo oposto ao do profissional. Em consonância, no estudo que investigou o lugar da sexualidade no trabalho de enfermagem³¹ foi identificada a tensão existente no cenário profissional em decorrência das situações interpretadas como eróticas. Os autores encontraram conduta com conteúdo ou intenção sexual explícita, como o assédio verbal ou físico e conflitos mediante o contato com o corpo, especialmente na região pélvica, nos genitais e nos seios. No contexto analisado, essas questões eram despercebidas pelos profissionais, mas podem se constituir como obstáculo para identificação e investigação das IST/HIV.

As representações nucleares e periféricas identificadas mostram fragilidades na apropriação de conhecimentos que estruturam a abordagem das IST/HIV no cenário analisado. Na comunicação sobre o tema, identificou-se o desconforto e a dificuldade dos profissionais em abordar o assunto, o que enseja atitudes de esquiva diante das questões que envolvam as IST/HIV. Como resultado, os profissionais não desenvolvem ações abrangentes que atendam aos(às) usuários(as), pois temem enfrentar conflitos presentes nas revelações das práticas sexuais desautorizadas culturalmente. Dessa forma, o investimento na orientação sobre práticas sexuais seguras dos usuários e de suas parceiras é prejudicado. Verifica-se, portanto, a acomodação da dificuldade em discutir sobre sexualidade por meio de um

processo de dessexualização da prevenção. Esse processo tem reflexos importantes e, por exemplo, dificulta a oferta de métodos de prevenção, uma vez que todos exigem o diálogo sobre sexo e parcerias sexuais.³²

Como resultado das representações sobre a prevenção IST/HIV, apontou-se que as ações desenvolvidas no serviço eram pontuais e focadas na dimensão apenas biológica, distanciando-se do propósito da prevenção combinada. Desse modo, as ações preventivas são remediadas e a atenção ocorre em resposta à doença, quando a ênfase recai sobre o evento ou procedimento, sem que sejam visualizadas e abordadas outras questões relevantes e necessárias para a intervenção. Assim, compreende-se que as representações sobre prevenção contribuem para a persistência do paradigma biomédico, que sobrevaloriza os procedimentos diagnósticos e a doença, e subestima as ações psicossociais.³³

Nesse sentido, as estratégias de prevenção focalizam principalmente o preservativo masculino e a oferta de testes. Contudo, ao tempo em que privilegiam essas estratégias, os profissionais desconsideram as barreiras enfrentadas por usuários(as) para acessá-las.^{34,35} A reflexão sobre o uso dessas tecnologias não deve envolver apenas sua adequação para a prevenção, mas também precisa considerar o lugar do prazer e das práticas sexuais de usuários e usuárias. Contrariamente, essas intervenções encontram-se fragilizadas no contexto pesquisado, pois eram restritas tanto em relação ao público, quanto às estratégias implementadas. Essas lacunas dificultam as intervenções aplicadas aos usuários e às suas relações, e colocam em segundo plano as vulnerabilidades individuais e o contexto em que vivem. Esses aspectos convergem para a ruptura dos objetivos da atenção integral, prerrogativa das práticas profissionais nos serviços de atenção primária.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O estudo desvelou que as interpretações sobre IST/HIV se estruturavam em torno de representações profundas e periféricas, as quais remeteram à perspectiva de doença de transmissão sexual, estereótipos de gênero e sexualidade. Firmada nessas representações, a performance adotada pelos profissionais nos serviços reflete-se em diversas barreiras para a atenção integral em IST/HIV.

Identificou-se que os enfermeiros buscavam alinhar as condutas preventivas às diretrizes governamentais, contudo, as ações eram intensamente comprometidas pela dificuldade em identificar e intervir nos aspectos biopsicoculturais. Assim, desconsideravam determinadas estratégias de prevenção, as necessidades e as especificidades dos usuários no serviço. Portanto, assume-se como necessário o investimento em processos que considerem as

subjetividades dos enfermeiros e que desconstruam os estereótipos presentes nas interpretações e práticas profissionais, resultando na melhoria na prevenção das IST/HIV.

O estudo possui como limitação a investigação apenas a partir da perspectiva do enfermeiro, logo, recomenda-se que outros estudos explorem, em profundidade, o objeto em pauta a partir de usuários, gestores e outras categorias profissionais.

Os resultados possibilitam a compreensão de como as representações dos enfermeiros sobre prevenção interferem no cuidado. Espera-se que os resultados apresentados possam subsidiar a melhoria na oferta de ações para prevenção no contexto da atenção primária, com foco no cuidado de enfermagem em IST/HIV.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Sexually transmitted infections. Fact sheet Updated [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 aug [cited 2018 Mar 15]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
2. United Nations Programme on HIV/AIDS. Prevention Gap Report. Geneva: UNAIDS, 2016.
3. Kerr L, Kendall C, Guimarães MDC, Salani MR, Veras MA, Dourado I, et al. HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018; [cited 2018 Feb 22]; 97(1S Suppl 1):S9-S15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29794604> doi: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000010573>
4. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico - Aids e IST. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
5. Ministério da Saúde (BR). Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
6. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
7. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (Relatório de Recomendação). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.

8. Zambenedetti G, Silva RAN. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Physis* [Internet]. 2016; [cited 2018 Aug 9]; 26(3):785-806. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000300785&script=sci_abstract&tlng=pt doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000300005>
9. Ferreira IT, Neves KTQ, Oliveira AWN, Galvão TRAF, Mangane EM, Sousa LB. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem em infecções sexualmente transmissíveis. *Enferm. Foco* [Internet]. 2018; [cited 2018 Feb 20]; 9(3):42-47. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1119/459> doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1119>
10. Barbosa TLA, Gomes LMX, Holzmann APF, De Paula AMB, Haikal DSA. Aconselhamento em doenças sexualmente transmissíveis na atenção primário: percepção e prática profissional. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2015; [cited 2018 Jan 15]; 28(6):531-538. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0531.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500089>
11. Belém JM, Alves MJH, Pereira EV, Maia ER, Quirino GS, Albuquerque GA. Prostituição e saúde: representações sociais de enfermeiros/as da Estratégia Saúde da Família. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2018; [cited 2019 Feb 15]; 32:e25086. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25086> doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.25086>
12. Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JFC, Oliveira MA, Adami F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014; [cited 2016 Mar 15]; 18(4):607-614. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400607 doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140086>
13. Bastos AQ, Almeida ARC, Carneiro CMM, Rivemales MCC, Paiva MS. Produção científica sobre DST/HIV/AIDS: análise de periódicos de enfermagem. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2012; [cited 2016 Mar 3]; 26(1):423-435. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5781> doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v26i1.5781>
14. Bungay V, Masaro CL, Mark G. Examining the scope of public health nursing practice in sexually transmitted infection prevention and management: what do nurses do? *J Clin Nurs* [Internet]. 2014; [cited 2016 Mar 15]; 23(21-22):3274-3285. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24606574> doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12578>

15. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
16. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 7 ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
17. Giami A, Veil C. Enfermeiras frente à aids: representações e condutas, permanência e mudanças. 1ª ed. Canoas: Ulbra; 1997.
18. Flament C. Structure et dynamique des représentations sociales. In: Jodelet D. Les représentations sociales. Paris: PUF; 1989. p. 204-219.
19. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saude Publica [Internet]. 2008; [cited 2016 Feb 5]; 24(1):17-27. Available from: https://www.researchgate.net/publication/235472420_Amostragem_por_saturacao_em_pesquisas_qualitativas_em_saude_contribuicoes_teoricas doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>
20. Santos, KS, Ribeiro, MC, Queiroga, DEU, Silva, IAP, Ferreira, SMS. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. Cien Saude Colet [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 22]. Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-uso-de-triangulacao-multipla-como-estrategia-de-validacao-em-um-estudo-qualitativo/16823?id=16823>
21. Nóbrega DO, Andrade ERG, Melo ESN. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. Psicol Soc [Internet]. 2016[cited 2017 Feb 2];28(3):433-441. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n3/1807-0310-psoc-28-03-00433.pdf>
22. Demazière D, Dubar C. Analyser les entretiens biographiques: l'exemple de récits d'insertion. 1ª ed. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches; 1997.
23. Giami A. Representations du sida: une theorie sexuelle du sida. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2006; [cited 2016 Mar 15]; 14(1):113-121. Available from: https://www.researchgate.net/publication/237491116_REPRESENTATIONS_DU_SIDA_UNE_THEORIE_SEXUELLE_DU_SIDA
24. Ribeiro LCS, Giami A, Freitas MIF. Representações de pessoas vivendo com HIV: influxos sobre o diagnóstico tardio da infecção. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 24];53:e03439. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100417&lng=pt doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018009703439>.

25. Brasil. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV/Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 123 p.: il.
26. Luiz MS, Nakano AR, Bonan C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. *Saúde debate* [Internet]. 2015; [cited 2016 Feb 10]; 39(106):671-682. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300671&script=sci_abstract&tlng=pt doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151060003009>
27. Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde Soc* [Internet]. 2013; [cited 2019 Feb 18]; 22(2):415-428. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000200013&script=sci_abstract&tlng=pt doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>
28. Bjarnadottir RI, Bockting W, Dowding DW. Patient perspectives on answering questions about sexual orientation and gender identity: an integrative review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017; [cited 2016 Apr 10]; 26(13):1814-1833. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27706875> doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13612>
29. Costa AB, Fontanari AMV, Catelan RF, Schwarz K, Stucky JL, Rosa Filho HT, et al. HIV-related healthcare needs and access barriers for brazilian transgender and gender diverse people. *AIDS Behav* [Internet]. 2018; [cited 2016 Mar 15]; 22(8):2534-2542. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29299789> doi: <https://doi.org/10.1007/s10461-017-2021-1>
30. Giami A. Collective Sex in Public: where Is the Observer? *Arch Sex Behav* [Internet]. 2018; [cited 2016 Mar 15]; 48(1):41-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29858728> doi: <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1243-2>
31. Giami A, Moulin P, Moreau E. La place de la sexualité dans le travail infirmier: l'érotisation de la relation de soins. *Sociol Trav* [Internet]. 2013; [cited 2016 Mar 12]; 55(1):20-38. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S003802961200132X> doi: <https://doi.org/10.1016/j.soctra.2012.12.001>
32. Ferraz D, Paiva V. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015; [cited 2016

Apr 15]; 18(suppl1): 89-103. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000500089&script=sci_abstract&tlng=pt doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050007>

33. Mora C, Monteiro S, Moreira COF. Formação, práticas e trajetórias de aconselhadores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015; [cited 2016 Feb 15]; 19(55):1145-1156. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000401145&script=sci_abstract&tlng=pt doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0609>

34. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2010 mai; [cited 2016 Mar 15]; 26(5):961-970. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500018 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500018>

35. Pinto MV, Basso CR, Barros CRS, Gutierrez EB. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2018; [cited 2016 Feb 15]; 23(7):2423-2432. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232018000702423&lng=pt&nrm=iso doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.20602016>

5 CONCLUSÕES

A realização deste estudo permitiu compreender representações de enfermeiros e enfermeiras da atenção primária à saúde sobre sexualidade, na atenção em IST/HIV. Para tanto, o desafio consistiu em desvelar a infinidade de aspectos presentes nas representações sobre um tema complexo, pertinente e pouco explorado.

Cautelosamente, buscou-se o distanciamento de abordagens superficiais, limitadas a denunciar a frágil e a incipiente aproximação da enfermagem quando se trata do objeto da sexualidade no cuidado. Nesse sentido, foi decisiva a adoção da teoria das representações, que, na sua vertente crítica, insiste na importância do nível psíquico-individual na constituição das representações compartilhadas no espaço social, independentemente de suas origens, e da teoria dos roteiros sexuais, que permitiu identificar, em um plano cronológico, os cenários culturais, os roteiros interpessoais e os roteiros intrapsíquicos nos quais se configurara o aprendizado sobre sexualidade e IST/HIV dos participantes do estudo. Esses dois referenciais viabilizaram a exploração em profundidade do tema e ancoraram as reflexões e a fundamentação para estas conclusões.

Enfermeiros e enfermeiras trazem para seus campos profissionais não somente aquilo que lhes é específico do trabalho: as chamadas tecnologias da profissão, mas um pano de fundo que é composto pelas cargas psicossocial, emocional e afetiva, simbólica e cultural, que não se encontram explicitamente nos manuais e livros técnicos de formação profissional. É parte do imaginário social, da cultura e da ordem instituída, mas é, também, uma bagagem de cada sujeito, que se expressa nas formas de lidar com os demais profissionais e com a clientela, considerando que a última se encontra nos não-ditos institucionais e pessoais ou nos questionamentos instituintes, podendo, portanto, retardar ou contribuir para construções sociais mais relevantes às necessidades e vivências no campo da saúde.

Cabe ressaltar a relevância da realização do estudo em duas etapas: Entrevistas individuais e Grupos focais. A escolha em iniciar pela realização das entrevistas permitiu o primeiro contato com os(as) participantes e cooperou para desmistificar o processo de pesquisa e o tema em pauta. Seguramente, tal aproximação facilitou a adesão e a participação dos(as) profissionais nos grupos focais.

Do ponto de vista da apreensão dos dados, as entrevistas permitiram a exploração das trajetórias de vida, nas quais foram desvelados aspectos pessoais, considerados íntimos, que facilmente poderiam ter sido omitidos nos grupos. Essa suspeição se confirmou quando, na realização dos grupos focais, foi incomum a menção a aspectos da vivência pessoal pelos(as) participantes. Por sua vez, os grupos focais permitiram que as representações compartilhadas no cotidiano de trabalho fossem apresentadas coletivamente. Nesse momento, foi possível

identificar de forma mais detalhada as convergências e divergências presentes nas práticas em serviço, como também identificar práticas contraditórias entre aqueles(as) profissionais com posturas mais ou menos conservadoras, como os(as) que superaram parte dos estereótipos, mitos e tabus da sexualidade. Esse confronto de ideias contribuiu e suscitou a autorreflexão entre participantes sobre o tema proposto.

Com o material denso das entrevistas individuais e dos grupos focais, ao longo do processo de análise, houve o cuidado de preservar o sentido das narrativas, muitas vezes inserido em falas despretensiosas, mas situadas política e socialmente, e repletas de significados subjacentes. Essa imersão foi possível a partir da análise estrutural de narração, que fundamentou a técnica pela qual se pode chegar às representações e aos roteiros, comportando a apreensão minuciosa e rigorosa dos aspectos presentes temporalmente nas trajetórias e nas narrativas dos(as) participantes. A extensão e a riqueza do material produzido demandaram sucessivas leituras que exigiram complexa organização dos dados para categorização dos resultados. Tal etapa foi facilitada pelo uso do *software* MAXQDA® Standard 12 que ofereceu o suporte para a manipulação segura dos dados, reduzindo o tempo disposto para codificar e organizar os resultados de acordo com a técnica de análise utilizada.

A combinação das entrevistas individuais e dos grupos focais foi fundamental para a obtenção dos dados. Elas, associadas ao método de análise e à ancoragem teórica, foram essenciais para a compreensão da interface entre as representações e as práticas dos(as) enfermeiros(as), bem como para o alcance dos objetivos propostos.

Ao retomar os pressupostos que apoiaram o estudo, pode-se afirmar que:

1) as representações de enfermeiros(as) sobre sexualidade são construídas nas trajetórias de vida, estão presentes em suas experiências pessoais e profissionais e possuem desdobramentos para a atenção em IST/HIV;

Esse pressuposto pode ser confirmado nos dados que revelaram que a sexualidade foi tratada de forma subliminar e incipiente ao longo da vida, pois a discussão sobre o tema foi um tabu na vivência dos(as) participantes e nos principais contextos culturais, como o familiar e o escolar. O incipiente aprendizado ao longo da vida se estendeu à formação e à prática profissional. Nesses contextos, os estereótipos de masculinidade/feminilidade foram legitimados e, mesmo vivenciando situações que demandam a abordagem da sexualidade, como ocorre na atenção em IST/HIV, esse assunto não é problematizado.

Ao comparar as características individuais, visibilizadas na análise das trajetórias, pode-se afirmar que não foram identificadas representações diferenciadas por categorias objetivas em razão da idade, vínculo parental ou afetivo, formação ou atividade profissional. Também não foram explicitadas representações ancoradas puramente em aspectos religiosos, étnicos/raciais e/ou sociais. Do mesmo modo, foram encontradas representações semelhantes entre participantes mais jovens ou com mais idade, com ou sem filho, com parceria sexual ou não, com pouco tempo ou com mais anos de experiência, por exemplo.

Esses resultados trouxeram a compreensão de que pouco se tem avançado na reconstrução de representações para desmistificar a sexualidade no cenário investigado. Apesar disso, depreende-se que os profissionais expostos(as) a experiências e a conteúdos sobre sexualidade, em suas trajetórias, encontraram meios para reestruturar a compreensão, foram menos conservadores(as) e mais motivados(as), repercutindo em uma prática preventiva diferenciada em IST/HIV.

- 2) as representações que pautam os modelos biologizantes e curativistas de atenção à saúde contribuem para manter práticas assistenciais que não incluem a sexualidade e a saúde sexual dentro da concepção de integralidade de atenção;

Pode-se afirmar que esse pressuposto foi confirmado quando os dados revelaram que apesar do percurso formativo e do tempo de experiência profissional, os(as) participantes não foram preparados para a abordagem de questões de sexualidade. Foram diversos os relatos que mostraram a ênfase biomédica da formação e das práticas de cuidado nos serviços. Esses achados evidenciam que a dimensão biomédica prepondera nos cenários profissionais em detrimento da subjetividade e da relativização necessárias nas abordagens sobre sexualidade quando se trata de ações em IST/HIV.

- 3) a atenção integral no campo das IST/HIV requer a abordagem das questões de sexualidade a partir de uma perspectiva da subjetividade das pessoas, que inclui as formas de pensar o mundo, suas representações, mitos, tabus e estereótipos relacionados a elas.

Esse pressuposto foi reafirmado nas narrativas que mostraram diferentes situações em que os(as) enfermeiros(as) tiveram de lidar com a subjetividade implicada na atenção as IST/HIV. Essas oportunidades foram intensamente comprometidas pelo despreparo em

identificar e intervir quanto aos aspectos psicoculturais e mesmo sociais. Em decorrência, evidenciou-se que oportunidades para o diálogo sobre sexualidade e prevenção das IST/HIV foram desperdiçadas e os grupos que apresentam demandas específicas sexuais, de gênero e de saúde são, em geral, negligenciados.

Assim, as teorias que surgiram foram, sinteticamente, as seguintes:

- as representações sobre sexualidade dos(as) enfermeiros(as) são construídas nas trajetórias de vida, a partir de suas vivências pessoais e profissionais. Nesse sentido, as relações parentais e familiares são, inicialmente, as principais responsáveis pela modelagem da sexualidade via estereótipos de corpo e de gênero. Em seguida, os espaços e os processos de formação compõem o cenário, no qual se reafirmam os estereótipos sobre sexualidade. Em todos esses contextos, pais, professores(as), amigos e pares contribuem, implícita ou explicitamente, com experiências que sedimentam mitos e tabus da sexualidade, e não necessariamente inserem aspectos que promovem o autocuidado e o cuidado do outro quando se trata da prevenção às IST/HIV;
- as interpretações dos(as) enfermeiros(as) sobre sexualidade possuem um núcleo profundo - sexualidade como sinônimo de práticas sexuais; além de representações periféricas, as quais interpretam a sexualidade como tema privado/íntimo, objetivadas a partir de noções de gênero. Essas representações estão presentes nas práticas profissionais e têm contribuído para que os(as) enfermeiros(as) evitem tratar o tema, pois acreditam que abordar pode, por exemplo, provocar interpretações negativas dos(as) usuários(as);
- os(as) profissionais amparam suas ações em pressupostos heteronormativos, de gênero e de sexualidade, os quais, ao se tratar das IST/HIV, constituem barreiras para o desenvolvimento de atividades de prevenção;
- as representações sobre sexualidade, ancoradas em estereótipos, mitos e tabus, contribuem para aumentar as vulnerabilidades das pessoas, sobretudo para os extremos etários, homens, mulheres e demais sujeitos imersos na diversidade sexual e de gênero, pois dificultam a comunicação, limitam a oferta de estratégias de prevenção e reforçam o preconceito em torno do assunto;
- as representações sobre a prevenção das IST/HIV, ancoradas na doença, no evento e no procedimento, são reforçadas pela importância da performance biomédica presente na formação e no exercício profissional, contribuem para a

dessexualização na abordagem de usuários(as) e são obstáculos para ações pertinentes de promoção da saúde sexual e da prevenção de IST/HIV;

- a subjetividade, presente nas representações dos(as) enfermeiros(as), na qual predomina estereótipos e tabus nas interpretações sobre a sexualidade, possuem reflexos nas práticas profissionais. Contrariando outras perspectivas, afirma-se que, apesar da ênfase biomédica das ações, a subjetividade está presente nas práticas de cuidado em enfermagem, mas é traduzida em barreiras que afastam os(as) profissionais das práticas de prevenção e da integralidade da atenção em saúde porque são de negação e de interdição do tema sexualidade;
- experiências formativas que inserem a discussão sobre gênero, corpo e sexualidade podem contribuir para que os(as) profissionais estejam dispostos a abordar e intervir de modo integral sobre as necessidades de saúde sexual dos usuários dos serviços de saúde de atenção primária, nas quais se incluem a prevenção das IST/HIV.
- o direito à atenção integral em saúde traduz-se pela importância de oferecer cuidados de qualidade, que colocam as necessidades biopsicossociais das pessoas como aspectos centrais. Entretanto, mostrou-se que os cuidados de saúde desenvolvidos pelos enfermeiros pouco inserem as demandas em sexualidade nas abordagens preventivas. Como resultado, verificou-se rupturas na prevenção das IST/HIV, que provocam impacto negativo na qualidade da atenção no SUS, na atenção primária. Evidenciou-se o desperdício de oportunidades para prevenção e a negligência de oferta de ações a grupos vulneráveis, sobretudo às pessoas com condições de saúde estigmatizadoras, como IST/HIV. Portanto, usuários(as) são menos propensos a receber cuidados de qualidade em razão dos mitos e tabus da sexualidade.

Os resultados do estudo permitem elencar algumas ações centrais:

- a) No âmbito nacional, transversalizar o investimento na formação de professores(as) que contemple temas relacionados a corpo, gênero e sexualidade, em todos os níveis de ensino, contribuindo para a devida problematização dos tabus e estereótipos, entendendo-os como antigas barreiras para a abordagem da sexualidade nas trajetórias de vida que carecem de mudança imediata;

b) Na agenda de saúde, reconhecer as barreiras enfrentadas pelos(as) profissionais para o diálogo sobre sexualidade e saúde sexual e contemplar, com maior clareza, a relevância da abordagem da sexualidade nas diretrizes de atenção no campo das IST/HIV;

c) Construir protocolos que se ancorem nas construções culturais e subjetivas da sexualidade, agregando subsídios para que o(a) profissional incorpore estratégias conectadas aos contextos dos(as) usuários(as) nos serviços, criando, também, possibilidades de ruptura com os preconceitos dos usuários dos serviços de saúde;

d) No âmbito da formação em enfermagem, implementar a oferta de formação inicial e continuada para os(as) profissionais, objetivando que essas iniciativas possam integrar conhecimentos sobre corpo, gênero e sexualidade, além da inserção das tecnologias de cuidado que se aproximem da dimensão subjetiva e sociocultural das pessoas, ampliando a possibilidade de contribuição das ações ajustadas e seguras para usuários e usuárias dos serviços de saúde;

c) No cenário local, investir na organização dos serviços que contemplem a diversidade sexual e de gênero, reduzindo as barreiras para o acesso de diversos segmentos populacionais aos serviços de saúde;

d) Investir na capacitação dos(as) enfermeiros(as) acerca das novas tecnologias de cuidado em IST/HIV, como a prevenção combinada, para o devido reconhecimento das populações-chave e vulneráveis, favorecendo a oferta de estratégias disponíveis para prevenção desses agravos;

e) Melhorar os canais de comunicação entre gestores(as), enfermeiros(as) e equipe para que se estabeleçam fluxos de atendimento nos serviços, incluindo serviços de referência que contemplem tanto as populações-alvo e vulneráveis às IST/HIV, quanto, de maneira inclusiva, as populações em suas diversidades sexuais.

f) Insistir na importância da educação sexual em todas as faixas etárias, com práticas que desconstruam tabus e preconceitos e reconstruindo saberes sobre sexualidade e saúde para que os *scripts* possam ser modificados ao longo da vida das pessoas que cuidarão da saúde de outros.

Essa síntese de propostas resultou das reflexões realizadas durante o processo de pesquisa. Reconhece-se que tais propostas requerem o esforço conjunto de diferentes segmentos sociais e o diálogo entre distintas instituições, em razão da magnitude da problemática e das intervenções. Nesse sentido, ressalta-se a relevância global do presente estudo para essa construção, pois ele agrega conhecimento importante para a discussão sobre

o assunto da sexualidade na área da saúde, mais especificamente, no contexto da integralidade do cuidado.

O estudo possui como limitação a interpretação apenas da perspectiva dos(as) enfermeiros(as) no contexto da atenção primária, mas, apesar de considerar que as representações sobre sexualidade não se ancoram em função do exercício e cenário profissional, tal lacuna poderá ser explorada por estudos futuros. Contudo, a escolha se justifica pelo fato de que essa categoria profissional ser mais presente no dia a dia dos(as) usuários(as) dos serviços de saúde na APS, além de a comunicação para a prevenção em saúde ser uma das ações preteridas do cuidado de enfermagem nesse contexto.

Por fim, enfatiza-se que as práticas de atenção integral em saúde sexual, em IST/HIV e em sexualidade, não se concretizam apenas por meio do cumprimento de ações pautadas em protocolos e manuais de conduta. Entretanto, é necessário o investimento em processos que desconstruam estereótipos e tabus sobre sexualidade presentes no cotidiano também dos serviços de atenção primária.

REFERÊNCIAS

BACKES, S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011.

ALBUQUERQUE, A. M. *et al.* Invisibilidades e implicações para a gerência do cuidar na visão de enfermeiros: relato de experiência. **Rev Enferm UFPE on line**, [online], Recife, v. 10, n. 5, p. 1884-1890, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201639>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13570/16363>. Acesso em: 15 abr. 2017

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. *Esc Anna Nery*, [online], v. 18, n. 4, p. 607-614, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140086>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400607. Acesso em: 19 jun. 2018

ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Rev Bras Enferm**, [online], v. 69, n. 6, p. 1140-1146, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0370>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1140.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2017

ALVES, M. J. O. C. **Assistência às infecções sexualmente transmissíveis na atenção primária**: uma análise das práticas profissionais de enfermagem. 2016. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2016.

ANDRADE, A. R. L. *et al.* Cuidado de Enfermagem à sexualidade da mulher no climatério: reflexões sob a ótica da Fenomenologia. **REME**, [online], Belo Horizonte, v. 20, p. e964, 2016. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160034>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1100>. Acesso em: 28 nov. 2017

ARAÚJO, H. F. **O processo de implantação do núcleo de apoio à saúde da família de Campina Grande**. 2013. 43f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Fundamentos da Educação: Práticas Pedagógicas Interdisciplinares) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013.

ARREGUY-SENA, C.; ROJAS, A. V.; SOUZA, A. C. S. Representação social de enfermeiros e acadêmicos de enfermagem sobre a percepção dos riscos laborais a que estão expostos em unidades de atenção à saúde. **Rev Eletronica Enferm**, [online], Goiânia, v. 2, n. 1, 2000. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/672/754>. Acesso em: 27 abr. 2017

BACKES, D. S. *et al.* Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Mundo Saude** (1995), [online], São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf. Acesso em: 11 abr. 2016

BARBOSA, A. C. Q. Vínculos profissionais em hospitais de pequeno porte brasileiros. **Rev Adm Empresas**, [online], v. 57, n. 2, p. 178-195, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-759020170207>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-75902017000200178&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 mai. 2019

BARBOSA, J. A. G.; SOUZA, M. C. M.R.; FREITAS, M. I. F. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. **Cien Saude Colet**, [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2165-2172, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.01792014>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000702165&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 abr. 2017

BARBOSA, J. A. G.; GIAMI, A.; FREITAS, M. I. F. Gender and sexuality of people with mental disorders in Brazil. **Sex Salud Soc (Rio J)**, [online], Rio de Janeiro, n. 19, p. 67-83, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.19.06.a>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872015000100067. Acesso em: 22 nov. 2016

BARTHES, R. **Introdução à Análise Estrutural da Narrativa**. Petrópolis: Vozes, 2013.

BASTOS, A. Q. *et al.* Produção científica sobre DST/HIV/AIDS: análise de periódicos de enfermagem. **Rev Baiana Enferm**, [online], v. 26, n. 1, p. 423-435, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v26i1.5781>. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5781>. Acesso em: 30 mai. 2019.

BAUER, M. W.; GASKEL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BELÉM, J. M., *et al.* Prostituição e saúde: representações sociais de enfermeiros/as da Estratégia Saúde da Família. **Rev Baiana Enferm**, [online], v. 32, p. e25086, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.25086>. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25086>. Acesso em: 15 jan. 2019

BENTO, B. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BENZAKEN, A. S. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado Integral à pessoa com Sífilis: História natural da doença, prevenção, diagnóstico e tratamento.** Natal, 2018. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/noticia/2018/65438/apresentacao_sifilis_dra_adele_capacitacao_apoiadores_19_03_2018_final.pdf. Acesso: 3 out. 2018.

BHAVSAR, C.; PATEL, R. M.; MARFATIA, Y. A study of 113 cases of genital ulcerative disease and urethral discharge syndrome with validation of syndromic management of sexually transmitted diseases. **Indian J Sex Transm Dis**, [online], v.35, n.1, p. 35-39, 2014. <http://dx.doi.org/10.4103/2589-0557.132426>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4066595/>. Acesso em: 15 abr. 2017

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **L'enquête et ses méthodes: l'entretien.** Paris: Nathan, 1992.

BLOSNICH, J. R. et al. Suicidity and sexual orientation: characteristics of symptom severity, disclosure, and timing across the life course. **Am J Orthopsychiatry**, [online], v. 86, n. 1, p. 69-78. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000112>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26752446>. Acesso em: 15 abr. 2017.

BOZON, Michel. **Sociologie de la sexualité.** 2 ed. França: Armand Colin, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/manual_dst_tratamento.pdf. Acesso em: 30 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 30 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução nº466/2012**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 5 dez. 2016.

_____. Prefeitura de Campina Grande (PB). Secretaria de Saúde de Campina Grande. **Relatório da atenção básica** (Impresso). Campina Grande, 58f, 2014.

_____. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência**. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Brasília: 2015a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 30 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed., 4. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/07/ANPPS.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 23 jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Aids no Brasil**. Brasília: 2016b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>. Acessado em: 02 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção combinada do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-e-gestores>. Acesso em: 15 jun. 2018.

_____. **Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil**. Brasil, 2017b. Disponível em <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/ranking/>. Acesso em: 26 dez. 2017.

_____. Prefeitura de Campina Grande (PB). Secretaria de Saúde de Campina Grande. **Relação de equipes da Estratégia de Saúde da Família** (Impresso). Campina Grande, 2017c.

_____. **Boletim Epidemiológico: HIV AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaid-2018>. Acesso: 30 mai. 2017.

_____. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Ministério da Saúde. Relatório de Recomendação. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2018/Relatorio_PCDT_IST_CP34_2018.pdf. Acesso em 10 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. Brasília: 2018c.

BRITO M. J. M. *et al.* A técnica do gibi como estratégia de coleta de dados na pesquisa qualitativa em saúde. In: XVII Simpósio nacional de pesquisa em enfermagem (SENPE). **Anais**, Natal, 2013. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1560co.pdf. Acesso em: 23 jan. 2017.

BUNGAY V.; MASARO C.L.; GILBERT M. Examining the scope of public health nursing practice in sexually transmitted infection prevention and management: what do nurses do? **J Clin Nurs**, [online], v. 23, n. 21-22, p. 3274-3285, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12578>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12578>. Acesso em 2 fev. 2019.

BUSANELLO, J. *et al.* Grupo focal como técnica de coleta de dados. **Cogitare Enferm**, [online], Curitiba, v.18, n.2, p. 358-364, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.32586>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32586>. Acesso em 26 jan. 2017.

CAMPOS L. B. *et al.* Experiências de pessoas internadas com o processo de punção de veias periféricas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. e20160078, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160078>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160078.pdf>. Acesso em 30 jan. 2017.

CARNEIRO, T. S. O saúde da família sob a ótica dos profissionais de Campina Grande-PB acerca do programa: uma avaliação qualitativa. In: III Jornada internacional de políticas públicas, **Anais**, São Luís, 2007. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos/EixoTematicoA/885b25a08686b47284e3thaisa.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2017.

CARVALHO, J. E. C. Imaginário e representações sociais. **Rev Cien Humanas**, [online], p. 25-33, 2002. DOI: <https://doi.org/10.5007/%25x>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/25811>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CASSÉTTE, J. B. et al. HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 733-744, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150123>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n5/pt_1809-9823-rbgg-19-05-00733.pdf. Acesso em 30 jan. 2017.

CASSIDY, C.; GOLDBERG, L.; ASTON, M. The application of a feminist poststructural framework in nursing practice for addressing young women's sexual health. **J Clin Nurs**, [online], v. 25, n. 15-16, p. 2378–2386, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.13354>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jocn.13354>. Acesso em 30 jan. 2017.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. 418p.

CESNIK, V. M.; ZERBINI, T. Sexuality education for health professionals: A literature review. **Estud Psicol**, [online], Campinas, v. 34, n. 1, p. 161-172, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000100016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v34n1/0103-166X-estpsi-34-01-00161.pdf>. Acesso em 26 jan. 2017.

CESNIK-GEEST, V. M. **Avaliação de necessidades de treinamento de profissionais de enfermagem na área da sexualidade**. 2016. 358f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade Filosofia, Ciências e Letras, Ribeirão Preto, 2016.

CHOUDHRY, S. *et al.* Pattern of sexually transmitted infections and performance of syndromic management against etiological diagnosis in patients attending the sexually transmitted infection clinic of a tertiary care hospital. **Indian J Sex Transm Dis**, [online], v. 31, n. 2, p. 104-108, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/0253-7184.74998>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21716796>. Acesso em: 12 fev. 2017.

CIESIELSKA, U. *et al.* The role of human papillomavirus in the malignant transformation of cervix epithelial cells and the importance of vaccination against this virus. **Adv Clin Exp Med**, [online], v. 21, n. 2, p. 235-244, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23214288>. Acesso em: 12 fev. 2017.

COBO-CUENCA, A. I.; MARTÍN-ESPINOSA, N. M.; CAMPOS, R. M. P. Cuidados enfermeros en el varón con lesión medular y disfunción sexual. **Enferm Clin**, [online], v. 23, n. 3, 128-132, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.04.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113000739>. Acesso em: 13 jan. 2017.

COSTA, L. H. R.; COELHO, E. A. C. Sexualidade e a interseção com o cuidado na prática profissional de enfermeiras. **Rev Bras Enferm**. [online]. Brasília. v. 66, n. 4, p. 493-500, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000400005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 abr. 2017.

COSTA, A. B. *et al.* Prejudice toward gender and sexual diversity in a Brazilian public univeristy: prevalence, awareness, and the effects of education. **Sex Res Sex Policy**, [online], v. 12, n. 4, p. 261-272, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13178-015-0191-z>. Acesso em: 15 jan. 2018.

COUTO, P. L. S. *et al.* Significados a respeito da prevenção do HIV/aids e da sexualidade para jovens católicos. **Rev Gaucha Enferm**, [online], v. 38, n. 4, p. e2016-0080, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0080>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n4/1983-1447-rgenf-38-04-e2016-0080.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques**: l'exemple de récits d'insertion. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches, 1997.

DESLAURIERS, J. P.; KÉRISIT, M. **O delineamento da pesquisa qualitativa**. In: Poupart, J. *et al* (org.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2. ed. Vozes: Petrópolis, 2008.

DEVEREUX, G., **De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement**. Paris: Flammarion, 1980.

DIAS, S.; GAMA, A. Promoção da saúde: Evolução de um paradigma e desafios contemporâneos. **Rev Salud Publica**, [online], v. 16, n. 2, p. 307-317, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v16n2/v16n2a13.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

FERNANDES, R. A. Q.; NARCHI, N. Z. (Org.). **Enfermagem e saúde da mulher**. 2. ed. Barueri: Manole, 2013.

FERRAZ, D. A. S.; NEMES, M. I. B. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad Saude Publica**, [online], Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s240-s250, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001400006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 fev. 2017.

FERRAZ, D.; PAIVA, V. Sexo, direitos humanos e AIDS: uma análise das novas tecnologias de prevenção do HIV no contexto brasileiro. **Rev Bras Epidemiol**, [online], v. 18, n. suppl 1, p. 89-103, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050007>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00089.pdf. Acesso em: 2 nov. 2018.

FERREIRA, S. M. A. *et al.* Barriers for the inclusion of sexuality in nursing care for women with gynecological and breast cancer: perspective of professionals. **Rev Lat Am Enfermagem**, [online], Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 82-89, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3602.2528>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100082. Acesso em: 26 nov. 2016.

FLICK, W. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Alvo de Bolsonaro, educação sexual mira de doenças a gravidez precoce**. 2018. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/educacao/2018/12/na-mira-de-bolsonaro-educacao-sexual-mira-de-doencas-a-gravidez-precoce.shtml#conteudo>. Acesso em 29 dez. 2018.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saude Publica**, [online], Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003. Acesso em: 20 jan. 2017.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: a vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FREITAS, M. I. F. *et al.* **Projeto ATAR**: Abordagens Qualitativas - Entrevistas em Profundidade Representações Sociais de Homens Infectados pelo HIV acerca da Aids. In:

Guimarães, M. D. C. et al. (Org.). *Adesão ao Tratamento Antirretroviral no Brasil: Coletânea de Estudos do Projeto ATAR*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

FURLANI, J. **Mitos e tabus da sexualidade humana**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

GAGNON, J. H. **Uma interpretação do desejo**: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro: Garamond, 2006a.

GAGNON, J. H. A dimensão social da sexualidade. Entrevista concedida a Pesquisadorxs do Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos (CLAM). Rio de Janeiro, abr, 2006b. Disponível em <http://clam.org.br/busca/conteudo.asp?cod=1168>. Acessado em: 17 jul 2019.

GARCIA, O. R. Z.; LISBOA, L. C. S. Consulta de enfermagem em sexualidade: um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. **Texto & Contexto Enferm**, [online], Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 708-716, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300028>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300028&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 jan. 2017.

GIAMI, A.; MOREAU, E.; MOULIN, P. **Infirmières et sexualité. Entre soins et relation**. Rennes: Presses de l'EHESP, coll. Recherche, santé, social, 2015.

GIAMI, A. Permanência das representações do gênero em sexologia: as inovações científica e médica comprometidas pelos estereótipos de gênero. **Physis**, [online], Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 301-320, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-0707201200030002>. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838213006>. Acesso em: 26 jan. 2017.

GIAMI, A.; VEIL, C. **Enfermeiras frente à Aids**: representações e condutas, permanência e mudanças. Canoas: Ulbra, 1997.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of Grounded Theory**. Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine, 1967.

GLASER, B. G.; STRAUSS, A.L. **La méthode comparative continue d'analyse qualitative**. In: STRAUSS, A.L. *Qualitative analysis for social scientist*. New York: Cambridge University press, 1987.

GOMES, N. S.; LISBOA, C. S. M. Sexualidade e suas vicissitudes na escolha de vida religiosa consagrada. **Psicol Soc**, [online], Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 599-608, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p599>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822015000300599&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 30 jan. 2017.

GRANJEIRO, A.; CASTANHEIRA, E. R.; NEMES, M. I. B. A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o enfrentamento. **Interface (Botucatu)**, [online] v. 19, n. 52, p. 5-6, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100005. Acesso em: 12 mar. 2018.

GREIMAS, A. J. **Éléments pour une théorie de l'interprétation du récit mythique**. In: *L'analyse srcturale du récit*. Paris: Seuil, 1981. p. 28-65.

GUIMARÃES, E. M. *et al.* Lack of utility of risk score and gynecological examination for screening for sexually transmitted infections in sexually active adolescents. **BMC Med**, [online], v. 7, n. 8, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-7-8>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19284575>. Acesso em: 2 fev. 2017.

IVO, A. M. S.; FREITAS, M. I. F. Representações de corpo de pessoas com HIV/aids: entre a visibilidade e o segredo. **REME**, [online], v. 18, n. 4, p. 881-887, 2014. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140065>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/970>. Acesso em: 15 nov. 2018.

JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, [online], Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/04.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

JODELET, D. **Représentations sociales: un domaine en expansion**. In: JODELET, D. (Ed.) *Les représentations sociales*. Paris: PUF, 1989, p. 31-61.

JULIEN, J. O.; THOM, B.; KLINE, N. E. Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. **Oncol Nurs Forum**. [online]. v. 3, n. 37, p. E186-90, 2010. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.1188/10.ONF.E186-E190>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439204>. Acesso em: 10 fev. 2017.

KERR, L. *et al.* HIV prevalence among men who have sex with men in Brazil: results of the 2nd national survey using respondent-driven sampling. **Medicine**, v. 97, n. suppl 1, p. S9-S15, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29794604>. Acesso em 12 abr. 2018.

KERR, L. **Prevenção e tratamento da Aids são desafio no Nordeste**. Determinantes Sociais da Saúde. 2013. Disponível em <http://dssbr.org/site/entrevistas/prevencao-e-tratamento-da-aids-sao-desafio-no-nordeste/>. Acesso em: 22 dez. 2016.

KIELLBERG, L. H.; KOFOED, K.; SAND, C. The disease burden of human papillomavirus in men is substantial and can potentially be prevented. **Ugeskr Laeger**, [online], v. 175, n. 6, p. 349-353, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23402241>. Acesso em: 5 fev. 2017.

KINALSKI, D. D. F. *et al.* Grupo focal na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Rev Bras Enferm**, [online], Brasília, v. 70, n. 2, p. 424-429, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0424.pdf. Acesso em: 2 fev. 2017.

KOTRONOULAS, G.; PAPADOPOULOU, C.; PATIRAKI, E. Nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding provision of sexual health care in patients with cancer: critical review of the evidence. **Support Care Cancer**, [online], v. 5, n. 17, p. 479-501, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-008-0563-5>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19139928>. Acesso em: 3 fev. 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEITE, R. F. B.; VELOSO, T. M. G. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. **Saude Soc**, [online], São Paulo, v.18, n.1, p. 50-62, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 jan. 2017.

LIMA, T. M. *et al.* Vaginal discharge in pregnant women: comparison between syndromic approach and examination of clinical nursing practice. **Rev Esc Enferm USP**, [online], São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1265-71, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600002>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24626373>. Acesso em: 10 fev. 2017.

MALTA, M.; BEYER, C. The HIV epidemic and human rights violations in Brazil. **J Intern AIDS Soc**, [online], v. 16, n. 1, p. 18817, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3827457/>. Acesso em: 15 mar. 2018.

MANN, C. G.; MONTEIRO, S. Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais do município do Rio de Janeiro. **Cad Saude Publica**, [online], v. 34, n. 7, p. e00081217, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00081217>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000705009&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 nov. 2018.

MÁSSIMO, E. A. L.; SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Cienc Saude Colet**, [online], Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 679-688, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.14742014>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00679.pdf. Acesso em: 3 fev. 2017.

MATÃO, M. E. L. *et al.* Representações sociais da transexualidade: perspectiva dos acadêmicos de enfermagem e medicina. **Rev Baiana Saude Publica**, [online], Salvador, v. 34, n. 1, p.101-118, 2010. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-580880>. Acesso em: 2 fev. 2017.

MELLO, G. A. Quando os paradigmas mudam na saúde pública: o que muda na história? **Hist Cienc Saude Manguihos**, [online], Rio de Janeiro v. 24, n. 2, p. 499-517, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702017000200011>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702017000200499&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 20 jan. 2017.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafios permanente de algumas estratégias gerenciais. **Cien Saude Col**, [online], v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81231999000200006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 2 jul. 2018.

MERRYFEATHER, L. A personal epistemology: towards gender diversity. **Nurs Philos**, [online], v. 2, n. 12, p. 139-49, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1466-769X.2010.00469.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21371251>. Acesso em: 2 fev. 2017.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

NÓBREGA, D. O.; ANDRADE, E.R. G.; MELO, E. S. N. Pesquisa com grupo focal: contribuições ao estudo das representações sociais. **Psicol Soc**, [online], Belo Horizonte, v. 28, n. 3, p. 433-441, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-03102016v28n3p433>.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n3/1807-0310-psoc-28-03-00433.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2017.

OLTRAMARI, L. C. A construção social do desejo para as Ciências Sociais. **Rev Estud Fem**, [online], v. 15, n. 2, p. 491-501, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v15n2/a21v15n2.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Plataforma de ação. Cairo: ONU, 1994.

ONU. Organização das Nações Unidas. **IV Conferência mundial sobre a mulher**. Plataforma de ação. Pequim: ONU, 1995.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Orientações para o tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Genebra: OMS, 2005. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42782/9248546269_por.pdf?jsessionid=0530E792F9FFBE94F932707FDAF82378?sequence=2. Acesso em: 12 jan. 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. **Saúde e sexualidade de adolescentes**. Construindo equidade no SUS. Brasília: OPAS, MS, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexualidade_adolescente_construindo_equidade_sus.pdf. Acesso em: 12 nov. 2018.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Comunicaciones breves relacionadas con la sexualid.** OPAS, 2018. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49504?locale-attribute=pt>. Acesso em: 12 out. 2018.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, [online], Barbacena, v. 9, n. 17, p. 523-536, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272011000200002&script=sci_abstract. Acesso em: 15 fev. 2017.

QUINN, C.; HAPPELL, B. Talking about sexuality with consumers of mental health services. **Perspect Psychiatr Care**, [online], v. 1, n. 49, p. 13-20, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00334.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23293993>. Acesso em: 15 fev. 2017.

RANGEL, R. F. R. *et al.* Training for integral care: perception of Nursing teachers and students. **J Res Fundam Care**, [online], v. 9, n. 2, p. 488-494, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.488-494>. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5450/pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

REINO UNIDO. Oxford University. **Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research** (EQUATOR). Oxford, 2019. Disponível em <http://www.equator-network.org/library/resources-in-portuguese-recursos-em-portugues/professores/diretrizes-chave-para-relatar-os-principais-tipos-de-estudos-de-pesquisa/>; Acesso em: 15 jul. 2019.

REIS, S. L. A.; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Sci**, [online], Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihumansoc.v33i2.10256>. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/view/10256/0>. Acesso em 12 fev. 2017.

RODRIGUES, L. M. C. *et al.* Abordagem às doenças sexualmente transmissíveis em unidades básicas de saúde da família. **Cogitare Enferm**, [online], Curitiba, v. 16, n. 1, p. 63-69, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21113>. Acesso em: 10 fev. 2017.

ROHDEN, F.; RUSSO, J. Diferenças de gênero no campo da sexologia. **Rev Saude Publica**, [online], São Paulo, v. 45, n. 4, p. 722-729, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000038>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011005000038&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 25 fev. 2017.

ROMOREN, M. *et al.* Chlamydia and gonorrhoea in pregnant Batswana women: time to discard the syndromic approach? **BMC Infect Dis**, [online], v. 7, n. 27, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2334-7-27>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955709/>. Acesso em: 12 mar. 2017.

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P.; GIRÃO, M. J. Sexuality education in Brazilian medical schools. **J Sex Med**, [online], v. 11, n. 5, p. 1110-1117, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12476>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24612521>. Acesso em: 13 mar. 2017.

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P. Ensino da sexualidade na formação médica no Brasil. **Einstein (São Paulo)**, [online], São Paulo, v. 13, n. 1, p. 7-8, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015ED3306>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-13-1-vii.pdf. Acesso em: 22 mar. 2017.

SAMPAIO, J. *et al.* Gênero, sexualidade e práticas de prevenção das DST/Aids: produções discursivas de profissionais da saúde da família e de adolescentes do Vale do São

Francisco. **Psicol Teor Prat**, [online], São Paulo, v. 12, n. 2, p. 173-187, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000200012. Acesso em: 23 jan. 2017.

SANTOS ANDRÉ, F.; REGINA MARIA, V. L. Sexuality of postinfarction patients: diagnosis, results and nursing intervention. **J Clin Nurs**, [online], v. 23, n. 15-16, p. 2101-2109, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2504076>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SANTOS, L.V. **Aspectos que influenciam na atenção às infecções sexualmente transmissíveis sob a perspectiva de gênero**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande: Campina Grande, 2016.

SAUNAMÄKI, N.; ENGSTRÖM, M. J. Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. **J Clin Nurs**, [online], v. 23, n. 3-4, p. 531-40, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12155>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24118556>. Acesso em: 28 jan. 2017.

SEHNEM, G. D. *et al.* A sexualidade no cuidado de enfermagem: retirando véus. **Cienc Cuid Saude**, [online], Maringá, v. 12, n. 1, p. 072-019, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i1.16639>. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16639/pdf>. Acesso em: 13 abr. 2017.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na atenção básica em saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saude Debate**, [online], v. 38, n. especial, p. 94-108, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600094&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 20 abr. 2018.

SEIXAS, A. M. R. **Sexualidade Feminina**. São Paulo: Senac, 1998.

SILVA, S. E.D.; CAMARGO, B. V; PADILHA, M. I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**, [online], Brasília, v. 64, n 5, p. 947-512, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2017.

ESCOFFIER, J. Introdução. In: Gagnon, J. H. Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade. Rio de Janeiro (RJ): Garamond; 2006.

SIMON, W; GAGNON, J. H. Sexual Scripts: Permanence and Change. **Archives of Sexual Behavior**, Vol. 15, No. 2, 1986.

SIMON, W.; Gagnon, J. H. Sexual scripts. *Society*, [online], v. 22, n. 1, p. 53-60, 1984. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF02701260>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF02701260>. Acesso em: 22 nov. 2018.

SOUSA, M. L. B. **O lugar da atenção básica na política de saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, 2011. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1825/1/PDF%20-%20Maria%20Luciana%20Bezerra%20Sousa.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2016.

SOUZA, M. C. M. R. **Representações de profissionais da saúde mental sobre sexualidade de pessoas com transtornos mentais**. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2014.

SOUZA, C. M. R. S; FREITAS, M. I. F. Representações de profissionais da atenção básica sobre HIV/Aids. **REME**, [online], Belo Horizonte, v. 13, n. 4, p. 499-505, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000400013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400013. Acesso em: 9 fev. 2017

STEARNS, P. N. **História da Sexualidade**. São Paulo: Contexto, 2010.

TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. O. Experiências homossexuais de adolescentes: considerações para o atendimento em saúde. **Interface (Botucatu)**, [online], v. 19, n. 55, p. 1181-1191, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0504>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2015.v19n55/1181-1191/pt/>. Acesso em: 10 jan. 2018.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, [online], Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300013&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 11 jan. 2017.

TSAI, C. H. *et al.* The cost-effectiveness of syndromic management for male sexually transmitted disease patients with urethral discharge symptoms and genital ulcer disease in Taiwan. **Sex Transm Infect**, [online], v. 84, n. 5, p. 400-404, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/sti.2007.028829>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18426845>. Acesso em: 13 jan. 2017.

UNAIDS. **A ONU e a resposta à aids no Brasil**. Unaid: 2015. Disponível em <http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%20C3%8AS.pdf>. Acesso em 02 nov. 2016.

VAL, L. F.; NICHATA, Y. I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. **Rev Esc Enferm USP**, [online], São Paulo, v. 48, p. 149-55, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600021>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-149.pdf. Acesso em: 15 jan. 2017.

VASCONCELOS, C. R. P. **Aspectos organizacionais relacionados à atenção às IST com foco na gestão: um estudo transversal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande: Campina Grande, 2016.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface Comun Saude Educ**, [online], v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401089&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 2 fev. 2018.

VITIRITTI, B.; ANDRADE, S.M.O.; PERES J.E.C. Diversidade sexual e relações profissionais: concepções de médicos e enfermeiros. **Temas Psicol** [online], v. 4, n. 4, p. 1389-1405, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.4-11>. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n4/v24n4a11.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2017.

WHO. World Health Organization. **Defining sexual health**: Report of a technical consultation on sexual health. Geneve: WHO, 2006. p. 28-31. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf. Acesso em: 18 jan. 2017.

_____. **Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021**. 2016. Geneve: WHO. 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 21 dez. 2016.

_____. **Sexually transmitted infections**. Fact sheet Updated August, 2019. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Acesso em: 30 mai. 2019.

YIN, Y. P. *et al.* Syndromic and laboratory diagnosis of sexually transmitted infection: a comparative study in China. **Int J STD AIDS**, [online], v. 19, n. 6, p. 381-384, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1258/iisa.2007.007273>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18595875>. Acesso em 12 mar. 2017.

ZENG, Y. C.; LIU, X.; LOKE, A. Y. Addressing sexuality issues of women with gynaecological cancer: Chinese nurses' attitudes and practice. **J Adv Nurs**, [online], v. 2, n. 68, p. 280-92, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05732.x>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21658098>. Acesso em 10 mar. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está convidada(o) a participar da pesquisa intitulada Representações de enfermeiros(as) sobre sexualidade e suas implicações para a prevenção de IST/HIV, com a finalidade de contribuir para os avanços do conhecimento e na melhoria da atenção integral prevista no Sistema Único de Saúde, por meio de tese de doutorado elaborada no Programa de Doutorado Interinstitucional da Universidade Federal de Campina Grande e Universidade Federal de Minas Gerais, e de publicação de artigos em periódicos nacionais e internacionais.

Esclarecemos que:

- O presente trabalho tem como objetivo compreender representações de enfermeiros(as) sobre sexualidade e suas implicações para a prevenção das IST-HIV.
- Os procedimentos de pesquisa incluem a participação em entrevistas individuais e grupo focal, que serão gravadas em áudio, com o propósito de garantir a transcrição literal das informações. A duração das entrevistas será de acordo com o tempo necessário para que o(a) participante exponha suas falas de forma livre. Para o grupo focal está previsto um tempo máximo de três horas.
- Este material ficará sob a guarda da coordenadora da pesquisa e será inutilizado ao final de 5 (cinco) anos. O acesso ao material será somente aos pesquisadores do presente projeto.
- Será garantido o sigilo de informações que possam identificar o(a) participante do estudo, assegurando a privacidade e confidencialidade em todas as etapas da pesquisa e da divulgação de resultados.
- O estudo pode oferecer risco relacionado ao eventual desconforto durante as entrevistas, por falar de tema complexo e pessoal. As pesquisadoras lembram que, caso você se sinta incomodado com alguma questão, tem o direito de não respondê-la, mas lembra também que sua privacidade e seu anonimato estão garantidos desde a coleta e tudo que você dizer será tratado respeitosamente e no conjunto das demais entrevistas, não havendo nenhuma possibilidade de ser identificado.
- Os benefícios são indiretos e envolvem compreender e ampliar a discussão sobre as representações dos enfermeiros(as) sobre sexualidade enfocando as IST/HIV, contribuindo para construção de práticas mais resolutivas e que fortaleçam o controle desses agravos. Além disso, espera-se que os resultados possam contribuir para subsidiar ações visando à elaboração de propostas de qualificação da assistência de enfermagem aos usuários da ESF.

Rubrica da(o) participante

Rubrica da pesquisadora

- Às pesquisadoras caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando apenas os resultados do trabalho final, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Os dados coletados farão parte de Tese de Doutorado, podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros, tanto em nível nacional quanto internacional.
- O(A) participante poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos(às) participantes voluntários(as) e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos morais, físicos ou financeiros e, portanto, não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, você terá livre acesso aos resultados.
- Para esclarecimentos, antes, durante ou após o curso da pesquisa, você poderá contatar as pesquisadoras, bem como o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG ou da UFCG.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais. Endereço profissional: Av. Alfredo Balena, 190. CEP 30130-100 - Belo Horizonte/MG. E-mail: peninhabh@yahoo.com.br. Telefone: (31) 3409-9871.

Pesquisadora: Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais. Endereço Profissional. Av. Juvêncio Arruda, 795. CEP 58429-600 – Campina Grande/PB. Email: sheila.milena@gmail.com. Telefone: (83) 2101-1233

Comitê de Ética em Pesquisa - UFMG. Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG – Brasil. CEP 31270-901. E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Telefone: telefax (31) 3409-4592.

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro – UFCG: Rua Dr. Carlos Chagas S/N, São José, CEP: 58.107-670, Campina Grande, Paraíba. (83) 2101-5545 e (83)2101-5523. E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

Rubrica do(a) participante

Rubrica da pesquisadora

CONSENTIMENTO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ (PARTICIPANTE), C.I no., em pleno exercício dos meus direitos, aceito participar da Pesquisa intitulada Representações de enfermeiras(os) sobre sexualidade e suas implicações para a prevenção de IST/HIV, após ter lido e compreendido os objetivos da pesquisa e os demais esclarecimentos, inclusive meus direitos e, por estar de pleno acordo com o teor deste termo de consentimento livre e esclarecido, dato-o e assino-o em duas vias e uma delas ficará sob minha posse.

Campina Grande, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B – Ficha para identificação

Código de Identificação da Entrevista:			
Sexo:	Feminino	Masculino	
Idade:	Número de filhos:		
Identidade de Gênero:	Parceria(s) Sexual(is):		
Orientação Sexual:			
Graduação (Ano/conclusão):	Instituição Pública	Instituição Privada	Outra
Havia conteúdos sobre sexualidade: Sim Não			
Havia conteúdos sobre saúde sexual: Sim Não			
Havia conteúdos sobre IST/HIV: Sim Não			
Pós-graduação (Ano/ conclusão)	Instituição Pública	Instituição Privada	Outra
Havia conteúdos sobre sexualidade: Sim Não			
Havia conteúdos sobre saúde sexual: Sim Não			
Havia conteúdos sobre IST/HIV: Sim Não			
Atuação profissional	Instituição Pública/Local /Tempo	Instituição Privada/Local/Tempo	Outra/Local/T empo
Participou treinamentos/cursos sobre sexualidade: Sim Não			
Participou treinamentos/cursos sobre saúde sexual: Sim Não			
Participou treinamentos/cursos sobre IST/HIV: Sim Não			
Tempo de atuação nessa equipe:			

APÊNDICE C - Roteiro da entrevista individual

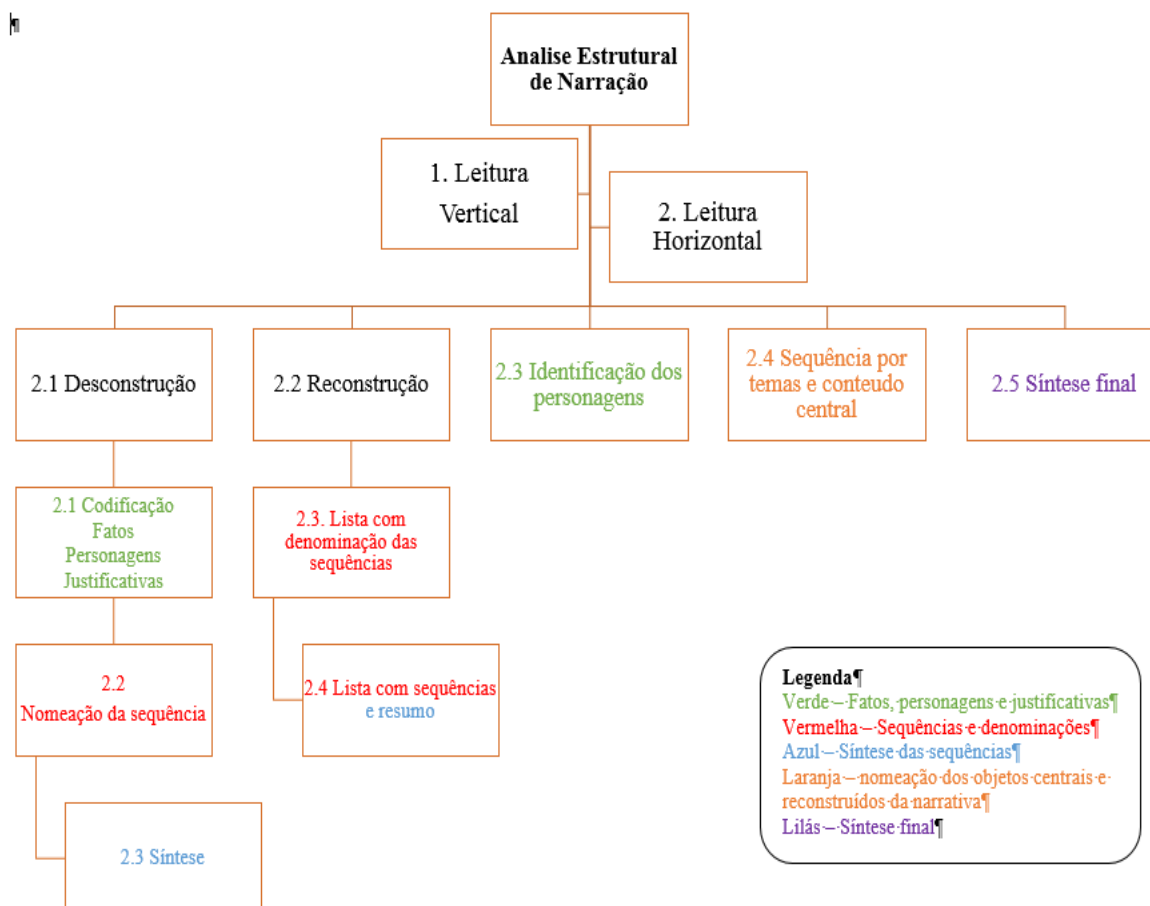
Nº Participante:		Data:
Local:	Duração:	
1. Questão Central		
<p>Fale-me sobre sexualidade e as IST/HIV, a partir das suas experiências. Conte-me o que quiser e como quiser. Vou te interromper somente para esclarecer ou aprofundar alguma ideia.</p>		
1.1 Tópicos de relance (Com quem, quando, como e por que surgiram esses temas?)		
<ul style="list-style-type: none"> • Infância • Adolescência • Vida adulta • Pessoas, instituições que contribuíram ou dificultaram • Dificuldades encontradas • Apoio ou incentivo encontrado • Cursos, capacitações realizadas 		

APÊNDICE D - Roteiro dos grupo focais

Nº Participantes:	Data:
Moderadora:	Observadoras:
Local:	Duração:
<p>1. Questão central</p> <p>Como são tratadas questões que envolvem a sexualidade e IST/HIV nas práticas de saúde no contexto profissional?</p>	
<p>1.2 Questões de relance:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A sexualidade faz parte das atribuições do(a) enfermeiro(a)? Se sim, como? • Em quais contextos se aborda questões de sexualidade na atenção à saúde? • Nos atendimentos quem inicia esse tema? Os(As) usuários(as) ou os profissionais? Como? • Quais usuários(as) demandam mais esse tipo de abordagem? Por que? Relacionado a qual situação? • Quais orientações costumam oferecer aos(às) usuários(as)? • Conversam com outros profissionais sobre esse tema? • O que os profissionais fazem para incluir esse assunto? • Se não inclui, por que não se inclui, e como poderia ser incluído? • Quais as facilidades para abordar a sexualidade na atenção à saúde? • Considera-se preparado para discutir esse tema? • Obteve curso ou capacitação sobre esse tema? Como foi? Quais as sugestões? • Quais as dificuldades para abordar a sexualidade na atenção à saúde? • Como ocorre a relação entre sexualidade e IST/HIV nos serviços? • Como avaliam aspectos relativos à sexualidade na atenção à saúde com foco nas IST/HIV? 	

APÊNDICE E - Análise Estrutural de Narração

Figura 1 - Esquema de Análise Estrutural de Narração (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997).



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2018.

APÊNDICE F – Entrevista individual e síntese das narrativas

Entrevista (E 35)

Minha infância foi muito boa, minha infância de criança, brincar no meio da rua, até as 10 horas da noite, lá no sertão. Então, a gente tinha a liberdade de brincar muito. Eu tinha muitas amizades, coisa de ir para a escola e vir sozinha com os irmãos, com os amigos da rua, rua de terra. Então, brincar de bola, de barra bandeira, de tudo, brincava muito. P1- irmãos P2- amigos F-brincar na rua na infância.

[Como era a questão da sexualidade nessa época?] Minha mãe nunca foi aberta para conversar nada comigo. Tenho duas irmãs mais velhas e um irmão mais velho, e também nunca conversaram nada comigo. Também nunca fui enxerida, de querer saber nada. Naquele tempo era muito bom porque a gente só brincava muito, brincava, brincava, colecionava papel de carta, porque eu só queria ser Simoni, porque eu era igual a ela. Então, assim, era muito voltado para a infância mesmo, tomar banho de açude, não despertava muito essa parte de sexualidade. P3-irmãs, P4-mãe P5-irmão F-falta de diálogo. J-brincar voltado a infância, não era enxerida, não despertava sexualidade.

Teve até um menino que se apaixonou por mim, acho que eu tinha 10 anos e eu disse: - meu filho, eu não posso porque eu preciso brincar. Mas brincava na frente de casa mesmo, brincavam meninos e meninas. Eu tive uma infância mesmo que a gente não vê hoje em dia, era infância de brincar. A gente não falava: - vou namorar! Fulano está apaixonado. Eu acho que me apaixonei, como toda criança, por um professor de educação física, mas era coisa de gostar muito daquele professor, mas nada de você ter vontade, e a escola não tinha como hoje em dia, a gente sabe que nas escolas. Estudei em escola pública a vida toda, não tinha esse negócio de ver fulano se agarrando, na hora do intervalo, no colégio mesmo, eu me lembro que era só brincar mesmo, eu não tive uma infância muito voltada para essa parte de despertar essa sexualidade. P6- menino P7 professor P8 meninas F- um menino se apaixonou por ela F- se apaixonou por professor J- não podia namorar, pois precisava brincar J- nada era nada demais F- não tinha coisa de ficar se agarrando na escola F- era só brincar F- não despertava para sexualidade. S1 – Experiências na Infância - brincar. Teve uma infância muito boa, com liberdade para brincar até tarde da noite no sertão. Nunca foi enxerida, não despertava para sexualidade. Não havia diálogo em casa, nem com a mãe e nem com irmãs mais velhas.

Meu pai era mais fechado do que mãe. [Mas ele te proibia ou encorajava brincar?] Não, brincar podia, só não ia nesse negócio de festa não, sair para festa. Ia para festa de quemesse, de final de ano, de padroeiro. Com eles, para parque, ia pra circo, levava a gente para os açudes, levava a gente para passear, passeava muito com a gente, dava liberdade de brincar na frente de casa, de ir para a casa dos vizinhos brincar, mas negócio de falar da parte sexual não. Minha mãe nunca falou de menstruação comigo. Quando eu menstruei aos 14 anos, chamei minha irmã, aí ela foi quem me disse o que era e como era, mas eu não sabia de nada. Assim, sabia que ia ter, mas não sabia como era, diferente do que eu hoje em dia. Já passei para [filhos(as)], que eu acho com 10, 11 anos a mais velha, eu até mostrava o que era um absorvente com sangue. Eu mostrei e disse de onde vinha e para que vinha, e escondi da mais nova até completar a idade de saber, mas minha mãe nunca conversou e meu pai muito menos. P9 pai F- pais levavam para passear F- dava liberdade para brincar F- mãe não falava

sobre menstruar F- irmã explicou menstruação F- hoje faz diferente com filhas(os) F- escondeu da filha(a) mais nova até ter idade de saber F- mãe não falava e pai muito menos.

Para você ter uma ideia eu fui criada com tanto pudor por minha mãe e até hoje ela não fica sem roupa na minha frente, veio ficar há 6 anos atrás porque precisou de uma cirurgia, e eu tinha que cuidar dela. E meu pai, eu nunca, nem de costas vi. O pudor deles dois é muito fechado e criou a gente muito fechado mesmo. [Mas eles recriminavam, proibiam, alguma coisa?] Eram tranquilos, não recriminavam, assim, não tinha esse negócio de viver reclamando não. [Só não podia ir para festa]. É. [Quando eles diziam, ele ou ela, diziam que não podiam, como eles diziam, como era?] Não dava certo ir, não precisa não. Minhas irmãs mais velhas iam porque também eram mais velhas dois anos e quatro anos. Eu não fui muito de festa não. (Então, não teve muito conflito?) Teve não. Foi, muito tranquilo. F- mãe não ficava sem roupa J- criada com pudor J- muito fechado F- não podia ir a festas J- era mais nova que as irmãs. **S2 - Experiências na Infância - criação.** Os pais levavam para passeios, davam liberdade, mas o tema sexualidade não era abordado. A mãe e, principalmente, o pai eram muito fechados. Foi criada com tanto pudor que a mãe não ficava sem roupa na frente dos filhos. Ela (a mãe) não explicou sobre menstruação. Quando aconteceu foi a irmã que orientou. Hoje faz diferente com (os)as filhos(as). Primeiro ensinou ao(a) de 10-11 anos, e escondeu do(a) mais novo(a) até completar idade.

Eu me lembro da minha escola do primário, a gente brincava menino com menina, não eram separados os meninos das meninas. Agora não era brincadeira de brincar voltado para esse lado de sexualidade, de despertar essa sexualidade, era brincadeira mesmo, adedonha, de brincar de correr, e tinha o lanche da própria escola. Eu me lembro também de quinta série, que é o sexto ano, sétimo, oitava, e assim, o intervalo a gente sentava, conversava, eu sempre tive amigos e amigas, a gente sempre teve um círculo e não tinha esse negócio de conversar. A medida que foi crescendo, 14, 15 anos, ia despertando mais, conversava mais coisas, mas muito tranquila, essa minha parte. P10-amigas F-brincava e conversava com meninos e meninas em conjunto F- aos 14, 15 anos foi despertando.

O que eu aprendi foi depois dos 15, 16 anos, no colégio e depois com a faculdade. [E na escola, você aprendeu o que, o que você lembra?] Nas aulas de ciências, biologia mesmo, corpo humano, estudando o corpo humano, que tinha, falava sobre as doenças que tinham, e vim aprender mais na faculdade e nem minhas irmãs que não conversavam essas coisas comigo, sobre isso, que eram pra conversar, duas mais velhas que eu, eram pra ter mais diálogo, mas não. [Entre suas amigas, quando você foi se tornando adolescente, vocês conversavam ou eram só brincando ainda?] Não, conversavam, uma arranjava um namorado, outro, mas interessante, é tão engraçado hoje em dia a gente ver menina de 17, 18 anos o namorado já é com relação [sexual], mas naquele tempo com 16, e a pessoa novinha ainda, 17 anos, 18, mas não tinha esse negócio de namorar já com relação não. [Então, elas não falavam sobre essas coisas?] Talvez falassem, eu não tenho muita lembrança de comentar, talvez falassem, mas não era uma coisa que só falava disso, acho que a gente falava mais de festa, de sair para dançar, com 17, 18 anos. F- aprendeu sobre corpo humano e doenças na aula de ciências F- aprendeu mais na faculdade F- acredita que era para as irmãs mais velhas terem conversado F- não falava muito de namoro, falava-se mais de festas, dançar. **S3-Experiências na adolescência (inexistência de diálogo sobre sexualidade).** Sempre brincou com meninas e meninos em conjunto, mas não falavam sobre essas coisas (sexualidade). Aprendeu sobre corpo humano e doenças na aula de ciências e depois na faculdade. Não pensava nessas coisas, falavam mais sobre festa e dançar.

[E sobre orientação sexual, homossexualidade, essas coisas, naquela época da adolescência, você já tinha contato, já tinha conhecido] Eu tinha um amigo, que como diz a história que tinha ‘as ferramentas’, mas a gente se dava muito bem com ele, e também tinha outro também, coisa de que, deixa eu ver aqui 15 anos eu tinha, 15, 16. Tinha outro que eu me lembro dele, quer dizer, ele chamava, o povo chamava, mas assim, não tinha discriminação, se era ou se não era homossexual, era coisa dele, mas andava com a gente para todo o canto, saía, um dia de tarde para as festinhas, clube, essas coisas, ou saía à noite para o São João de interior, essas coisas. Quase não tinha essas coisas de fulano, não. [Você disse que ele tinha ‘as ferramentas’, o que isso significa?] Não, naquela época era. (Era o que?) Só o jeito mais delicado de ser e o comentário que outras pessoas diziam, fulano saiu com ciclano, fulano é ou não é, não se falava que era gay ou não, mas não era como hoje tão declarado, era só mais delicado, conversava mais com a gente, que era tudo vizinho, o pessoal que falava, que cidade pequena é fogo. **F-amigo com ferramentas (homossexual) J- era mais delicado J- não era declarado nessa época. S4- Experiências na adolescência (homossexualidade). Tinha amigo que era mais delicado, tinha as características. Mas não tinha certeza se era homossexual, era assunto dele. As pessoas comentavam.**

[Mas vocês nunca chegaram a falar sobre namorado ou relacionamento com eles, com os meninos?] Não, não falavam não, não tinha muito, eu acho que eu era meio bobinha, não tinha muito esse despertar de estar falando sobre sexualidade. Ficava, ia para uma festa, as vezes, aí começava e ficava com um menino, mas o ficar pelo menos o meu antes, ficar, ia dançar, dava um beijo, ficava, mas não tinha esse negócio. Eu acho que foi tão bom meu tempo de paquerar, mandar cartinha, depois saber se ficava ou não ficava, não é esse negócio de chegou, colou e saiu, não. Mas era muito tranquilo essa parte de sexualidade. **F- tranquilo essa parte da sexualidade J- era bobinha e não se ligava em namorar. S5- Experiências na adolescência (paquerar e beijar). Não despertava para falar sobre sexualidade. A sexualidade na época da adolescência era tranquila. Na época só paquerava, mandava carta, não era como hoje, colou e saiu.**

[E na faculdade, como foi?] Em Saúde Pública a gente via alguma coisa, mas tinha disciplina, acho que professora X que deu essa disciplina para a gente. [Qual assunto?] De sexualidade, das DST, aí a gente começava a ver tudo, ver o corpo do homem, via todos os tipos de infecções e como pegava, como não pegava, como tratava, como não tratava. Não é como hoje em dia no ensino médio, tem escolas que já mostram tudo o que a gente viu, que eu pelo menos vi na faculdade e vim falar mais dessas DST no meu trabalho. **P11- professora F- estudou sexualidade, IST na disciplina de saúde pública. F- hoje aprendem mais cedo, no ensino médio. S6- Aprendizado na graduação. Uma professora abordou sexualidade, corpo do homem, IST, tipos de infecção. Hoje já aprende no ensino médio.**

Quando comecei a trabalhar, que trabalhava com a comunidade e dava mais palestras no grupo de planejamento familiar, foi quando conheci bem mais [Você estudou sozinha?] As DST foi. Eu me lembro muito quando terminei e fui trabalhar, fazia muito trabalho com a comunidade em cima. [Voltando mais para a faculdade, teve mais alguma outra disciplina?] Professor X, era muito aberto a conversar muito sobre isso. [Mas você se lembra?] Não muito. [E alguma experiência com paciente?] Só com as mulheres, quando vai fazer o citológico. [Na faculdade, você teve esse contato?] Na faculdade eu não realizei uma coleta de citologia, nenhuma, eu vim aprender sozinha, depois, eu e a paciente. Em clínica médica, era no HUAC, tudo muito no HUAC. A gente ia, não preparado psicologicamente para ir, para a aula de infectocontagiosa, que eu acho que a gente devia ter uma preparação psicológica. Depois eu fiquei pensando. Acho que foi até no tempo que eu falava com as meninas, que a gente ia para

dentro da sala das enfermarias com paciente de HIV e eles intimidavam a gente, como se eles porque tinham o vírus achavam que podiam intimidar. Eu me lembro muito bem dessas cenas, eles intimidavam a gente para. [Como eles intimidavam?] Diziam: “Você está com medo de vir tocar em mim? Pode vir que eu não vou fazer nada com você!” E a gente sabia que eles eram portadores do vírus e queira ou não, eu tinha 18, 19 anos, bem novinha. Hoje eu tenho 41, mas assim a globalização, a evolução do tempo hoje em dia é tudo tão acessível, tão aberto, mas naquele tempo não era. P12- mulheres P13- paciente P14- paciente com HIV F- paciente com HIV intimidavam J- tinham o vírus J- a gente sabia que tinha o vírus J- era muito nova J- não possuía preparo psicológico. [Como que você se sentia?] Eu tinha medo, as vezes de estar naquela sala, de doenças de infectar. Eu vim ter, tive contato no HUAC com tuberculose, mas depois perdi o medo quando comecei na vida profissional. Perdi medo de tudo, tuberculose, eu nem sei quais as doenças todas. [Você acha que teve um preparo?] A faculdade não prepara a gente. F- tinha medo de se infectar F- perdeu o medo ao começar a trabalhar F- a faculdade não prepara. Como a gente ia chegar lá? O que teria lá? Como a gente lidar com aquele paciente? Como é aquele paciente que você vai encontrar lá? Claro que cada paciente é diferente, mas vamos voltar para aquela época, há 18 anos atrás. Quer queira ou não queira, eram novos os casos de AIDS e DST, não era uma coisa tão comum, como a gente vê hoje em dia. Os VDRL positivos, os HIV positivos, há 18 anos atrás era uma coisa mais fechada, ninguém sabia tanto. Então, a gente ia sem saber Hoje em dia não tem a revolta que os pacientes soropositivos tinham de antes, antes eles eram mais revoltados, hoje em dia não, você vê um soropositivo, as vezes eles conversam. F- não era comum como hoje J- há 18 anos era mais fechada J-ninguém sabia F-hoje não tem a revolta que os pacientes tinham F- hoje as vezes eles conversam. **S7- Aprendizado na graduação- experiência com HIV.** Teve experiência com paciente soropositivo que tentava intimidar por ter o vírus HIV. Não tinha preparo psicológico para essa situação. Tinha medo de se infectar. Era muito nova e a faculdade não preparava. Hoje não tem mais a revolta que eles tinham, as vezes até conversam. Embora tenha pouco contato com paciente soropositivo.

[Você tem contato com eles?] Não, eu só tive no treinamento que eu fiz, pelo menos na minha já tinha paciente com soropositivo de eu até coletar citológico dela e ela me dizer que era soropositivo. [E como foi a sua reação?] Foi muito boa. A vivência profissional, as vezes as palestras e você ir conhecendo a fundo. Eu recebi ela muito bem, não tive problema, não dobrei luva e nem máscara e nem gorro, porque antigamente você para entrar em uma sala, você colocava duas máscaras, dois gorros. Foi muito tranquilo, e ela me disse, como eu já sabia porque a própria ACS foi quem me contou a história do marido que traiu. O marido tinha falecido, era soropositivo e ela era, e a ACS quem convenceu para ela vir fazer o exame comigo e ela disse: “eu vou, tudo bem.”; Foi tranquilo, não tive o que eu tinha há 18 anos atrás, nem chegou perto, hoje em dia é muito tranquilo, você ter um soropositivo, saber que ele é, e você realizar um procedimento, até por conta, eu acho, da própria, entre aspas, uma aceitação que eles têm, que eu acho que há 18 anos era até uma revolta. P15- usuária P16- soropositivo P17-ACS. F- usuária soropositiva na vivência profissional F- atendeu muito bem J- tinha participado de curso, conhecia a fundo F- ACS contou a história toda antes F- hoje o próprio usuário aceita mais. **S8-Profissional- experiência com HIV.** Durante a experiência profissional atendeu uma usuária soropositiva e foi não teve problema. Atendeu a usuária muito bem, pois a ACS havia contado antes toda a história, como também tinha participado de curso. Acredita que o HIV é mais aceito pelo usuário hoje em dia.

[Então essa paciente que você tinha, ela aceitava o problema de la] Assim, aceitava porque não tinha o que fazer, mas triste porque foi o marido, foi uma traição, até a parte psicológica dela muito abalada.

[Você acha que ela adquiriu essa bagagem, esse conhecimento, perdeu esse medo a partir do conhecimento, por onde, como?] No trabalho. [Como?] Acho que assim, as educações permanentes sobre o assunto, ir visitar o CTA. [Você foi?] Já fui. Foi um treinamento. Visitei o daqui, mas quando trabalhava em outro estado também, minha amiga antigamente no tempo do Presidente de Fernando Henrique, a gente tinha treinamentos, muitos! Minha bagagem todinha de aprendizado, abordagem sindrômica, me abriu muito os olhos para DST, você fazer um curso de 1 semana só sobre abordagem sindrômica. [Você fez?] Em tal estado, entre 2001, 2002, 2003 até 2003, a gente tinha uma saúde pública de qualidade. Então, era investido, eu tinha curso de Hanseníase, de Tuberculose, foi quando eu aprendi muito mais profundo sobre as infecções e tinha muito contato com o paciente de hanseníase, tuberculose, HIV. Dessas doenças era muito mais tranquilo, foi mais aprendizado de cursos que eu fiz e de contato realmente com o paciente e tratar e cuidar e foi mais durante o trabalho. Agora isso quando a saúde pública tinha investimento, que hoje em dia não tem, a gente faz um curso quando está sobrando as verbas que vêm do governo federal pra dizer que tem que gastar, colocando curso de 1 dia, mas a gente não faz um curso e aprofunda, pelo menos eu vejo assim. F-adquiriu experiência como profissional por meio de cursos entre 2001 e 2003 em outro estado F- antes havia mais investimento em cursos F- hoje em dia não há investimento. J- a gente faz um curso quando está sobrando verba, curso de 1 dia.

Eu acho que o conhecimento que eu tenho é suficiente, mas assim, sempre é bom, sempre tem coisa nova no mercado, sempre é bom você está se atualizando, apesar de ter também a internet. Quem quiser vai atrás, mas eu acho que a internet afasta a gente de ter contato, eu prefiro ter lá um treinamento, uma coisa que você tem, ver, pega, do que está lá sozinha estudando. Mas assim, graças a Deus, dá para eu estar resolvendo, chegando sempre ter o colega profissional, na sala ao lado, médico, e a gente discute um caso ou outro, mas é bom ter sempre atualizações, acho que todo profissional sempre precisa, deveria se investir nisso. P18- médico F- os cursos que fez são suficientes para assistir F- sempre tem coisa nova, é bom atualizar-se J- tem a internet J- precisa ser contato F- tem o médico. S9-Profissional- cursos realizados. Aprendeu sobre IST/HIV fazendo cursos quando formada, entre os anos de 2001 e 2003. Aprendeu mais nos cursos e propriamente no cuidado de pacientes com Hanseníase, Tuberculose, HIV. Hoje em dia não há investimento. Os cursos ocorrem quando há dinheiro sobrando, mas são cursos de um dia. Acredita que o que sabe é suficiente para assistir, mas que apesar de ter internet como fonte de informações e o profissional médico como apoio, sempre é bom atualizar-se por meio de cursos.

[quer acrescentar mais alguma coisa do tempo da faculdade?] Fundamentos da enfermagem era com X, mas não abordava sexualidade não, que hoje em dia é semiologia. No meu tempo era fundamentos, mas lembrei só por questão de fazer procedimentos nos meus pacientes, mas que você tira, queira que não queira, a privacidade do paciente. [Então, o que a professora ensinou sobre isso?] O paciente é o ator principal, tinha tudo que ser voltado para o paciente. Jamais poderia ser exposto, principalmente, se você fosse realizar algum procedimento que fosse questão até de pudor para eles assim, para que eles se sentissem protegidos. Só essa parte assim, mas não falava de questão de sexualidade não. F- fundamentos de enfermagem abordava procedimentos F- manter a privacidade F- não abordava sexualidade. S10- Aprendizado na graduação. Teve a disciplina de fundamentos de enfermagem que abordava procedimentos, preservar a privacidade e o pudor do paciente, mas não tratava de sexualidade.

[Vou falar um pouco da sua atuação] De 1999 a 2008 trabalhei no estado X, de 2008 a 2011 em X e de 2011 até o presente momento aqui Sempre foi ESF, em outro estado eu tive

experiência como enfermeira de um hospital de médio porte, como enfermeira supervisora, tinha a ESF, nesse estado tive experiência com vigilância sanitária, com secretaria de saúde no departamento de Atenção à Saúde. Era muito bom, pense que estado bom de coisa, mas graças a Deus es tou na Paraíba. Também gosto demais, tenho o meu, posso reclamar não.

(Fala da demanda que você costuma atender] Hipertenso, diabético e saúde mental. Eles não falam sobre sexualidade. Só peço mais profundo, acho que o PSA total e livre, poucos falam a respeito de alguma doença, a não ser o reumatismo, se fuma ou se bebe, poucos eu acho que eu não tratei e não encaminhei nenhum paciente do sexo masculino, relacionado a DST, não são de se abrirem. Não tem o grupo de saúde do homem, não fiz assim, não tem, poucos são de se abrirem. P19- Hipertenso P20- diabético F1- eles não falam F- peço exames F- não atendi homem com IST. **S 11- Atenção ao homem.** Atende hipertenso, diabético e paciente de saúde mental, eles não falam. Só de PSA. Poucos falam sobre doença, nunca encaminhou paciente do sexo masculino com IST.

As vezes quando vem um homem para o pré-natal ou faço uma visita domiciliar na mulher no puerpério. Então, eu falo: - olhe, quando for ter relação sexual só com 45 dias! Ou durante o pré-natal, eu falo alguma coisa assim se o esposo estiver ali, ou se o companheiro estiver, porque estão os dois, mas mesmo se não estivesse, mas nunca me chegou nenhum paciente para dizer: “olhe eu vim porque estou com isso, na sua parte de sexualidade, de DST. [Por que você acha que não chega]? Não, agora a pessoa falando vai surgindo. F- aborda quando vem para o pré-natal ou visita domiciliar no puerpério F- orienta coito após 45 dias F- nunca o homem vem falar sobre sexualidade e IST. **S 12- Atenção ao homem (por meio da mulher).** Tem contato com paciente do sexo masculino no pré-natal ou em visita domiciliar de puerpério. Nunca teve paciente com queixa de sexualidade.

Você acredita que chegou um paciente esse ano já, queria o teste do HIV, e eu aproveitei e pedi todas as sorologias para ele, e eu orientei, distribui, entreguei camisinha, ele achava que era a namorada que tinha traído. Ele no começo não falou muito, só que eu fui conversando e puxando e falando mais um linguajar para que abrisse mais para poder ir falando. Foi quando começou a falar que achava que era a namorada que tinha AIDS, mas eu pedi as sorologias dele todas e entreguei preservativo e orientei. Era novo, tinha uns 20 e poucos anos. [E como foi para você, falar com ele, sobre isso?] Foi tão tranquilo, sem pudor, sem problema e que eu acho que ele é até usuário de drogas e tudo, mas assim, não acho não, ele é, ele até disse que eu falei de seringa e ele disse que não usa seringa não, mas eu falei. Hoje em dia é muito tranquilo para falar, muito. F-atendeu homem que queria teste HIV F- pediu todas as sorologias F- orientou F- ele achava que namorada tinha traído. **S 13- Atenção ao homem (prevenção HIV).** Lembra que teve um usuário que a procurou para realizar teste HIV. Aproveitou para solicitar todas as sorologias, orientou e entregou preservativo.

[Porque hoje em dia é mais tranquilo?] Talvez a idade, talvez a segurança de você conversar. Do dia-a-dia, da maturidade, de ser mãe, de educar os filhos, de ser esposa, ter um companheiro para conversar dessas coisas. Eu converso até com meu esposo, pergunto até dúvida, alguma coisa que a minha paciente as vezes me pergunta alguma coisa do marido, depois pergunto a meu esposo, tem que saber do homem, que o marido dela não diz a ela, aí vou saber do meu. P21- esposa P22- companheiro P23- marido P24- esposo. F- Falou sem pudor, sem problema F- ele é usuário de drogas F- falei da seringa F- hoje é tranquilo falar J- maturidade, ser mãe, educar filhos J- ter companheiro para falar sobre isso. **S 14- Segurança para falar sobre sexualidade.** Acredita que atualmente tem mais segurança para conversar

sobre essas questões, pois tem mais maturidade, é mãe, esposa, tem um companheiro com quem conversa sobre isso.

[Diz um exemplo do que você pergunta] Ejacular rápido demais que elas reclamam, o meu esposo não me procura. Elas se queixam que 'ele' não me procura, as vezes eu digo: - ei amor, a minha paciente chegou no consultório assim e assim, eu falo, e as vezes conto alguma coisa, mas as vezes eu vou atrás na internet de alguma coisa para saber, ou converso com a médica, mas tem coisa que a pessoa pergunta ao marido, já que é homem, e diz como é que acontece, tem o laboratório em casa. [Isso te ajuda a dar orientação?] Ajuda, é tranquilo hoje em dia, a maturidade do que você vivencia no seu trabalho, é muito bom. F- pergunta ao marido sobre questões sexuais F- pergunta a médica F- lê na internet. **S15- Fonte de informação sobre sexualidade.** Pergunta ao esposo sobre questões sexuais trazidas por usuárias, outras vezes pergunta a médica ou lê na internet.

[Como é que esse paciente HIV chegou até você] Chegou na recepção, queria fazer o teste rápido do HIV, aí eu não tinha aqui, e não tenho. Eu disse: - vou pedir as sorologias. E disse a ele que podia fazer o teste rápido, mas que podia dar para ele a sorologia todas que ele pedia. Então, foi demanda dele. [Ele mesmo enfrentou a recepção?] Foi O paciente foi demanda espontânea. [O que você acha dos demais paciente homens? Eles não falam nessas questões porque eles não tem problema ou porque por outro motivo?] Acho que é por outro motivo. [Quais você supõe?] Eles têm vergonha de falar, acha que chegar para uma mulher e falar, ficam encabulados, ou a criação, principalmente se for senhores, hipertensos, diabéticos, de saúde mental, a criação deles mesmo não é de estar conversando sobre sexualidade com ninguém. F- homem tem vergonha J- criação, principalmente, dos mais velhos. **S16- Atenção ao homem (homem tem vergonha).** Os homens têm vergonha de falar, falar para uma mulher, principalmente os senhores.

[Mas porque você não pergunta?] Não sei. Pergunto tanta coisa as vezes, pergunto se bebe, se fuma, se trabalha, até pergunto com quem mora, quem faz a comida, principalmente se for hipertenso e diabético, mas não pergunto nada de sexualidade não. Será que eu também tenho o pudor de perguntar? Vai que eu não esteja aberta ainda para querer saber. [Querida que você tentasse refletir um pouquinho] A academia talvez não tenha estimulado a gente a fazer essa entrevista também, e eu também na minha vivência mesmo tendo feito alguns cursos em X estado também, talvez tenha deixado passar despercebido investigar essa parte sexual no homem. F- não pergunta sobre sexualidade F- se questiona se tem pudor J- a academia não estimula **S17- Atenção ao homem (tem pudor)** Não questiona os pacientes sobre sexualidade. Se pergunta se também não tem pudor de perguntar, talvez não seja aberta. A universidade não prepara e mesmo fazendo cursos, pode ter passado despercebido a investigação do homem nesse âmbito.

[Você acha que seria um tema que eles queriam falar, os idosos por exemplo] Teriam, eu acho que teriam porque as vezes eles sentem vergonha, mas tem lá suas dúvidas guardadas com eles e a gente até lendo sabe que está tendo um alto índice de DST na terceira idade. A partir dos 60 estão acontecendo mais divórcios, os homens com 60 achando que tem 20, haja mulher novinha, e o alto índice de DST nessa faixa etária e quando são separados, vai atrás e ainda leva para a mulher em casa. Mas não, não abordo não. F- homem tem dúvidas J- homem sente vergonha F- idosos estão expostos **S18- Atenção ao homem (idoso tem risco para IST).** Acha que ele tem vergonha, embora tenham dúvidas. Por outro lado, sabe-se do aumento de casos de IST no idoso, o aumento no número de divórcios e as relações com pessoas mais jovens, além da infidelidade. Mas, mesmo assim, não aborda.

(Mais alguma população masculina?) Tem de saúde mental, alguns que vêm. [Chegam a perguntar?] Não, não. Oriento quanto a medicação, e é porque tem medicações que aumentam a libido, que eu sei. Não que eles tenham colocado assim para mim, mas eles vêm mais quando é pra atualizar algum cartão ou para receita que tem que pegar com a organização aqui do serviço mesmo, mas não é comentada e quando a gente faz o grupo de saúde mental, que faz as palestras, não é abordado não. **F- paciente de saúde mental não fala F- a gente não aborda sexualidade. S19- Saúde mental (não aborda).** No caso dos pacientes de saúde mental, tem as medicações que aumentam a libido, mas eles não falam sobre esse assunto. Também não aborda nas ações que faz.

E têm homens no grupo, no tempo de novembro azul a gente também só faz palestras só sobre PSA total e livre e acabou. Se pede ainda os hemogramas, colesterol, mas ninguém pede os VDRL, nem VDRL, o mínimo não se pede, de nenhum homem. [Por que?] Porque a cultura não deixa, porque a gente não é estimulado, a gente não é orientado, e a gente mesmo que deixar passar despercebido, displicência mesmo, eu espero que tenha alguns homens médicos e enfermeiros homens que estejam fazendo essa parte. **F- pede exame no novembro azul, mas não para IST J- não é estimulada F- espera que médicos e enfermeiros homem abordem com homens. S20- Atenção ao homem (oferta de exames).** No novembro azul, fala sobre PSA e outros exames, mas nem VDRL oferta. **S21- Atenção ao homem (cultura não deixa).** Acha que não faz isso porque a cultura não deixa, não fomos estimulada e orientada. Espera que médicos e enfermeiros do sexo masculino façam essa parte.

(Você acha que é por conta do sexo?) As vezes o homem se abre mais com homem, do que com a mulher, **F- homem fala com homem S22- Atenção ao homem (homem fala com homem).** Homem se abre mais com homem. Porque as mulheres que vêm para citológico, para saúde da mulher comigo, elas falam de tudo, tem hora aqui da tarde ou de manhã que é uma sexologia só. Então, elas têm mais abertura, e assim, eu noto também que eu me abro mais, as vezes as senhoras menopausadas, eu entro mais no assunto que a gente sabe das dificuldades delas para a relação sexual, as vezes eu entro mais no assunto com elas, do que elas se abrirem comigo, mas com homem eu mesmo não. **F-mulher fala no citológico F- se abro mais também J-sabe das dificuldades delas S23- Atenção a mulher (mulher fala).** A mulher fala tudo, tem mais abertura e se, também, abre mais.

[O que as mulheres falam?] Porque não tem vontade de ter relação, porque o marido é grosso, não é carinhoso, porque não sentem prazer, porque sentem dor na relação sexual, e muitos aspectos psicológicos que envolve tudo isso delas assim [O que você costuma fazer com elas?] Se vejo essa necessidade, tem a psicóloga e encaminho, tento orientar em tudo que eu sei enquanto enfermeira, enquanto esposa, mulher, enquanto eu estudei, enquanto eu aprendi, eu vou tentando. Elas falam: “ele é bom, mas não sinto vontade, ele é um marido bom, trabalhador, mas eu sou meio fria”. Eu falo: - mulher para apimentar a relação, faz um jantarzinho, sai com o teu marido, anda pegado na mão, dá bom dia, um beijinho, boa noite um beijinho, quem salva o casamento é a mulher, não é o homem, o homem é morto, as vezes a conversa sai muitas assim, muito tranquilo mesmo com elas. **F- as mulheres têm queixas sexuais F- encaminha para psicóloga F- orienta como enfermeira F- quem salva casamento é a mulher F-homem é morto. S24- Atenção a mulher (trazem queixas sexuais).** As mulheres trazem queixas sexuais. Quando há necessidade encaminha para psicóloga, mas como enfermeira, esposa e mulher, orienta. Relata que mulher apimenta a relação, que quem salva o casamento é a mulher e que homem é morto.

[Em quão situação encaminha para psicóloga?] Situação do tipo que eu já tive que para fazer o citológico foi muito sufoco. Porque a relação sexual para ela, quando ela casou até hoje era um trauma, e que ela não se sentia aberta com o marido para ter relação, mas ter que fazer o citológico por obrigação. Faz por obrigação, mas que é traumático para ela, isso foi o mais gritante que eu encaminhei e toda vez que ela vem no psicólogo, vez ou outra passa por mim e ela fala, está mais tranquilo. Esse foi um dos casos mais graves que eu encaminhei, outras vezes são senhoras mesmo que precisam de um apoio psicológico para tentar entender ou conviver com o marido, até na parte de sexualidade mesmo. **F- mulher com queixa sexual F-encaminhou para psicólogo. S25- Atenção a mulher (quando encaminha). Encaminhou um caso de uma mulher com trauma sexual com relação ao marido.**

[Com relação as DST com essas mulheres, como ocorre?] No pré natal ocorre, a gente pede todas as sorologias, e as mulheres de citológico o foco é menos, até porque a gente não é estimulado pela própria secretaria. Tem a questão de recursos para solicitar Hepatite B, Hepatite C, solicitamos mais VDRL e HIV delas como exames. [Se vocês pedirem, recusam?] Não é rotina. [Mas se pedir, faz?] Faz, mas eu já vi colegas dizerem que voltam, mas se pedir faz. F-solicita exames para IST no pré-natal apenas J- a secretaria não estimula devido a recursos. **F-pede exames para IST no pré-natal J- a secretaria não estimula solicitar para as demais S26-Atenção a mulher (solicitação de exames IST). Em relação a exames de detecção de IST, solicita apenas no pré-natal, pois a secretaria de saúde não incentiva em razão dos recursos, mas se pedir, é realizado.**

[Elas queixam de DST?] Não, só as leucorreias da vida, talvez eu já tenha pego um condiloma e encaminho para um ginecologista, para um ISEA. Condiloma em gestante, já tive, VDRL positivo no estado X, eu tive. Aqui não. Gardnerella eu tive, mas não é DST, não tem nada a ver. **F- não queixam com frequência de IST. S27-Atenção a mulher (casos IST). Já atendeu caso de condiloma e VDRL, mas são mais leucorreias e gardnerella.**

[Quando é DST, que você faz?] Chamo o colega médico, que está do lado para poder discutir o caso, e na maioria das vezes trata ou encaminha a depender. Ele trata, ela no caso, a médica. **S28-Atenção a mulher (encaminha IST para médico). Caso de IST encaminha para o médico.**

[E no caso com o parceiro, como é?] O parceiro ou a parceira a gente tem que chamar para poder conversar, já chamei até VDRL positivo de gestante e o dele ainda por cima deu negativo. A gente pega o dela de novo e faz os outros, mas tem que abrir e conversar e explicar em uma boa. Graças a Deus, como eu digo, a maturidade dá para você ir conversando com os seus pacientes, e dá para você ir tentando organizar as situações. **F-chama parceiro para conversar F-explica numa boa. S29-Atenção à mulher (parceiro IST). Nos casos de mulher com VDRL, chama o parceiro para conversar numa boa. A maturidade faz com que converse e organize as coisas.**

[O que vocês tem de material que teste?] Nenhuma, eu estou nessa unidade há 1 ano e na outra unidade tinha mais que era só para gestante. Depois que eu saí que abri para fazer para a população em geral, fazia hepatite B, hepatite C, VDRL e HIV. [Você faz pedido ou não tem?] Não mandam. Agora ficou dito que iam mandar para todos os postos, que tem até os testes rápidos que não precisa mais estar em geladeira, mas até agora não chegou, não por falta de pedido, mas que não veio. **S30-Atenção à mulher (falta testes IST). O material para teste de IST é restrito a gestante.**

[Com relação a medicação, tem?] Nenhuma, nenhuma para DST. Tem azitromicina. Graças a Deus também não chega resultado de citologia, não chegou ainda com tricomonas. Só chega gardnerella, que nenhuma é sexualmente transmissível, a trichomonas a gente ainda trata o parceiro, mas a gardnerella não. Se eu vir uma leucorreia que me indique que ela tem uma clínica de candidíase, eu mesmo trato. Tem fluconazol e miconazol, porque candidíase não é uma DST; Para tratar, trato sim, tenho fluconazol, metronidazol e miconazol. Cândida eu trato na hora, coleteo e trato. Gardnerella é muito subjetivo, se você achar só o odor que as vezes quando estou colhendo, eu coloco o registro na ficha e no livro, esperando que o resultado venha e não vem. Eu digo, mas rapaz tinha tudo para ser uma gardnerella. Várias vezes eu digo: -mas rapaz, será que eu não reconheço uma gardnerella? **S31-Atenção à mulher (medicamento IST).** Trata alguns problemas como candidíase e outras encaminha para o médico.

[Atende a adolescente?] Só as gestantes, que eu tenho, 16,17,18,19 anos. Não tenho muito, não tenho demanda espontânea e nem também busco adolescentes para um atendimento, nem orientação sexual e nem de DST. [E como está sendo a questão da vacina do HPV? A demanda que chega, as ACS divulgaram para os meninos de até 14 anos, as meninas também. As meninas têm 14, os meninos 13, 11 anos e 29 dias, a demanda que chega, mas as ACS sabem que é para enviar e eles vêm [Os meninos vêm?] Estão chegando e fazem. [E eles aceitam?] Estão sim, as mães têm o maior prazer de trazer, de vacinar os filhos. [Tanto as meninas quanto os meninos?] Estão sim. **S32-Atenção ao Adolescente.** Atende adolescente como gestante e para vacinar. Eles não buscam por demanda espontânea e também não faz busca ativa.

[Teve alguma demanda em sexualidade ou IST com crianças?] Não, não. Nesse tempo todinho, graças a Deus e eu espero que não chegue, porque é complicado de você lidar. Talvez eu não tenha um preparo, e eu precisaria da equipe multiprofissional para estar comigo em uma situação dessa, porque eu sei que não é uma situação fácil, porque depois que você é mãe, aí você diz: - poxa! Eu não acredito que ele fez isso com o próprio filho ou com o vizinho. Eu acho que é uma situação, graças a Deus nunca passei, nem na minha família, de nenhum algo desse tipo, mas é porque a gente ver tanta coisa em televisão que você vai criando, sei lá. Mas assim, Deus permita que não chegue e se chegar aqui, Deus tome a frente e faça com que eu conduza da melhor maneira possível. **S33-Atenção à criança.** Nunca tive caso de abuso sexual com criança, também não teria preparo. Precisa de uma equipe multiprofissional.

[Tem alguma coisa que queira acrescentar?] Não, tenho não, foi bom demais.

Síntese do conteúdo das sequências

S1 – Experiências na Infância - brincar

Teve uma infância muito boa, com liberdade para brincar até tarde da noite no sertão da Paraíba. Nunca foi enxada, não despertava para sexualidade.

S2 – Experiências na Infância - criação

Os pais levavam para passeios, davam liberdade, mas o tema sexualidade não era abordado. A mãe e, principalmente, o pai eram muito fechados. Foi criada com tanto pudor que a mãe não ficava sem roupa na frente dos filhos. Ela (a mãe) não explicou sobre menstruação. Quando

menstruou foi a irmã quem orientou. Hoje faz diferente com os(as) filhos(as). Primeiro ensinou ao(a) mais velho(a), com 10-11 anos, e escondeu do(a) mais novo(a) até completar idade para aprender também.

S3 - Experiências na adolescência - inexistência de diálogos sobre sexualidade

Sempre brincou com meninas e meninos em conjunto, mas não falavam sobre essas coisas (sexualidade). Aprendeu sobre corpo humano e doenças na aula de ciências e depois na faculdade. Não pensava nessas coisas, falavam mais sobre festa e dançar.

S4- Experiências na adolescência - homossexualidade

Tinha amigo que era mais delicado, ele tinha características homossexuais. Mas não tinha certeza se era homossexual, era assunto dele, mas achava que era porque as pessoas da cidade comentavam.

S5- Experiências na adolescência - paquerar e beijar

Não despertava para falar sobre sexualidade. A sexualidade na época da adolescência era tranquila. Na época só paquerava, dava um beijo, mandava carta, não era como hoje.

S6- S6- Aprendizado na graduação - sexualidade

Uma professora abordou sexualidade, corpo do homem, IST, tipos de infecção. Hoje já aprende no ensino médio.

S7- Aprendizado na Graduação- experiência com HIV.

Teve experiência com paciente soropositivo que tentava intimidar por ter o vírus HIV. Na época não tinha preparo psicológico para essa situação. Tinha medo de se infectar. Era muito nova e a faculdade não preparava. Hoje não tem mais a revolta que eles tinham, as vezes até conversam.

S8- Profissional- experiência com HIV

Atendeu uma usuária soropositiva e foi não teve problema. Atendeu a usuária muito bem, pois a agente de saúde havia contado antes toda a história de como ela se infectou. Nessa época já havia feito curso e soube conduzir. Acredita também que o HIV é mais aceito pelo usuário hoje em dia.

S9- Profissional- cursos realizados

Aprendeu sobre IST/HIV fazendo cursos entre os anos de 2001 e 2003. Acredita que hoje em dia não há investimento. Os cursos ocorrem quando há dinheiro sobrando, mas são cursos de um dia. Acredita que o que sabe é suficiente para assistir, mas que apesar de ter internet como fonte de informações e o profissional médico como apoio, considera importante atualização por meio de cursos.

S10- Aprendizado na graduação

Teve a disciplina de fundamentos de enfermagem que abordava procedimentos, preservar a privacidade e o pudor do paciente, mas não tratava de sexualidade.

S11- A atenção ao homem

Relata que o homem hipertenso, diabético e paciente de saúde mental não trazem demandas sobre sexualidade e IST. A abordagem para a especificidade do homem e a solicitação do Antígeno Prostático Específico (PSA). Os homens não trazem demanda e nunca encaminhou paciente do sexo masculino com IST.

S12- A atenção ao homem – por meio da mulher

Tem contato com paciente do sexo masculino no pré-natal ou em visita domiciliar de puerpério, mas nunca foi apresentada queixa de sexualidade.

S13- Atenção ao homem - prevenção HIV

Teve um usuário que a procurou para realizar teste HIV. Aproveitou para solicitar todas as sorologias, orientou e entregou preservativo.

S14- Segurança para falar sobre sexualidade

Acredita que atualmente tem mais segurança para conversar sobre questões de sexualidade, pois tem mais maturidade, é mãe, esposa, tem um companheiro com quem conversa sobre isso.

S15- Fontes de informação sobre sexualidade

Pergunta ao esposo sobre questões sexuais trazidas por usuárias, outras vezes pergunta a médica ou lê na internet.

S16- Atenção ao homem - homem tem vergonha

Os homens têm vergonha de falar sobre sexualidade para uma mulher, principalmente os senhores.

S17- Atenção ao homem - tem pudor

Não questiona os pacientes sobre sexualidade. Se questiona se também não tem pudor abordar, talvez não seja aberta. A universidade não prepara e mesmo fazendo cursos, pode ter passado despercebido a investigação do homem nesse âmbito.

S18- Atenção ao homem -idoso tem risco para IST

Acredita que o idoso tem vergonha de falar sobre sexualidade e IST, embora tenha dúvidas. Cita o aumento de casos de IST no idoso, o aumento no número de divórcios e as relações sexuais com pessoas mais jovens, além da infidelidade no casamento. Assume que mesmo diante desse conhecimento não aborda sexualidade com esse público.

S19- S19- Saúde mental - não aborda

E35 relata que no caso dos pacientes de saúde mental, existem as medicações que aumentam a libido, mas eles não falam sobre esse assunto e que, por outro lado, também não aborda questões de sexualidade nas ações que desenvolve para esse público.

S20- Atenção ao homem - oferta de exames

A oferta de exames no período da estratégia denominada novembro azul é realizada em torno da prevenção do câncer de próstata e oferta do PSA e outros exames, mas a oferta de exames para detecção de IST, como VDRL, não é realizada.

S21- Atenção ao homem - cultura não deixa

Acredita que não atende às questões de sexualidade do homem porque a cultura não deixa e atribui essa lacuna ao fato de não serem estimulados e orientados para tal aspecto. Espera que médicos e enfermeiros do sexo masculino façam essa parte.

S22- Atenção ao homem - homem fala com homem

Acredita que homem se abre mais com homem. Portanto, pode falar sobre questões de sexualidade com profissionais do sexo masculino, como médico e enfermeiro.

S23- Atenção a mulher - mulher fala

Relata que a mulher tem mais abertura para falar e consegue sobre falar tudo. Considera também que se abre mais para falar quando se trata de usuária do sexo feminino.

S24- Atenção a mulher - trazem queixas sexuais

As mulheres trazem queixas sexuais durante o atendimento. Quando há necessidade encaminha para determinados casos para atendimento psicológico. Como enfermeira, esposa e mulher, orienta àquilo que lhe compete. Por exemplo, relata que como orientação explica que a mulher alimenta a relação e é quem pode salvar o casamento, enquanto o homem é “morto” [não tem iniciativa].

S25- Atenção a mulher - quando encaminha

Encaminhou um caso de uma mulher com trauma sexual com relação ao marido.

S26- Atenção a mulher - solicitação de exames IST

Solicita exames para detecção de IST apenas durante as consultas de pré-natal, pois a secretaria de saúde não incentiva a solicitação para outros usuários, em razão dos recursos. Contudo, afirma que em caso de solicitação o exame é realizado.

S27- Atenção a mulher - casos IST

E35 afirma que durante a atuação profissional atendeu casos de condiloma e sífilis, mas que não rotina são mais comuns as leucorreias, causadas, por exemplo, por gardnerella.

S28- Atenção a mulher - encaminha IST para médico

Quando ocorre a detecção de alguma IST, a paciente é encaminhada para atendimento médico.

S29- Atenção a mulher - parceiro IST

Nos casos de mulher com VDRL positivo, o parceiro é convocado. Hoje conversa sem problemas, pois a maturidade contribui para que consiga organizar as demandas em torno dessa questão.

S30- Atenção a mulher - falta testes IST

E35 afirma que o material para testagem de IST é restrito ao atendimento da mulher em período gestacional.

S31- Atenção a mulher - medicamento IST

Relata que trata vulvovaginites como a candidíase, mas que outras encaminha para o profissional médico.

S32- Atenção ao Adolescente.

O atendimento ao adolescente é restrito à adolescente gestante e àqueles adolescentes que buscam o serviço para vacinação contra HPV. A busca por outros motivos não ocorre por demanda espontânea e o profissional não realiza busca ativa desse grupo.

S33- Atenção a criança

Não aborda sexualidade com crianças e agradece a Deus não ter tido caso de abuso sexual infantil, pois não teria preparo. Menciona que precisaria de uma equipe multiprofissional para assistir tal situação.

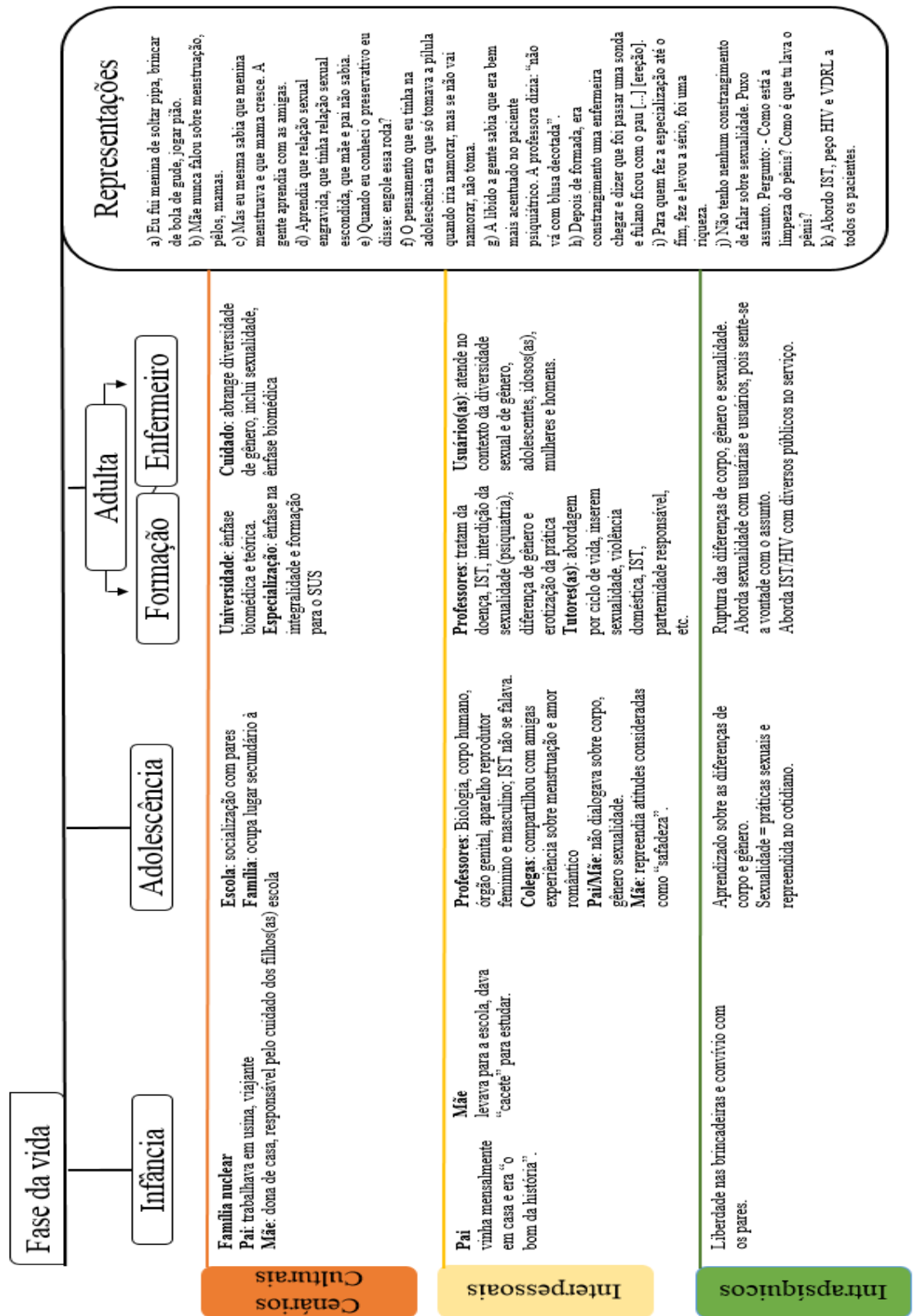
Narrativa

Teve uma infância muito boa, com liberdade para brincar até tarde da noite no sertão da Paraíba. Nunca foi enxerida, por isso não despertava para sexualidade. Não havia diálogo sobre sexualidade em casa, nem com a mãe e nem com irmãs mais velhas. Os pais levavam para passeios, davam liberdade, mas o tema sexualidade não era abordado. A mãe e, principalmente, o pai eram muito fechados. Foi criada com tanto pudor que a mãe não ficava sem roupa na frente dos filhos. Ela (a mãe) não explicou sobre menstruação. Quando menstruou foi a irmã quem orientou. Hoje faz diferente com os(as) filhos(as). Primeiro ensinou ao(a) filho(a) mais velho(a), com 10-11 anos, e escondeu do(a) mais novo(a) até completar idade para saber sobre o assunto. Sempre brincou com meninas e meninos em conjunto, mas não falavam sobre essas coisas (sexualidade) com eles. Aprendeu sobre corpo humano e doenças sexualmente transmissíveis na aula de ciências na escola e depois na faculdade. Não pensava nessas coisas, falavam com amigas mais sobre festa e dançar. Na

adolescência teve um amigo que era mais delicado, tinha as características homossexuais. Não tinha certeza se era homossexual, achava que era assunto dele, mas as pessoas na cidade comentavam. As questões de sexualidade na época da adolescência eram tranquilas. Nesse tempo só paquerava, mandava carta, não era como hoje. Na faculdade uma professora abordou assuntos que envolviam sexualidade, corpo do homem, infecções sexualmente transmissíveis, tipos de infecções. Hoje já os adolescentes aprendem esses assuntos no ensino médio. Teve a disciplina de fundamentos de enfermagem que abordava procedimentos, preservar a privacidade e o pudor do paciente, mas não tratava de sexualidade. Na graduação teve experiência com paciente soropositivo que tentava intimidar por ter o vírus HIV. Nesse período, não tinha preparo psicológico para essa situação. Tinha medo de se infectar. Era muito nova e a faculdade não preparava. Durante a experiência profissional atendeu uma usuária soropositiva e não teve problema. Atendeu a usuária muito bem, pois a ACS havia contado antes toda a história, como também tinha participado de curso. Acredita que os portadores de hoje não têm mais a revolta que eles tinham. Atualmente, no serviço onde atua, não tem contato com paciente soropositivo. Acredita que o HIV é mais aceito pelo usuário hoje em dia. Aprendeu sobre IST/HIV fazendo cursos quando formada, entre os anos de 2001 e 2003. Aprendeu mais nos cursos do que propriamente no cuidado de pacientes com Hanseníase, Tuberculose, HIV. Reflete que hoje em dia não há investimento. Os cursos ocorrem quando há dinheiro sobrando, mas são cursos de um dia. Acredita que o que sabe é suficiente para assistir, mas que apesar de ter internet como fonte de informações e o posicional médico como apoio, sempre é bom atualizar-se por meio de cursos. Atende hipertenso, diabético e paciente de saúde mental, mas eles não falam sobre questões de sexualidade. Para esses usuários, solicita, quando é o caso, o exame PSA. Poucos falam sobre doenças e nunca encaminhou nenhum destes pacientes do sexo masculino com IST. Tem contato com paciente do sexo masculino no pré-natal ou em visita domiciliar de puerpério, nesses momentos orienta sobre evitar relações sexuais no pós-parto. Lembra que teve um usuário que a procurou para realizar teste HIV. Aproveitou para solicitar todas as sorologias, orientou e entregou preservativo. Acredita que atualmente tem mais segurança para conversar sobre essas questões, pois tem mais maturidade, é mãe, esposa e tem um companheiro com quem conversa sobre isso. Pergunta ao esposo sobre questões sexuais trazidas por usuárias, outras vezes pergunta a médica ou lê na internet. Os homens têm vergonha de falar, falar para uma mulher, principalmente os senhores. Reflete que não questiona os pacientes sobre sexualidade. Se pergunta se também não tem pudor de perguntar e que talvez não seja aberta. A universidade não prepara e mesmo fazendo cursos, pode ter passado despercebido a

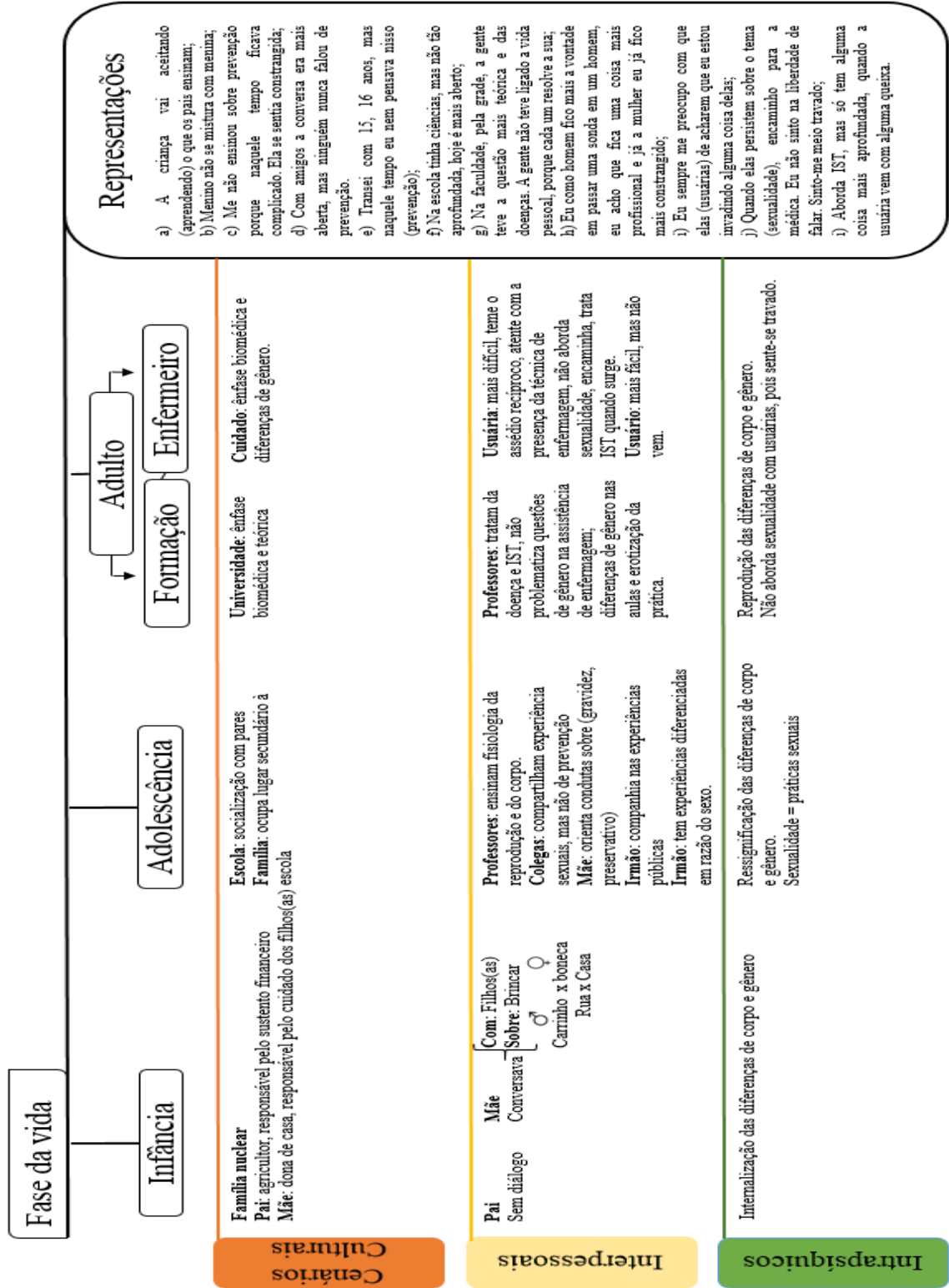
investigação do homem nesse âmbito. Acredita que o ele tem vergonha, embora tenha também dúvidas. Por outro lado, menciona o aumento de casos de IST no idoso, o aumento no número de divórcios e as relações com pessoas mais jovens, além da infidelidade no casamento. No entanto, mesmo assim, não aborda questões de sexualidade e IST com homens e idosos. No caso dos pacientes de saúde mental, menciona que as medicações aumentam a libido, mas os pacientes não falam sobre esse assunto e que também esse tema nas ações que faz. No novembro azul, falamos sobre PSA e outros exames, mas nem VDRL pede. Acho que não solicita porque a cultura não deixa, não é estimulada e orientada. Espera que médicos e enfermeiros do sexo masculino façam essa parte. Homem se abre mais com homem. Relata que a mulher fala tudo, tem mais abertura e que, também, se abre mais. As mulheres trazem queixas sexuais. Diante dessas queixas, quando há necessidade, encaminha para psicóloga, mas como enfermeira, esposa e mulher, orienta. Certa vez, encaminhou um caso de uma mulher com trauma sexual com relação ao marido. Dentre as orientações, explica a usuária que a mulher apimenta a relação e salva o casamento, e que o homem é “morto” para essas questões. Em relação a exames de detecção de IST, solicita apenas no pré-natal pois a secretaria de saúde não incentiva em razão dos recursos, mas se solicitar a secretaria agenda e faz. Já atendeu caso de condiloma e VDRL, mas são mais frequentes leucorreias, causadas por gardnerella, por exemplo, e que nesse caso nem se trata de uma IST. Caso de IST como VDRL e condiloma encaminha para o médico. Nos casos de mulher com VDRL, chama o parceiro para conversar numa boa. A maturidade faz com que converse e organize as coisas. O material para teste de IST é restrito à gestante. Trata alguns problemas como candidíase e outras encaminha para o médico. O atendimento ao adolescente ocorre apenas no pré-natal ou quando procuram vacinação contra HPV. Eles não buscam por demanda espontânea e não faz busca ativa no serviço. Nunca aborda sexualidade com crianças e agradece a Deus não ter tido caso de abuso sexual com criança, também não teria preparo.

Figura 2 – Trajetória de E5, sexo feminino, por fases da vida, Campina Grande-PB, 2017.



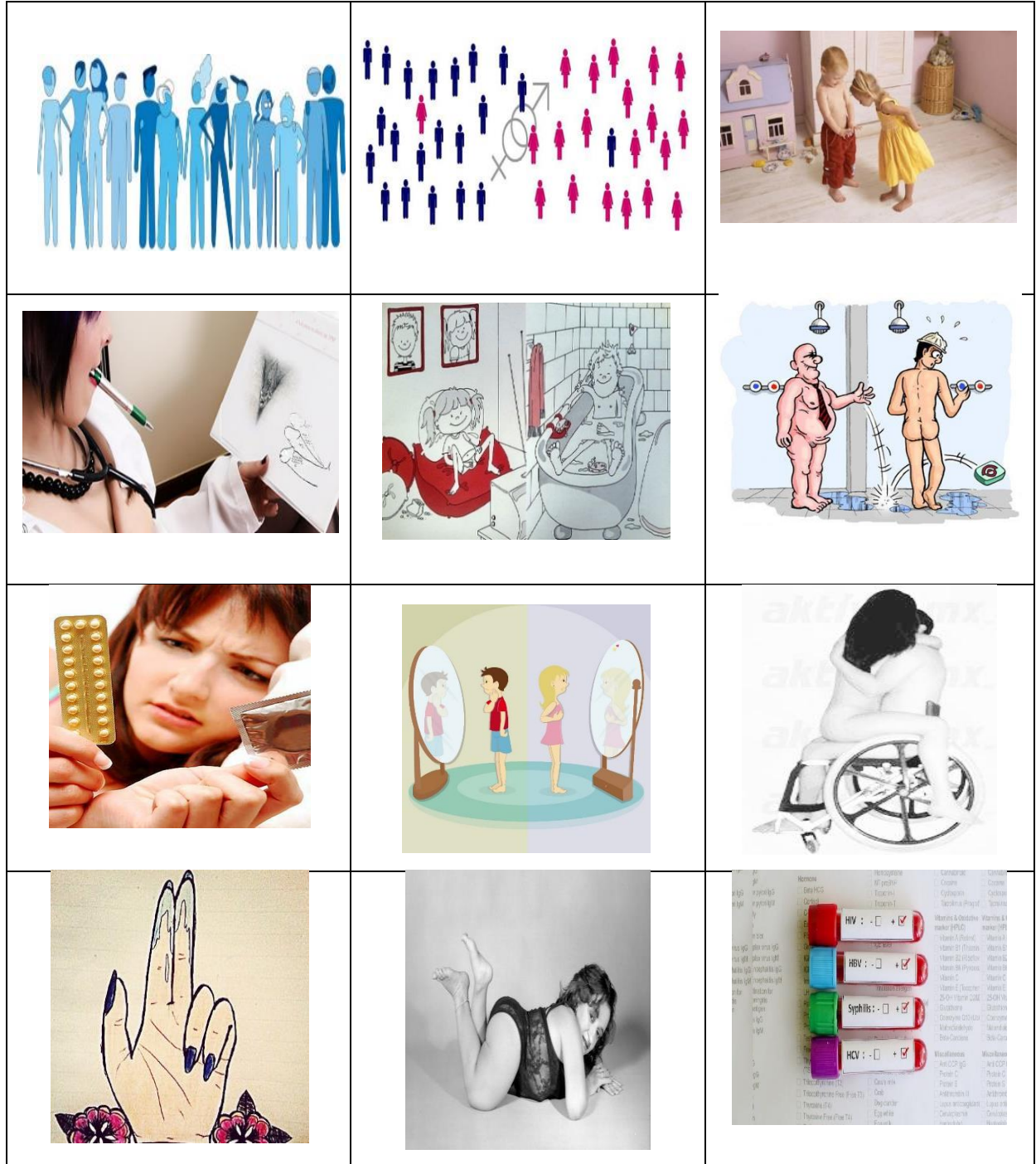
APÊNDICE H – Construção da trajetória de participante

Figura 3 – Trajetória de E8, sexo masculino, por fases da vida, Campina Grande-PB, 2017.



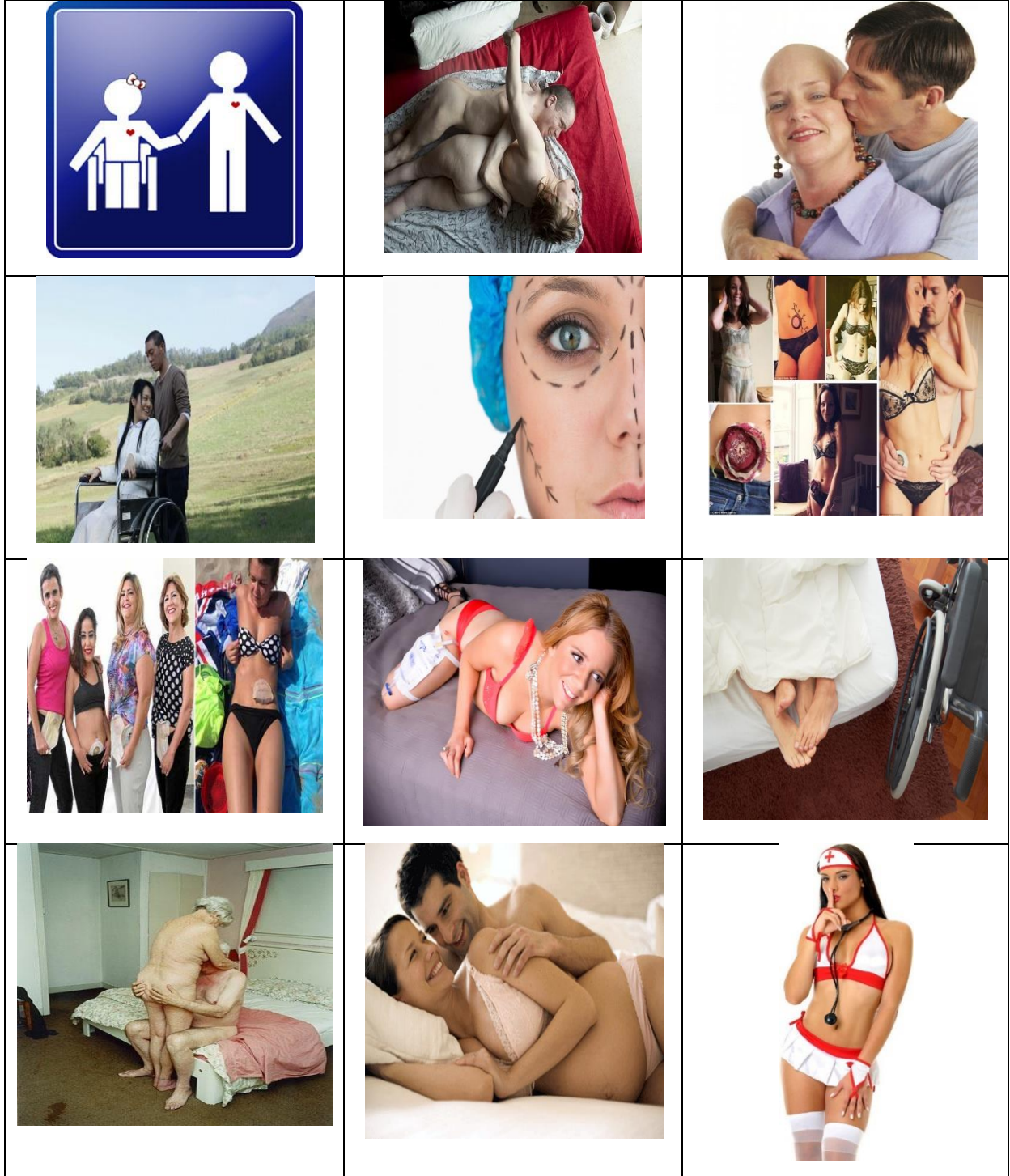
ANEXOS

ANEXO A – Imagens utilizadas nos grupos focais (1/4)



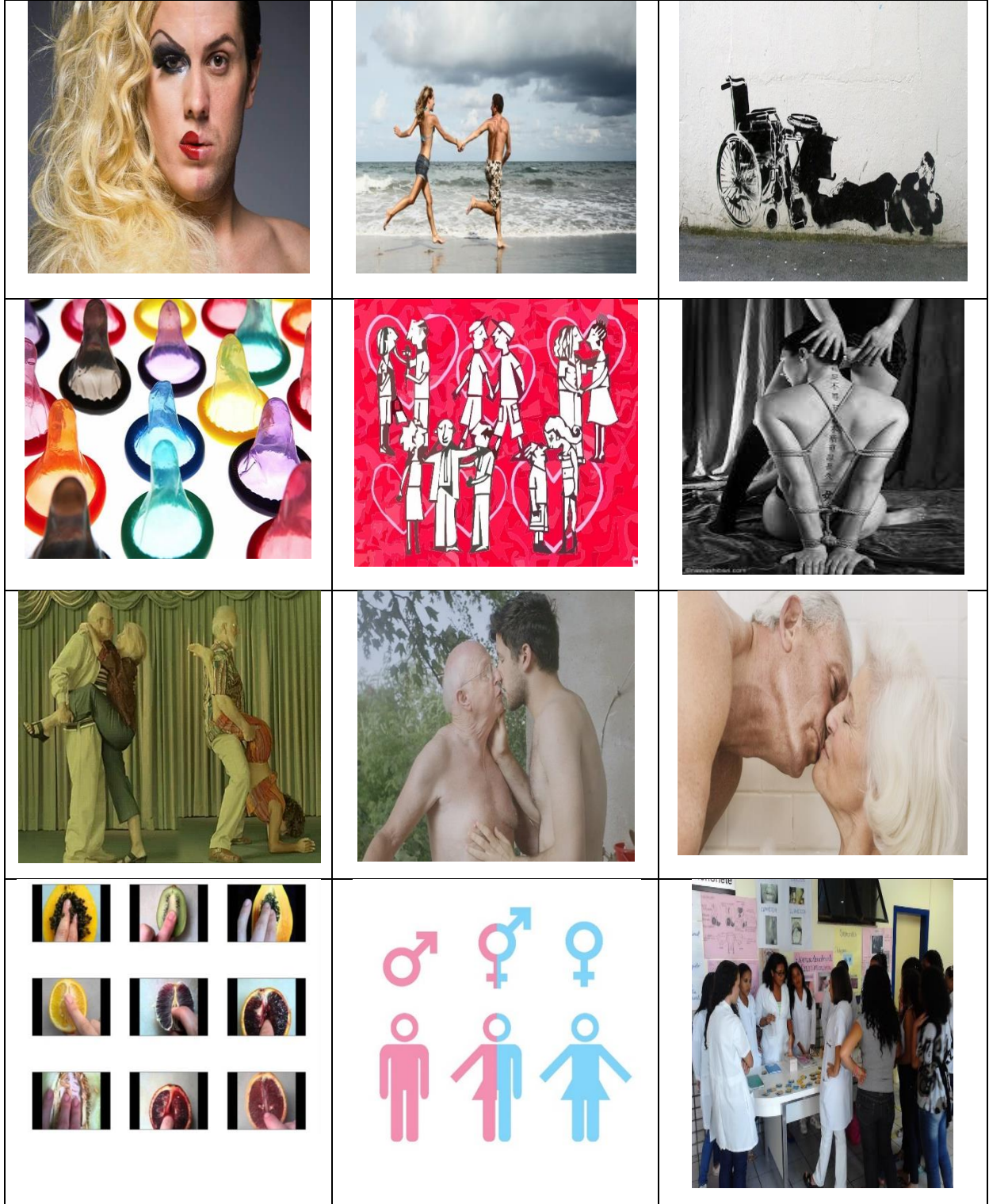
Fonte: Google Imagens, 2017.

ANEXO A – Imagens utilizadas nos grupos focais (2/4)



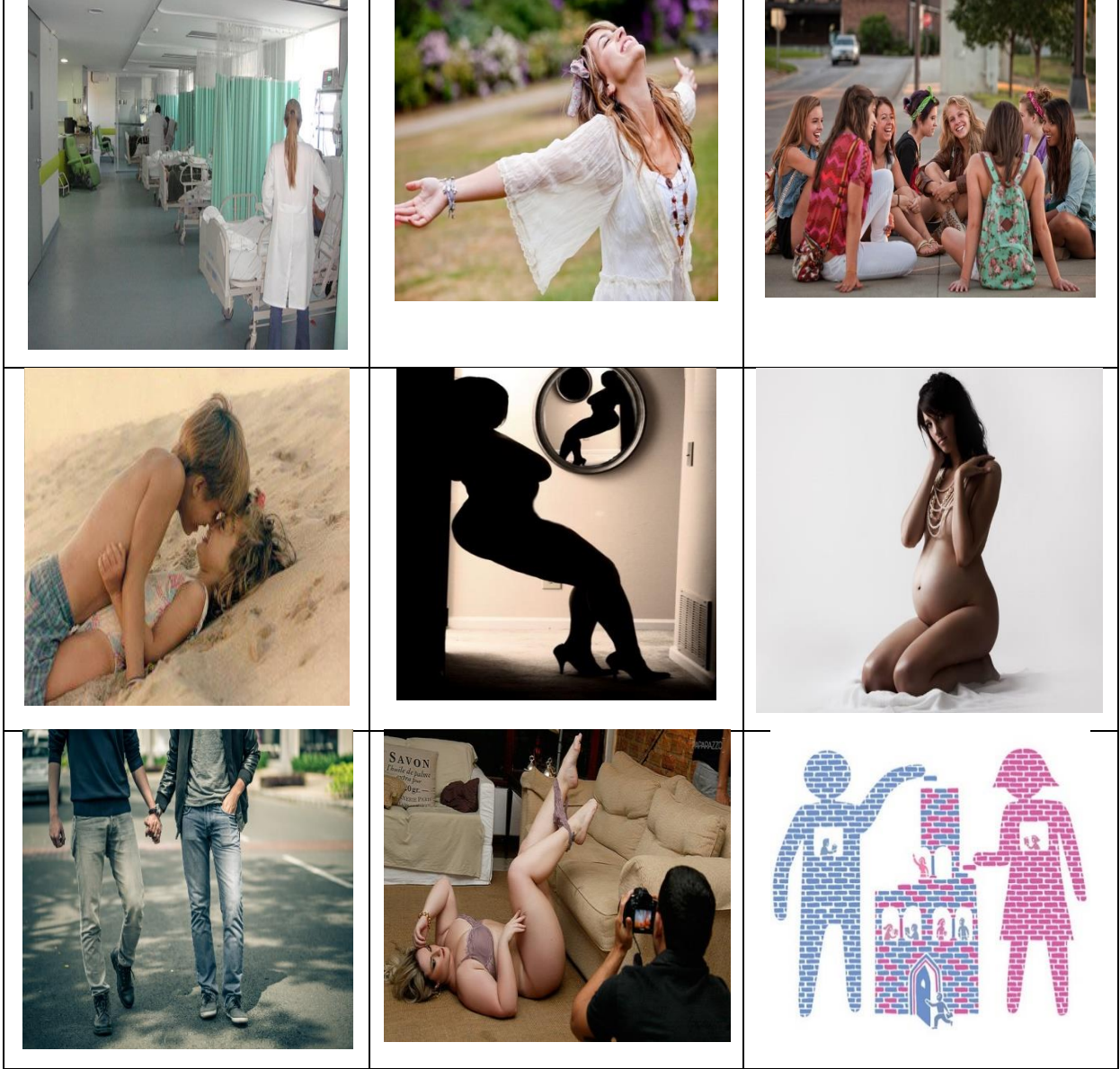
Fonte: Google Imagens, 2017.

ANEXO A – Imagens utilizadas nos grupos focais (3/4)



Fonte: Google Imagens, 2017.

ANEXO A – Imagens utilizadas nos grupos focais (4/4)



Fonte: Google Imagens, 2017

ANEXO B - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa (UFMG)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

Continuação do Parecer: 1.961.797

assunto tratado (S1, S2, S3,). Em cada sequência, enumeração dos fatos (F); dos sentimentos, explicações, justificativas (J) e personagens (P).; 2.1) reagrupamento das sequências por assunto tratado e nomeação provisória de cada reagrupamento, realizando-se uma síntese e identificando-se, provisoriamente, as representações que dão corpo às justificativas e argumentos em cada assunto; 3) Leitura transversal: comparação de todas as entrevistas por assunto tratado e identificação de conjunções e disjunções das narrativas do conjunto de entrevistados. 4) Interpretação das categorias empíricas e construção das teóricas: cotejamento das categorias encontradas com estudos de outros autores, nos diversos campos do conhecimento social que discutam sexualidade, gênero e corpo, e outros que emergirem das análises, focalizando as IST/aids.

Objetivo da Pesquisa:**OBJETIVO GERAL**

- Compreender representações de enfermeiros(as) sobre sexualidade e suas implicações para a prevenção das IST/aids.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Interpretar as representações sobre sexualidade a partir das narrativas sobre vivências pessoais e profissionais de enfermeiros(as);
- Analisar a presença destas representações na atenção à saúde, em relação à prevenção das IST/aids.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Destaca-se que, exceto pelo possível desconforto em compartilhar suas experiências, o estudo não oferece riscos aos participantes. Para minimizar os possíveis desconfortos, serão assegurados privacidade, anonimato e desenvolvimento da entrevista de forma que se estabeleça clima de confiança entre o pesquisador e participante, ao qual será sempre lembrado que terá completa liberdade em fazer seu relato da melhor forma que lhe convier. Em relação aos grupos focais, ressalta-se, ainda, que as reflexões serão do conjunto dos participantes, não havendo identificação de falas por participante, e qualquer citação de nome, local de trabalho ou outras que possam identificar alguém, serão retiradas do texto quando da transcrição.

Benefícios:

Os ganhos serão indiretos, pois a contribuição com as entrevistas poderá gerar novos conhecimentos para o desenvolvimento do cuidado em Enfermagem e na área da saúde, no que se refere à promoção da saúde e a prevenção e tratamento em IST e HIV/aids. As gravações e

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.961.797

transcrições ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável, e os dados serão para uso exclusivo da presente pesquisa e respectivas publicações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de Doutorado relevante para a área de saúde, com ênfase na Enfermagem, está bem descrito e delineado. Com previsão de término no fim de 2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- Folha de rosto assinada pela diretora de Escola de Enfermagem da UFMG;
- Informações básicas do projeto original;
- TCLE;
- Orçamento com descrição dos materiais e serviços a serem custeados pelo NUPESC da UFMG e recursos próprios;
- Termo de autorização institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – Pb
- Roteiro de entrevista a ser aplicado aos enfermeiros;
- Parecer consubstanciado com aprovação da CD de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da UFMG;
- Termo de autorização institucional da Universidade Federal de Campina Grande.

Recomendações:

- Escrita por extenso das siglas utilizadas no TCLE para tornar mais clara a compreensão do participante;
- Inserir campo para rubrica em todas as folhas do TCLE;
- Informar que para dúvidas de aspectos éticos, o COEP poderá ser contactado;
- Retirar o trecho "o estudo não oferece risco";
- Informar o tempo previsto para a entrevista individual e a do grupo focal, assim como o local onde serão as entrevistas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Fazer os ajustes recomendados, SMJ, sou favorável à aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/C 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.961.797

emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_859300.pdf	04/02/2017 12:37:41		Aceito
Outros	INSTRUMENTOS.docx	04/02/2017 12:38:10	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	PARECEREMl.pdf	04/02/2017 12:35:39	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	TERMOAUTORIZACAOINSTITUCIONALSMS.docx	04/02/2017 12:34:49	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODIVULGACAORESULTADOSORIENTADORAALUNA.docx	04/02/2017 12:33:56	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODIVULGACAORESULTADOSORIENTADORA.docx	04/02/2017 12:33:34	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSOPESQRESPONSAVELALUNA.docx	04/02/2017 12:33:10	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSOPESQRESPONSAVEL.docx	04/02/2017 12:32:50	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	04/02/2017 12:32:20	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMOAUTORIZACAOINSTITUCIONALUFCG.docx	04/02/2017 12:31:09	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/02/2017 12:30:35	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/02/2017 14:08:08	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	teseprojetofinal.docx	03/02/2017 14:06:06	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.docx	03/02/2017 14:03:59	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	64415017parecer.pdf	13/03/2017 11:47:48	Vivian Resende	Aceito
Outros	64415017aprovacao.pdf	13/03/2017 11:48:08	Vivian Resende	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.961.797

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 13 de Março de 2017

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

ANEXO C – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa (UFCG)



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



CERTIDÃO

Certifica-se para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 64415017.0.3001.5182, Número do Parecer: 1.973.639 intitulado: **Representações de enfermeiros (as) sobre sexualidade e suas implicações na prevenção de IST/aids.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

Daniel Ferreira Gonçalves de Oliveira

Daniel Ferreira Gonçalves de Oliveira
Coordenador CEP/ HUAC/ UFCG

Campina Grande - PB, 07 de Março de 2018.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO D – Aceite do Artigo



sheila milena pessoa dos santos <sheila.milena@gmail.com>

ENC: Escola Anna Nery - Decision on Manuscript ID EAN-2019-0078.R2

4 mensagens

Javanna Lacerda <javanna.lacerda@hotmail.com>
 Para: "sheila.milena@gmail.com" <sheila.milena@gmail.com>

26 de maio de 2019 11:26

De: Ivone Evangelista-Cabral <onbehalf@manuscriptcentral.com>
 Enviado: sexta-feira, 24 de maio de 2019 18:23
 Para: javanna.lacerda@hotmail.com
 Cc: gestao.editorial@scielo.org; annaneryrevista@gmail.com
 Assunto: Escola Anna Nery - Decision on Manuscript ID EAN-2019-0078.R2

24-May-2019

Dear Miss Freitas:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "ROTEIROS DE SEXUALIDADE CONSTRUÍDOS POR ENFERMEIROS E A INTERFACE COM A ATENÇÃO EM IST/HIV" in its current form for publication in the Escola Anna Nery. The comments of the reviewer(s) who reviewed your manuscript are included at the foot of this letter.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Escola Anna Nery, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Sincerely,
 Dr. Ivone Evangelista-Cabral
 Editor-in-Chief, Escola Anna Nery
icabral444@gmail.com

PS> Manuscrito em anexo deverá ser providenciado a versão em inglês. Na devolução dos arquivos, manter os títulos dos arquivos EAN-2019-0078 Port (para a versão do manuscrito em português) e EAN-2019-0078 Eng (para a versão do manuscrito em inglês). Os dois arquivos a serem devolvidos deverão ter a mesma composição da versão em português (enviado em anexo), ou seja: Título curto nos dois idiomas, artigo original/original article, os autores com o ORCID e as credenciais institucionais (sem traduzir o nome das instituições, autor correspondente/corresponding author). A Secretaria da revista copiada nesta mensagem enviará instruções sobre os próximos passos no fluxo de publicação.

Associate Editor
 Comments to the Author:
 (There are no comments.)

Entire Scoresheet:

 **EAN-2019-0078-PORT.docx**
 319K

sheila milena pessoa dos santos <sheila.milena@gmail.com>
 Para: Maria Imaculada Freitas <peninhabh@yahoo.com.br>

26 de maio de 2019 11:29