



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - CAMPUS DE SINOP
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAQUEL DE SOUSA BRITO

**A SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES DE PRESOS: ALGUMAS REFLEXÕES
ACERCA DAS IST**

Sinop (MT)

2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - CAMPUS DE SINOP
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAQUEL DE SOUSA BRITO

**A SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES DE PRESOS: ALGUMAS REFLEXÕES
ACERCA DAS IST**

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – Sinop (MT), apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ma. Maria das Graças da Silva M. Calicchio

Sinop (MT)

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte.

S725c Sousa Brito, Raquel de.
A SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES DE PRESOS: :
ALGUMAS REFLEXÕES ACERCA DAS IST / Raquel de Sousa
Brito. -- 2017
68 f. : il. color. ; 30 cm.

Orientadora: Maria das Graças de Mendonça Silva Calicchio.
TCC (graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de
Mato Grosso, Instituto de Ciências da Saúde, Sinop, 2017.
Inclui bibliografia.

1. Mulheres. 2. Saúde. 3. Infecções Sexualmente Transmissíveis.
I. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

RAQUEL DE SOUSA BRITO

**A SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES DE PRESOS: ALGUMAS REFLEXÕES
ACERCA DAS IST**

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – Sinop (MT), apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ma. Maria das Graças da Silva M. Calicchio.

APROVADO EM _____ de Fevereiro de 2017.

Prof^a. Ma. Maria das Graças da Silva M. Calicchio
UFMT – Instituto de Ciências da Saúde – Campus Universitário de Sinop
Orientadora/ Presidente da Banca

Suziely Cristina F. Nascimento
Enfermeira da Penitenciária Osvaldo Florentino Leite Ferreira
Membro Titular

Prof. Esp. Walther Esteves Lima
UFMT – Instituto de Ciências da Saúde – Campus Universitário de Sinop
Membro Titular

Dedico este trabalho aos meus pais, Edgley e Jaidete, a minha irmã Rafaela, as minhas avós Lourdes e Liraci e ao meu avô Oriel.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pela vida, saúde, pela oportunidade de ingressar em uma Universidade Federal, pela sabedoria, força, garra e determinação que me concedeu nessa jornada, por me sustentar com sua graça e misericórdia todos os dias da minha vida.

Ao meu pai, Edgley Brito Mangureira, um homem simples, honesto e íntegro que me ensinou que a única coisa que ninguém pode nos tirar é o que aprendemos com estudo, que nunca mediu esforços para nos manter mediante as possibilidades realizar os sonhos de suas filhas. Eu sempre agradecerei a Deus por ter me concedido um homem tão maravilhoso como pai.

Á minha mãe Jaidete Formiga, uma mulher guerreira, que sempre lutou ao lado do meu pai para criar suas filhas com dignidade, que nunca mediu esforços para que chegasse até aqui. Me apoiou, me ajudou com sua mansidão e sabedoria e agradeço a Deus por ser sua filha.

Á minha irmã, minha amiga de sempre e pra sempre, por sua paciência comigo, por seu zelo, por sempre ter as palavras certas na hora certa, por estar sempre ao meu lado. Sou grata á Deus pela sua vida.

Á minha tia Maria Aparecida, mulher firme, lutadora, íntegra, honesta, com um coração enorme, que é um exemplo para mim, a quem posso recorrer sempre que precisar. Agradeço por tudo que já fez por mim e minha família.

Aos meus avôs Lourdes, Liraci e Oriel por todo o cuidado, o carinho e ensinamentos passados, por me mostrarem que sou capaz, me incentivando e me dando o seu amor.

A banca examinadora do meu trabalho composta pela professor Esp. Walther Esteves Lima e pela enfermeira da Penitenciária Osvaldo Florentino Leite Ferreira Suziely Cristina F. Nascimento.

Á minha amiga, professora e orientadora Ma. Maria das Graças da Silva M. Calicchio, por todo seu cuidado, a amizade e o carinho que teve comigo durante a graduação, pela oportunidade de aprendizado em seu projeto de extensão e de estágio no Serviço de Atendimento Especializado, pelos seus conselhos, por sua ajuda e por ter sido uma mãe em todos os momentos.

As minha amigas e colegas, Ana Claudia, Camila, Débora, Elen, Luana, Jessica, kassia, kamila, Paula e Sarah pela amizade e pelo companheirismo, por todas as vezes que nos reunimos para estudar, pelas jantãs e festas que fizemos, pelas lutas, batalhas e vitórias que juntas conquistamos.

Á minha amiga Stephanie Andrade, por toda sua paciência, por me ouvir, me dar seus sábios conselhos, por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis, por todos os dias de estudos juntas, por me dar força na jornada acadêmica me ajudando a desenvolver minha pesquisa e estar sempre disposta a me ajudar.

Á minha amiga Karina Lino, que nos últimos semestre me acompanhou de perto. Sou grata por todas as noites que me ouviu atentamente mesmo cansada depois de um dia de estágio, por estender sua mão quando necessitei, por cuidar de mim sendo sempre tão zelosa e por me ajudar no desenvolvimento desse trabalho.

Á toda equipe do SAE- Serviço de Atendimento Especializado do município de Sinop, pelas oportunidades de aprendizado, por todo o conhecimento transmitido e pelas experiências vivenciadas.

Ao meu amigo de infância Rafael Brito, que no último ano esteve bem presente em minha vida, agradeço por me escutar, por sua paciência, por suas palavra de motivação, por me manter firme no meu propósito e por ser um anjo enviado por Deus para minha vida.

As minha amigas Renata, Beloni e Maressa que me acompanharam durante um certo momento da graduação, onde cultivamos uma amizade pra vida toda. Agradeço por todos os momentos de estudos juntas, pelas palavras de incentivo e pelo apoio sempre.

Aos técnicos da universidade, pessoas que pude contar com o apoio durante a graduação, os colaboradores da PRAE, CODEX, Secretaria, Setor de Protocolo, Biblioteca, Restaurante Universitário, os Guardas de cada bloco de salas, as meninas da limpeza, todos que fizeram parte da minha história acadêmica, mesmo que indiretamente.

Agradeço as pedras participantes da pesquisa, que prontamente me atenderam e me ofereceram um momento de grande aprendizado.

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram de alguma forma em minha vida durante o período de graduação.

Tempo virá.
Uma vacina preventiva de erros e violência se fará.
As prisões se transformarão em escolas e oficinas.
E os homens imunizados contra o crime,
cidadãos de um novo mundo,
contarão às crianças do futuro estórias absurdas de prisões,
celas, altos muros, de um tempo superado.

Cora Coralina

BRITO, Raquel Sousa. **CARACTERIZANDO A SAÚDE SEXUAL DAS MULHERES DE PRESOS**. 2017. 68 f. Trabalho de Curso. Instituto de Ciências da Saúde. Curso de enfermagem. Universidade Federal do Mato Grosso, Sinop, 2017.

RESUMO

As mulheres de homens em situação de prisão, uma parte significativa delas, acabam de certa forma sendo prisioneiras, pois, mudam sua rotina e param suas vidas para acompanhar seus parceiros, lhes prestando assistência física, financeira, emocional e sexual. O presente estudo tem como objetivo caracterizar a saúde sexual de mulheres de presos. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, por meio de grupos focais e entrevistas semiestruturadas, explorando informações, as quais culminaram para a percepção do conhecimento das mulheres sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis; na adesão ao uso do preservativo; como também em seus sentimentos e buscar por prazer sexual durante as visitas íntimas. Nos resultados identifica-se a inexistência ou a deficiência de conhecimento dessas mulheres a respeito das IST, que associada à prática sexual desprotegida as tornam vulneráveis a adquirir as IST, levando conseqüentemente a um comprometimento da saúde sexual. Com relação à visita íntima, essas mulheres, em sua grande maioria, motivadas pelo ambiente e por situações vivenciadas até chegar ao seu parceiro não conseguem sentir prazer e ter orgasmos durante as visitas íntimas, deixando suas vontades de lado e se submetendo as relações sexuais apenas para satisfazer seus parceiros. Notou-se também com os resultados dos testes rápidos que a população estudada, apesar de não possuir hábitos sexuais saudáveis apresentaram um baixo índice de acometimento de IST. Assim, o estudo em si possibilitou dar maior visibilidade à caracterização dos aspectos que envolvem a saúde sexual de mulheres, especificamente, as parceiras sexuais de homens privados de liberdade.

Palavras- chave: Mulheres, Saúde, Infecções Sexualmente Transmissíveis.

BRITO, Raquel Sousa. **CHARACTERIZING THE SEXUAL HEALTH OF WOMEN OF PRISONERS**. 2017. 68 F. Course Work. Institute of Health Sciences. Nursing course. Federal University of Mato Grosso, Sinop, 2017.

ABSTRACT

Women in prison men, a significant part of them, end up being prisoners because they change their routine and stop their lives to accompany their partners, giving them physical, financial, emotional and sexual assistance. The present study aims to characterize the sexual health of women prisoners. It is a descriptive research with a qualitative approach, through focus groups and semi-structured interviews, exploring information, which culminated in the perception of women's knowledge about Sexually Transmitted Infections; Adherence to condom use; As well as in their feelings and seek for sexual pleasure during their intimate visits. The results identify the non-existence or lack of knowledge of these women about STIs, which associated with unprotected sexual practice make them vulnerable to acquiring STIs, leading to a compromise of sexual health. With regard to the intimate visit, these women, for the most part, motivated by the environment and situations experienced until reaching their partner can not enjoy and have orgasms during the intimate visits, leaving their wills aside and submitting to sexual relations only To satisfy their partners. It was also noted with the results of the rapid tests that the studied population, although not having healthy sexual habits, presented a low rate of STI involvement. Thus, the study itself made it possible to give greater visibility to the characterization of the aspects that involve the sexual health of women, specifically, the sexual partners of men deprived of their liberty.

Keywords: Women, Health, Sexually Transmitted Infections.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Manifestação clinica da sífilis em seus estágios.....	23
FIGURA 2 - Corrente sanguínea com presença de celular do sistema imunológico e do vírus do HIV.....	25
FIGURA 3 - Fígado saudável e fígado infectado pela hepatite.....	27
FIGURA 4 - Colocação do preservativo feminino.....	28
FIGURA 5 - Colocação do preservativo masculino.....	29
FIGURA 6 - Teste Rápido demonstrando leitura dos resultados negativo e positivo	30
FIGURA 7 – Testes Rápidos para Sífilis, HIV e Hepatite B e C.....	31

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Resultado dos teste rápidos realizados nas mulheres do estudo.....	39
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SAE- Serviço de Atendimento Especializado

HPV- Papilomavirus Humano

DNA- Ácido desoxirribonucleico

SUS- Serviço Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	15
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVOS	19
4. MARCO TEÓRICO NA CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA.....	20
4.1 O SISTEMA PENITENCIÁRIO E AS MULHERES DE PRESOS.....	20
4.2 A SEXUALIDADE E A SAÚDE SEXUAL.....	21
4.3 AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST).....	23
4.3.1 A SÍFILIS.....	24
4.3.2 O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)	25
4.3.3 AS HEPATITES VIRAIS B E C	26
4.4. PRESERVATIVOS MASCULINOS E FEMININOS	27
4.5 OS TESTES RÁPIDOS	30
5. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	32
5.1 TIPO DE ESTUDO	32
5.2 O LOCAL DO ESTUDO.....	33
5.3 SUJEITO DO ESTUDO	34
5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	35
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
6. CONHECENDO AS PEDRAS DO ESTUDO	37
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
7.1 CONHECIMENTO A CERCA DAS IST	40
7.2 A ADESÃO AO USO DO PRESERVATIVO	46
7.3 PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS EM RELAÇÃO À VISITA ÍNTIMA NA PENITENCIÁRIA	48
7.4 A TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV, SÍFILIS E HEPATITES B e C.....	51
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista	60
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62
APENDECE C - Autorização do SAE.....	65
ANEXO A- Parecer do comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	65

1. INTRODUÇÃO

As mulheres de homens em situação de prisão, uma parte significativa delas acabam de certa forma sendo prisioneiras, na maioria das vezes mudam toda a sua rotina para acompanhar seus parceiros, lhes prestando assistência física, financeira, emocional e sexual. (PEREIRA.2016). Nesse contexto de aprisionamento, as mulheres tem a função de reconectar o seu parceiro a sua rede de sociabilidade e são as principais responsáveis em facilitar o contato a informações de familiares e amigos e com as redes informais por meio das visitas. (GUIMARÃES et al., 2006).

O dia a dia de uma mulher parceira de homens em situação de prisão é marcado por incertezas e dificuldades, pois além da rotina da casa, das preocupações com a renda familiar e dos cuidados com os filhos, elas mantêm suas idas constantes ao presídio e se sentem na obrigação de zelar pelos direitos de seu parceiro, recorrendo aos advogados e redes de solidariedade (PEREIRA, 2016).

Segundo Guimarães et al. (2006) a prisão torna-se um lugar de troca de experiências e de sentimentos entre os familiares. Diniz (2007) complementa ao citar que a grande maioria das pessoas que vivenciam a situação de prisão, por meio dos indivíduos privados de liberdade, são do sexo feminino, representadas pelas avós, mães, esposas, amigas ou parceiras sexuais. Este mesmo autor ainda afirma a estreita relação entre as mulheres e o cuidado, como algo incluso na construção da feminilidade do gênero.

Pereira (2016) corrobora ao afirmar que a condição de prisão transcende o indivíduo que está vivendo dentro da penitenciária e engloba um conjunto de sujeitos e ações que necessitam ser observadas. No que tange as mulheres de presos, é notório acrescentar que ao assegurarem a vivência sentimental e sexual aos seus parceiros privados de liberdade, tornam-se vulneráveis aos agravos transmissíveis como, por exemplo, as infecções sexualmente transmissíveis (IST).

A grande relevância das IST no ambiente prisional associada á visita íntima sem uso do preservativo, tornam as parceiras sexuais de homens privados de liberdade exposta a essas infecções, levando-as ao comprometimento da sua saúde sexual.

Considerando as palavras de Bonfim (2012), a saúde sexual é como uma pratica sexual segura, saudável e prazerosa, que pode ser alcançada a partir de um conhecimento, que é influenciado pela questão cultural, religiosa, histórica e social.

Partindo dessa premissa, questiona-se: como se apresenta a saúde sexual das mulheres parceiras sexuais de homens presos?

Partindo do pressuposto que a população privada de liberdade, que neste estudo situa-se á masculina, é uma população mais suscetível a adquirir doenças infecciosas, em especial as IST, que o fato do homem estar em condição de prisão, não rompe os laços afetivos e sexuais já estabelecidos com suas parceiras do lado de fora da penitenciária e que conseqüentemente torna as mulheres de presos vulneráveis as IST.

Acredita-se que o estudo possibilitará novos olhares aos futuros profissionais da enfermagem, bem como, a equipe de saúde do Sistema Prisional local, e dos Serviços Especializados para as IST. O estudo em si possibilitará dar visibilidade á caracterização dos aspectos que envolvem a saúde sexual de mulheres, especificamente, as parceiras sexuais de homens privados de liberdade.

2. JUSTIFICATIVA

A população prisional apresenta-se num total de 607.731 mil pessoas vivendo em condição de cárcere no Brasil (BRASIL, 2015). No estado de Mato Grosso são 73 cadeias públicas que possuem a capacidade total de 6654 mil vagas. Conforme o último balanço contabilizado são 11.399 mil presos dividindo o espaço carcerário dentro do Estado, gerando um déficit de 4.745 mil vagas (GEOPRESIDEOS, 2017).

A Penitenciária Dr. Osvaldo Florentino Leite Ferreira localizada no município de Sinop, onde as mulheres desses estudos realizam a visita íntima, tem capacidade para 326 detentos, sendo que atualmente conta com a população carcerária de 829 homens privados de liberdade, desses 429 são presos provisórios e 400 encontra-se em regime fechado. (GEOPRESIDEOS, 2017).

Dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN, 2014) expõe a incidência de IST na população privada de liberdade. O levantamento realizado com 5.270 mil presos do estado do Mato Grosso apontaram 36 casos diagnosticados de HIV, 26 casos de Sífilis e 12 casos de Hepatites Virais.

Os estudos de Bueno (2015) apontaram ainda a disposição de quantitativos de pessoas com agravos transmissíveis nas unidades prisionais, destacando em ordem decrescente o HIV/AIDS, a sífilis e as hepatites virais, e tuberculose. Diante das situações supracitadas, e, uma vez agregadas a superlotação, as condições estruturais das celas e de higiene das prisões, bem como a pouca disponibilidade de preservativos e informações acerca das IST, culminam para uma maior vulnerabilidade ao adoecimento, que se estende em especial a mulher de preso.

Se o homem preso é pouco escutado, sua mulher é menos ainda, embora esta mulher vivencie toda a condição do cárcere e se torne fundamental na reinclusão social do companheiro. Destaca-se a ausência de ações de promoção à saúde e cidadania para as mulheres dos presos, que não são ouvidas frente ao Sistema de Justiça, onde a “visita íntima”, assim como a “droga” exerce a função de acalmar os ânimos e fazer funcionar a prisão (GUIMARÃES et al., 2006).

O interesse pela pesquisa surgiu da experiência vivenciada por meio do Projeto de Extensão Universitária, intitulado Promoção a Saúde Sexual em Mulheres Privadas de Liberdade, Campus Universitário de Sinop (MT), dentro da Cadeia Pública Feminina de Sinop (MT). A oportunidade de trabalhar com mulheres em situação de prisão, proporcionou

o conhecimento de uma população até então, desconhecida, e um novo olhar descortinou para vislumbrar outro grupo de mulheres, cujo seus parceiros estão presos.

Dessa forma, justifica-se a realização deste estudo, e acredita-se que a experiência bem sucedida produzirá resultados que podem propiciar subsídios para os profissionais da área da saúde, em especial para a enfermagem, sensibilizando-os a refletir sobre sua prática e a expansão das arestas do cuidar em enfermagem.

Com essa pesquisa esperamos trazer à tona possibilidades para se promover a saúde sexual das mulheres parceiras sexuais de presos, possibilitando um novo olhar ao cuidado para aqueles que estão em privação de liberdade, e em especial aquelas que passam a vivenciar o aprisionamento de seus parceiros.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer alguns aspectos saúde sexual de mulheres parceiras sexuais de homens privados de liberdade de uma penitenciária no interior de Mato Grosso.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revelar o conhecimento acerca das infecções sexualmente transmissíveis entre as parceiras sexuais de homens privados de liberdade da penitenciária em questão.
- Identificar o uso da camisinha entre as mulheres parceiras sexuais de homens privados de liberdade da penitenciária em questão.
- Avaliar as percepções e sentimentos gerados na visita íntima aos parceiros privados de liberdade na penitenciária em questão.
- Investigar a presença do HIV, sífilis e hepatites B e C em mulheres parceiras sexuais da penitenciária em questão.

4. MARCO TEÓRICO NA CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

4.1 O SISTEMA PENITENCIÁRIO E AS MULHERES DE PRESOS.

De acordo com Capez (2007), a prisão é a privação de liberdade de locomoção determinada por ordem escrita da autoridade competente ou em caso de flagrante delito, é um "castigo" imposto pelo Estado ao condenado pela prática de infração penal, para que este possa se reabilitar visando restabelecer a ordem jurídica violada.

O ato da prisão tem sido imposto como a única opção para castigar os criminosos pelas suas contraversões. Segundo Foucault (1984), a prisão foi denunciada como o grande fracasso da justiça penal, uma vez que, ao invés de ajudar para a diminuição da criminalidade, apenas agrava o problema, pois fabrica indiretamente delinquentes.

Para Arruda (2011), a superlotação no Sistema Penitenciário torna-se um empecilho para a existência de qualquer tipo de ressocialização e atendimento à população carcerária, o que faz surgir forte tensão, violência e constantes rebeliões.

Assis (2007) corrobora tal realidade ao citar que:

A superlotação das celas, sua precariedade e insalubridade tornam as prisões um ambiente propício à proliferação de epidemias e ao contágio de doenças. Todos esses fatores estruturais, como também a má-alimentação dos presos, seu sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene e toda a lugubridade da prisão fazem com que o preso que ali adentrou numa condição sadia de lá não saia sem ser acometido de uma doença ou com sua resistência física e saúde fragilizadas. (Assis, 2007).

O sistema prisional brasileiro encontra-se mergulhado em uma profunda crise, onde há revogação de direitos e garantias fundamentais, violando de modo acentuado inúmeros direitos desses homens encarcerados, desde essenciais como à saúde, até ao direito à vida, ou aqueles implicados numa política de reintegração social, como o trabalho, a educação e a preservação de vínculos e relações familiares (OLIVEIRA; SANTOS, 2012).

Vale lembrar que uma pessoa privada de liberdade, cujo direito de ir e vir é cerceado, ainda detém de vários outros direitos, apesar de tantas oposições. E o direito de receber visitas é um deles. Para a autora Odete Oliveira, (1984): a visita é um dos fatores mais importantes para a população privada de liberdade, sendo essencial para que não ocorra um rompimento total de vínculos dos internos com seus vínculos familiares e de amigos.

De acordo com a Lei de Execução Penal debruçado no artigo 41, inciso X o preso tem direito a receber visita do cônjuge, da companheira, dos parentes e amigos em dias pré-definidos pela instituição. No entanto de acordo com parágrafo único dessa lei nos incisos V, X e XV o apenado também pode ser restringido ou suspenso desse direito. A visita íntima aos apenados ainda gera muitas polêmicas e discussões, pois não está devidamente prevista na Lei de Execução Penal embora a maioria das instituições prisionais, após cadastro e registro na administração dos presídios permitam que o preso mantenha um relacionamento.

Nucci (2012) relata haver pontos negativos relacionados á visita íntima:

[...] O direito á visita íntima retira o controle integral do Estado em relação aos contatos entre os presos e as pessoas de fora do estabelecimento penal [...] (p. 211)

Já Mirabete (2000) entende que:

[...] a visita é uma maneira de se evitar violência sexual dentro dos presídios e que contribui para ressocialização, já que é um incentivo para manutenção contato com sua família [...] (p 120-121)

Observa-se então a necessidade do cumprimento da pena de maneira mais digna, para que isto ocorra, é preciso que se mantenham os laços de afetividade entre o preso e o mundo exterior, fazendo com que o processo de reinserção social ocorra de forma natural.

4.2 A SEXUALIDADE E A SAÚDE SEXUAL

Comumente a sexualidade esta relacionada à genitalidade, Foucault (1984) defende que o sexo nada mais é do que uma forma de se adquirir poder, como demonstra em sua fala:

A sexualidade é um comutador que nenhum sistema moderno de poder pode dispensar. Ela não é aquilo que o poder tem medo, mas aquilo que se usa par a seu exercício. As proibições não são formas essenciais do poder, são apenas seus limites, as formas frustradas. As relações de poder são, antes de tudo, produtivas.

Rocha (2005) defende que a função sexual não esta presente só na puberdade, mas sim desde o nascimento. Afirma ainda que a sexualidade tem suas fases evolutivas e que o período é longo até que possa chegar à sexualidade adulta, onde estarão associadas às funções reprodutivas e de obtenção de prazer.

A sexualidade faz parte do desenvolvimento do ser humano ao longo da vida, muitas vezes é velada e mal resolvida e por isso não devemos ignora-la. O despertar para sexualidade

é algo natural, mais que pode causar muitas dúvidas, expectativas e perturbações (ALMEIDA; CENTA, 2009).

De acordo com Laplanche (1995) para as mulheres a sexualidade não é simplesmente as atividades e o prazer que se originam do funcionamento do aparelho genital, mas depende de vários fatores de excitações, que geram um prazer irredutível além de uma necessidade fisiológica fundamental.

O sexo começa a ser estudado cientificamente no século XX por profissionais da área da saúde e só a partir deste período iniciam uma construção da ciência sexual como intitulou Foucault (1988). Diante do conhecimento adquirido pela chamada ciência sexual associada à política de higiene da medicina, passa-se a manter um controle no que diz respeito à regulação da vida social e sexual dos indivíduos, visando assegurar o vigor físico e a pureza moral (FIGUEIRÓ, 2001).

Atualmente a saúde sexual vem sendo um tema bastante estudado por pesquisadores, porem não temos um consenso sobre o conceito. Sabe-se que vai muito além do que uma simples ereção ou orgasmos e que ela engloba fatores pessoais, familiares, socioculturais e religiosos que afetam a sexualidade do indivíduo (FIGUEIRÓ, 2001).

A saúde sexual é considerada como uma pratica sexual segura, saudável e prazerosa que tem sua importância como critério de qualidade de vida e manutenção da saúde física e emocional (PARISOTTO, 2016). A partir do aumento de agravos, como o surgimento do HIV, gestação em adolescentes, e o maior conhecimento sobre as IST, observou-se a necessidade de conversar sobre a sexualidade. Hoje é muito debatida nas escolas com os adolescentes, que estão passando por um período de reconhecimento de suas características e gênero sexual (RIBEIRO, 2014).

A população têm grandes facilidades de acesso às informações sobre sexo, mas continuam mantendo tabus, preconceitos, pensamentos limitados e retrógrados sobre a sexualidade. A educação sexual surge com intuito de caracterizar a pratica sexual por meio da transmissão de conhecimentos, possibilitando a formação de novos valores e atitudes referentes às praticas sexuais anteriores (BONFIN, 2012).

Essa educação deve ser abrangente envolvendo noções biológicas, psicológicas, históricas, éticas e sociais. Não é meramente informar ou conscientizar, mas sim oferecer, através de diálogos, espaços de reflexão para que se possa construir uma sexualidade saudável (BONFIN, 2012).

Neste sentido, a educação sexual torna-se uma estratégia para trazer a discussão sobre sexo seguro, aborto, opção sexual, abuso sexual, violências, e reconhecimento do próprio corpo, oferecendo uma imensa ferramenta para promover a saúde sexual.

4.3 AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) compreendem um conjunto de infecções distintas que têm em comum o fato de serem transmitidas pelo contato sexual, e podem provocar sérias complicações físicas e emocionais com impacto tanto na vida pessoal quanto no social e familiar. Cada uma das diferentes entidades clínicas que compõe o grupo das IST apresenta sintomatologia e prognóstico, requerendo estratégias específicas de prevenção, diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2010).

Algumas IST são de fácil tratamento e de rápida resolução. Outras, contudo, têm tratamento mais lento e difícil. As mulheres, em especial, devem ter atenção redobrada, já que, em diversos casos de IST, não são fáceis de distinguir os sintomas das reações orgânicas comuns de seu organismo, já que os sintomas só são sentidos quando a doença está em estado avançado (BRASIL, 2007).

São consideradas como infecções Sexualmente Transmissíveis a Herpes Genital, Condiloma Acuminado (HPV) que geram verrugas, Cancroide ou Cancro mole, a Sífilis, Donovanose que geram ulcerações, Tricomoníase, Gonorreia e infecção por Clamídia que tem como sintoma os corrimentos, além da Doença Inflamatória Pélvica (DIP), do Linfgranuloma Venéreo, do HIV/ AIDS e Hepatites virais (BRASIL, 2016).

A maior parte das IST, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, pode evoluir para complicações graves e até a morte. As IST também podem ser transmitidas verticalmente de mãe para filho durante a gravidez ou durante o parto, podendo provocar, assim, a interrupção espontânea da gravidez ou causar graves lesões ao feto. Outras podem também ser transmitidas por transfusão de sangue contaminado ou compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis (BRASIL, 2016).

Dentre as IST com maior incidência dentro das penitenciárias temos a Sífilis, HIV e a Hepatite B e C.

4.3.1 A SÍFILIS

Infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*, que pode se manifestar em três fases com intervalo de tempo variável de semanas ha anos após a contaminação (BRASIL,2016).

Pode apresentar várias manifestações clínicas e diferentes estágios. No primeiro estagio a Sífilis e também chamada de Cancro Duro apresenta uma Ferida, geralmente única que não dói, não coça, não arde, manifesta-se na região do pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais da pele, que aparece entre 10 a 90 dias após o contágio. Após o período entre seis semanas e seis meses do aparecimento da ferida inicial e após a sua cicatrização espontânea, manifesta-se o estágio secundário da sífilis onde apresentam manchas no corpo, principalmente, nas palmas das mãos e plantas dos pés. Já na terciaria os sintomas podem surgir de dois a quarenta 40 anos depois do início da infecção e costuma apresentar, principalmente lesões cutâneas, ósseas, cardiovasculares e neurológicas, podendo levar à morte (BRASIL, 2016).

Essa infecção também tem um período de latência quando não manifesta nenhum sintoma. Esse período geralmente acontece entre os estágios secundários e a terciaria, e se subdivide em sífilis latente recente (menos de um ano de infecção) e sífilis latente tardia (mais de um ano de infecção), e tem duração variável (BRASIL, 2016).

FIGURA 1: Manifestação clinica da sífilis em seus estágios.



Fonte: Cartilha Saúde Sexual Atrás das Grades

A sífilis tem cura e seu tratamento de primeira escolha é por meio da penicilina Benzatina, e irá depender do estágio da doença em que o indivíduo encontra-se, sendo necessário ter um profissional de saúde preparado para diagnóstico correto e tratamento adequado, dependendo de cada estágio (BRASIL, 2016).

4.3.2 O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E A SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

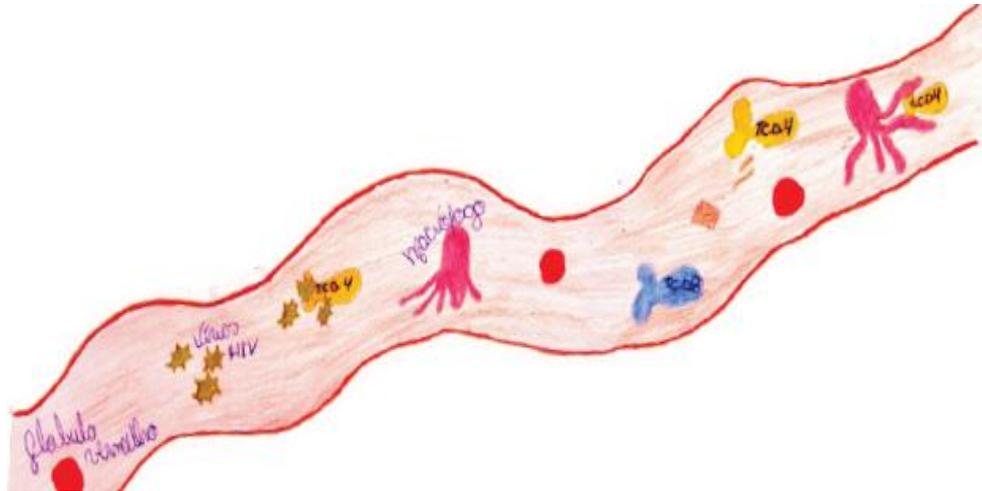
O HIV é a sigla em inglês do "Vírus da Imunodeficiência Humana". Causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tem como fator de risco para sua transmissão ou aquisição as outras IST, como as úlceras genitais. Estudos demonstram que uma pessoa com essa infecção aumenta em até 18 vezes o risco de adquirir HIV (BRASIL, 2015).

O vírus da imunodeficiência humana - HIV invade o sistema imunológico sendo que as células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. Atua alterando o DNA dessas células e se replicando. Após este processo, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção, gerando assim a AIDS, que é a fase sintomática da doença. Sabemos que quem tem o vírus do HIV não tem a AIDS, por isso é de suma importância o diagnóstico precoce dessa infecção (BRASIL, 2016).

A infecção pelo HIV envolve várias fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral. Primeiramente em sua fase aguda, que ocorre entre a primeira e terceira semana, surgem sintomas inespecíficos da doença, depois a infecção torna-se assintomática por anos, até o aparecimento de infecções oportunistas, tais como, tuberculose, neurotoxoplasmose, neurocriptococose e algumas neoplasias.

A partir destes eventos temos a evolução para AIDS, que é o estágio mais avançado de infecção ao sistema imunológico (BRASIL, 2015).

FIGURA 2: Corrente sanguínea com presença de célula do sistema imunológico e do vírus do HIV.



Fonte: Cartilha Saúde Sexual Atrás das Grades

4.3.3 AS HEPATITES VIRAIS B E C

As hepatites B e C também são infecções geradas por meio de vírus, que invadem as células hepáticas e começam a se multiplicar. As hepatites têm sintomas em comum e apresentam-se em fases agudas e crônicas. Em ambas as fases podem ser assintomática, todavia algumas raras pessoas manifestam sintomas na fase aguda, como: mal-estar, náuseas, dor abdominal, anorexia e icterícia, em estados mais avançados podem haver relatos de fadiga e cirrose (BRASIL, 2015).

O vírus da Hepatite B e C tem alta infectividade, pois permanece vivo durante um longo período quando fora do corpo. Recomenda-se a vacinação contra hepatite B para todas as pessoas independente da idade e/ou com condições de vulnerabilidades (BRASIL, 2015).

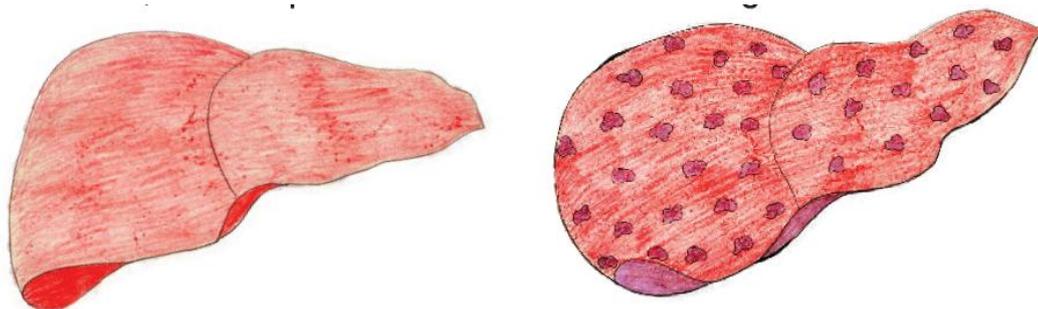
O vírus da Hepatite B gera uma infecção de evolução lenta, que pode evoluir para cronificação. Aproximadamente 5% a 10% das pessoas infectadas tornam-se portadoras crônicas e cerca de 20% a 25% dos casos crônicos de hepatite B, apresentam replicação do vírus e evoluem para doença hepática avançada (BRASIL, 2015).

A Hepatite C normalmente é assintomática, manifestando-se apenas em fases mais avançadas, tendo sinais e sintomas comuns as demais doenças hepáticas, pode ser detectada até décadas depois da infecção. Principal via de transmissão é a parenteral, e o risco transmissão é maior em determinadas populações, como usuários de drogas que compartilham os equipamentos de uso, atendentes de consultórios odontológicos, podólogos, manicures,

entre outros, que não obedecendo as normas de biossegurança, expõem-se a sangue pela via percutânea (BRASIL, 2015).

A transmissão sexual é pouco frequente, e ainda muito discutida, ocorrendo em pessoas com parcerias múltiplas e que tem relações sexuais sem preservativo, e que apresentem outras IST, especialmente com úlceras na região anogenital (BRASIL, 2015).

Figura 3: Fígado saudável e fígado infectado pela hepatite.



Fonte: Cartilha Saúde Sexual Atrás das Grades

4.4. PRESERVATIVOS MASCULINOS E FEMININOS

A camisinha, tanto masculina quanto a feminina, além de evitar gravidez indesejada é o método mais eficaz para prevenção da transmissão das IST. Sua distribuição é gratuita por meio dos serviços de saúde e de fácil manuseio e armazenamento.

Ao utilizar o preservativo cria-se uma barreira que impede o contato com secreções e sêmem de um indivíduo para o outro durante o ato sexual, porém deve-se tomar os devidos cuidados ao usar a camisinha, como tirar o ar, para evitar que ela venha a estourar ou se romper (BRASIL, 2016).

Para garantir total eficácia do preservativo é necessário tomar alguns cuidados, tanto o preservativo masculino quanto o feminino, devem ser armazenados longe do calor, observando-se a integridade da embalagem e prazo de validade, e não é recomendável o uso concomitante dos preservativos masculino e feminino. A camisinha já vem lubrificada, mais pode ser utilizados lubrificantes desde que sejam de base aquosa, pois a utilização de lubrificantes oleosos como vaselina, danifica o látex, ocasionando sua ruptura. Em caso de ruptura, o preservativo deve ser substituído imediatamente (BRASIL, 2015).

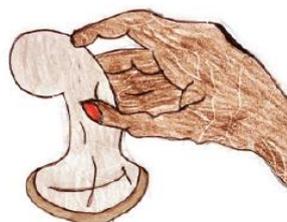
Ao contrário do preservativo masculino, o feminino pode ser colocado até oito horas antes da relação, e retirado com tranquilidade após o coito, de preferência antes de a mulher levantar-se, para evitar que o esperma escorra do interior do preservativo (BRASIL, 2015).

Para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável pode ser em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada e o anel móvel deve ser apertado e introduzido na vagina, com o dedo indicador é empurrado o mais profundamente possível, para alcançar o colo do útero, e a argola fixa (externa) deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina. A cada nova relação um novo preservativo deve ser utilizado (BRASIL, 2015).

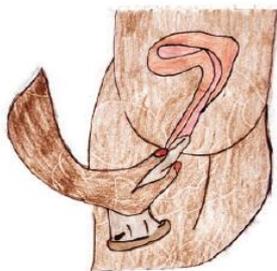
FIGURA 4- Colocação do preservativo feminino



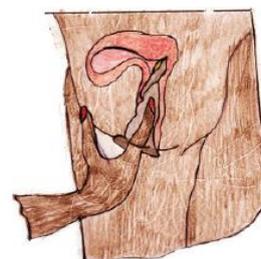
01 - Abra a embalagem.



02 - Aperte o anel da parte interna.



03 - Insira-o na vagina..



04 - Empurre este anel até o final.



05 - O anel aberto fica fora e o pênis penetra nele.

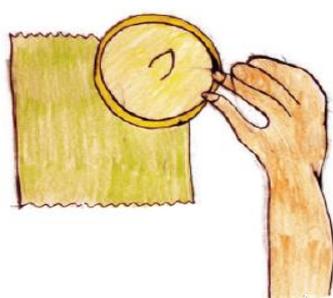


06 - Para retirar, torça, puxe e jogue fora.

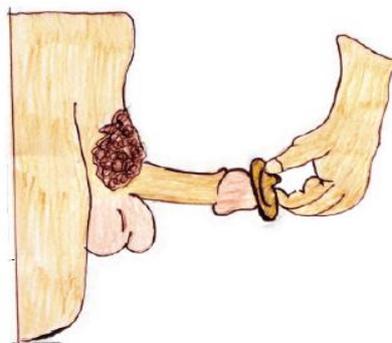
Fonte: Cartilha Saúde Sexual Atrás das Grades.

O preservativo masculino deve ser colocado antes da penetração, à extremidade do preservativo deve ser mantida apertada entre os dedos durante a colocação, retirando todo o ar do seu interior e evitando que se rompa durante o ato sexual, ainda segurando a ponta do preservativo, deve-se desenrolá-lo até a base do pênis. Após a ejaculação, retirar o pênis ainda ereto, segurando o preservativo pela base para que não haja vazamento de esperma O preservativo não pode ser reutilizado e deve ser descartado no lixo (não no vaso sanitário) após o uso (BRASIL, 2015).

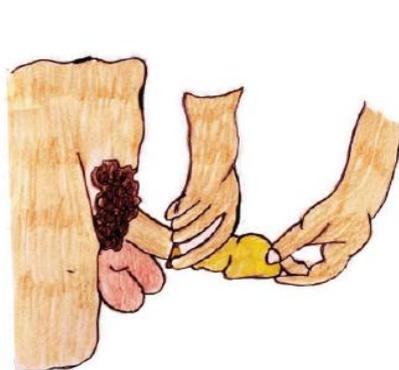
FIGURA 5 - Colocação do preservativo masculino



01 - Abra a embalagem cuidadosamente e retire a camisinha. Cuidado com as unhas e os dentes, eles podem rasgá-la.



02 - Coloque a camisinha com o pênis ereto, antes de qualquer contato do pênis com a vagina, com o ânus ou com a boca.



03 - Aperte a ponta da camisinha com os dedos para tirar o ar e com a outra mão desenrole até a base do pênis.



04 - Logo após a ejaculação retire a camisinha e jogar no lixo.

Fonte: Cartilha Saúde Sexual Atrás das Grades

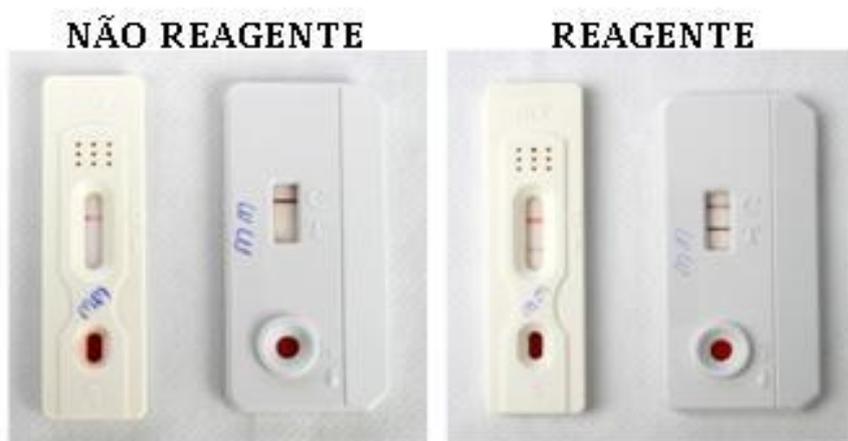
4.5 OS TESTES RÁPIDOS

O Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Atenção Básica, desde o ano de 2005 vem utilizando os testes rápidos para o diagnóstico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o que proporciona um encaminhamento e um início de tratamento precoce e de forma rápida, permitindo que se consiga atender a crescente demanda e, conseqüentemente, aumentar o acesso da população brasileira ao serviço de saúde (BRASIL, 2015).

De acordo com a Portaria nº 29 de 17 de dezembro de 2013, que institui o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças, qualquer profissional pode realizar o teste rápido, desde que tenha sido capacitado pessoalmente ou à distância, o que facilita o acesso ao diagnóstico (BRASIL, 2013).

O teste rápido pode ser realizado por meio de uma punção venosa ou de um furo na polpa digital, onde é retirada uma amostra de sangue que será colocada nos aparelhos de testagem para verificação dos resultados, como também pode ser realizada utilizando fluidos orais, onde um coletor é introduzido na cavidade oral e passado na região da arcada dentária superior e inferior (BRASIL, 2014). São considerados testes rápidos aqueles cujo execução, leitura e interpretação do resultado é dado em no máximo 30 minutos (BRASIL, 2015).

FIGURA 6 - Teste Rápido demonstrando leitura dos resultados negativo e positivo.

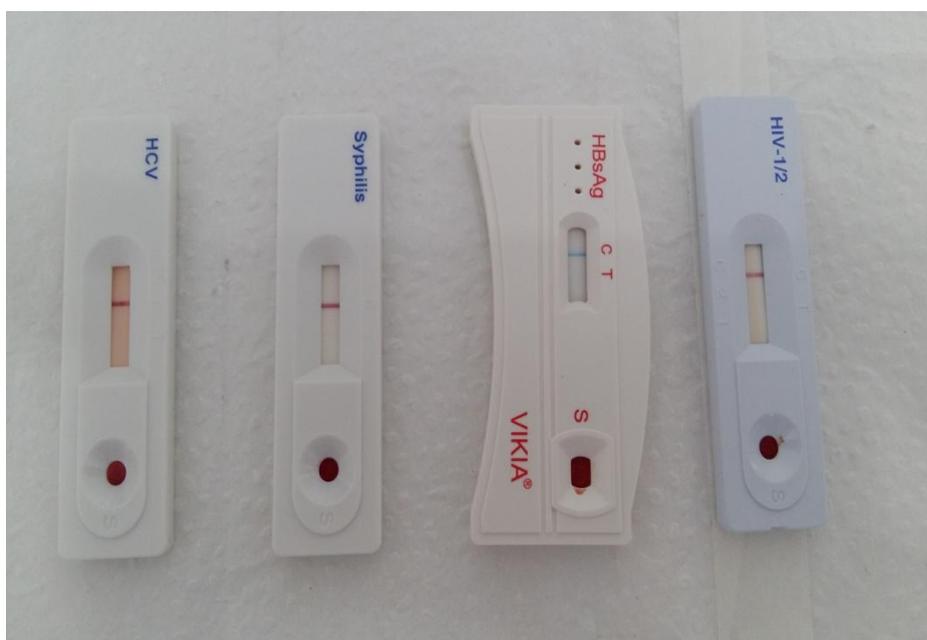


Fonte: BRASIL, Departamento de AIDS e Hepatites virais, 2016.

Atualmente o Ministério da Saúde disponibiliza testagem rápida para os vírus do HIV, Hepatite B e C e para Sífilis, tendo todas elas em comum a via sexual desprotegida como principal fonte de transmissão (BRASIL, 2015).

O uso dos Testes Rápidos para as Hepatites constitui uma ferramenta importante para o diagnóstico precoce da doença. O teste para Hepatite B detecta a presença do antígeno de superfície o HBsAg e o teste para hepatite C, detecta o anticorpo anti-HCV no soro, plasma ou sangue total (BRASIL, 2015). Já para sífilis, o diagnóstico é realizado por sinais clínicos, ou por exames não treponêmicos ou treponêmicos. O teste rápido para sífilis é treponêmico, onde detecta-se a presença do anticorpo do treponema (BRASIL, 2016).

FIGURA 7 – Testes Rápidos para Sífilis, HIV e Hepatite B e C.



Fonte: arquivo pessoal do pesquisador.

5. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

5.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo proposto tratou-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, descritiva, tendo como intuito caracterizar a saúde sexual de mulheres de presos, gerar subsídios para uma melhor assistência de enfermagem a mulheres parceiras sexuais de homens privados de liberdade, e novas implementações acerca da prevenção as infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Minayo (1996) afirma que a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, sendo que nas ciências sociais ela trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, preocupa-se com um nível de realidade que nem sempre pode ser quantificado.

Sendo assim, a pesquisa qualitativa possibilita a valorização do saber e as experiências das pessoas envolvidas. Seus conflitos e contradições podem ser observados, para os quais o pesquisador utiliza técnicas comparativas e construtivas de consenso.

5.2 O LOCAL DO ESTUDO

O estudo ocorreu no município de Sinop, região norte de Mato Grosso. Atualmente abriga uma população estimada em 132.934 mil habitantes, em sua maioria jovem. Destaca-se como polo universitário, devido às instalações de várias universidades públicas e particulares. (IBGE, 2016). A cidade de Sinop está localizada ao longo da BR 163. Fundada pelo Sr Enio Pepino em 14 de setembro de 1974, é considerado o município que mais cresce no norte de Mato Grosso, sendo prestadora de serviços em vários segmentos de atividade produtiva para toda região (DINODÉ, 2011).

Destina-se como local da coleta de dados o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), no percurso do projeto de extensão Universitária¹ intitulado “Promoção da Saúde Sexual de Mulheres de Presos”, desenvolvido pela Universidade Federal do estado do Mato Grosso campus de Sinop.

O SAE faz parte da Secretaria Municipal de Saúde de Sinop, e se destaca como referência para os municípios da região Norte de Mato Grosso e região Sul do Pará para acompanhamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), hepatites Virais e HIV-AIDS. Tem como objetivo principal deste serviço, a promoção e a melhoria da qualidade de vida, bem como a assistência a pessoas portadoras das IST, através de um atendimento integral, por meio de uma equipe multiprofissional. Além da assistência ambulatorial, este serviço promove também capacitações para os profissionais e acadêmicos da área da saúde (SINOP, 2015).

Salienta-se que a escolha do local para a coleta de dados deve-se ao vínculo estabelecido entre a equipe do SAE, pesquisadores e sujeitos do estudo ao longo desenvolvimento do projeto supracitado.

¹ O projeto de extensão “Promoção da Saúde Sexual em Mulheres de Presos” é realizado em parceria com o SAE, e a equipe saúde da Penitenciária Estadual Osvaldo Florentino Leite Ferreira, cuja a finalidade é a promoção da saúde sexual por meio do conhecimento e esclarecimento sobre as IST, incentivo a prática de sexo seguro e diagnóstico precoce as IST. Ocorre semanalmente, nas dependências físicas do SAE.

5.3 SUJEITO DO ESTUDO

Para efetivação do estudo, o primeiro contato com os sujeitos do estudo através do projeto de extensão universitária, supracitado, a qual participava como voluntária foi de fundamental importância para interação do grupo, que foi composto por mulheres parceiras sexuais de homens privados de liberdade da Penitenciária Estadual Osvaldo Florentino Leite Ferreira – “Ferrugem”, do município de Sinop (MT). Para garantir o anonimato demos nomes de pedras preciosas para as mulheres participantes do estudo, sendo identificadas como: *Cristal, Topázio, Ônix, Rubi, Jade, Safira, e Marfim*.

Contudo, os sujeitos sendo esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa foram convidados e aceitaram participarem voluntariamente, assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), contemplado por uma linguagem de fácil compreensão, onde as mulheres foram informadas sobre a importância do estudo, objetivos, justificativas e benefícios para elas e para a comunidade. Em caso de recusa nenhuma delas teve prejuízo.

Após a discussão dos objetivos do estudo, aos sujeitos que concordaram em participar, foi solicitado à assinatura do TCLE, sendo que uma cópia disponibilizada ao participante, e outra cópia ficou arquivada e na responsabilidade dos pesquisadores, respeitando o tempo legal permitido para o arquivamento.

Nesse momento, também ocorreu o pedido de permissão para que a entrevista fosse gravada, e após a gravação foi oferecida a participante, oportunidade para retirar ou acrescentar dados da fala, assim como a interrupção da entrevista quando necessária.

A pesquisa seguiu o critério de saturação, que para Minayo (2013) este tipo de critério evita a reincidência das informações e aproveita a diversificação e abrangência dos dados coletados.

Assim, os *critérios de seleção* do estudo foram mulheres parceiras sexuais de homens privados de liberdade na Penitenciária Osvaldo Florentino Leite Ferreira – “Ferrugem”, que estavam numa faixa etária entre 18 a 70 anos e participantes projeto de extensão universitária intitulado de “Promoção da Saúde sexual em Mulheres de Presos” desenvolvido pela universidade Federal do Mato Grosso - Campus Sinop (MT) e que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa.

Os *critérios de exclusão* da pesquisa foram mulheres que não realizarem a visita íntima e aquelas que se recusaram a participar voluntariamente da pesquisa.

5.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após o desenvolvimento das etapas iniciais o estudo passou para coleta de dados. Nesta ocasião foram explicitados os objetivos e benefícios do estudo, bem como os possíveis desconfortos em responder os questionamentos. Para tanto, nos apropriamos das entrevistas semiestruturadas, e no que tange esta modalidade como instrumento de coleta de dados, para Minayo (2013, p.64) “é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador”.

No *primeiro momento*, a entrevista se deu de forma coletiva por meio de um grupo focal, sendo conduzida pelas pesquisadoras responsáveis munidos por um roteiro com perguntas abertas que buscou apreender o conhecimento acerca das IST, mediante a capacidade humana de gerar opiniões.

Considerando as palavras de Minayo (2013) o grupo focal se constitui num tipo de conversa realizada em pequenos grupos, com um roteiro semielaborado sob coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação de todos os presentes. Visa obter informações, a partir da interação entre os participantes para gerar um consenso ou explicitar divergências.

Em um *segundo momento* foi realizado as entrevistas individuais em uma sala privativa concedida pelo SAE, garantindo assim, a privacidade dos sujeitos e a possibilidade de se expressarem abertamente sem a interferência de outras pessoas, sendo direcionadas pelas pesquisadoras, com questões abertas e fechadas, previamente elaboradas.

De acordo com Minayo (2013) a entrevista deve obedecer a um roteiro apropriado facilitando a abordagem do pesquisador para que suas hipóteses sejam cobertas na conversa.

As informações das entrevistas individuais e coletivas foram registradas por meio de um gravador digital, e a cada sujeito foi oferecida a gravação e o acesso a todos os dados registrados e a oportunidade de retirar ou acrescentar informações que foram transcritas e interpretadas. Dos depoimentos gravados, foram extraídos os trechos de acordo com os critérios e objetivos do estudo.

Buscando apreender a presença ou não das IST, os dados foram analisados mediante os resultados dos testes rápidos para HIV/sífilis e hepatites B e C das mulheres participantes do estudo, por meio dos laudos emitidos pelo SAE.

5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos com respeito ao sigilo, ética e transparência de pesquisa de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, conforme na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Aprovada sob número 1.928.860 pelo Comitê de Ética em Pesquisa e os dados foram manuseados somente pelos envolvidos na pesquisa durante todo decorrer da mesma.

6 CONHECENDO AS PEDRAS DO ESTUDO

Buscando caracterizar as pedras do estudo, segue abaixo um breve relato das principais características pessoais registradas do primeiro ao último encontro. Contém também o registro de expressões verbais e não verbais que foram minuciosamente observadas, e que serão compartilhados na sequência, oferecendo ao leitor um mergulho mais profundo do conteúdo analisado.

Cristal: 30 anos, ensino superior completo, casada há 5 anos, com 1 filho de 2 anos e 6 meses. Após a prisão de seu esposo mudou-se para Sinop com seus pais, que lhe cedem um quarto. Sofre dificuldades em conseguir emprego, pois não consegue matricular seu filho em creches públicas. Após a prisão de seu parceiro tem passado por dificuldades financeiras e familiares. Relata que suas visitas ao parceiro na prisão não é frequente, pois evita deixar o filho com vizinhos ou conhecidos para ir a Penitenciária. Aparenta estar cansada da situação que está vivendo, com muitos suspiros e palavras de desânimo. Com tom de voz tremula verbaliza.

“Ele foi ganancioso, e fez porque quis, por isso cometeu o crime, então não tenho “dó” dele, nem remorso de não ir vê-lo PAUSA o erro foi dele e quem está pagando sou eu e o meu filho”.

Rubi: 46 anos, ensino fundamental incompleto, casada há 3 anos e 4 meses, sendo este seu segundo casamento, mãe de 6 filhos de um relacionamento anterior. Relata ter sofrido violência doméstica e sexual e ameaça de morte por seu antigo parceiro, pai de seus filhos. Afirma ainda que dois de seus filhos se encontram em condição de privação de liberdade, um no Estado de Mato Grosso e o outro no Estado do Pará. Verbaliza que conheceu seu atual parceiro na prisão por intermédio do filho preso. Demonstra muita força de vontade e superação, sempre com falas seguidas de gargalhadas, mostra-se ser uma mulher com muita garra e sonhos. Trabalha de doméstica na casa de uma família e refere que é muito difícil conseguir emprego, devido ao preconceito em ser mulher de preso, conforme a fala da mesma:

“As pessoas acham que mulher de preso é bandida também”.

Safira: 34 anos, com ensino médio completo, zeladora em comercio local, tem 2 filhos, um com 14 e outro com 15 anos de um relacionamento anterior. Relata que conheceu seu parceiro atual quando o mesmo já estava em condição de privação de liberdade, durante uma visita social a um amigo, e oficializou a união há 1 ano e 7 meses. Em todo momento expressa falas apaixonadas ao se referir ao atual parceiro. Demonstrou está realizada em sua vida amorosa e adaptada á situação vivenciada.

“Eu me dou muito bem com meu marido, mesmo naquele ambiente, a gente se dedica um pro outro. Eu gosto muito de estar com meu marido.”

Ônix: 29 anos, com ensino superior completo, doméstica, mãe de uma menina de 3 anos e 1 mês. Criada pela avó, relata que desde a infância frequenta a igreja evangélica, onde conheceu e casou com o parceiro que se encontra em privação de liberdade. Manifesta sofrer preconceitos de seus parentes e amigos e verbaliza ter vergonha de falar para as outras pessoas que seu esposo esta recluso. Relata que apesar de ter a formação como pedagoga, tem muita dificuldade em conseguir emprego na área de formação. Ainda verbaliza dificuldades financeiras, pois metade do seu salário é gasto com as despesas da cuidadora da filha, e não consegue vagas em creches públicas. Demonstrou em suas falas, trejeitos e vestimentas estar muito ligada a religiosidade, e quão isso é importante para ela.

“Nós temos uma qualidade que as outras pessoas não têm, que é a qualidade do amor de cristo, pois amamos essas pessoas acima do seus defeitos e erros”.

Marfim: 19 anos, com ensino médio completo, Trabalha como secretária em comercio local, não tem filhos, união estável há 1 ano e 6 meses, sendo que seu parceiro esta recluso a 1 ano e 5 meses. Reside na casa da mãe do seu parceiro, onde é muito bem aceita. Demonstra vontade de engravidar, e atribui uma gestação como uma possibilidade de recuperação do esposo a criminalidade. Relata que o pai foi usuário de drogas lícita e ilícita, e recentemente foi assassinado em Sinop. Verbaliza ter sido usuária de drogas, em abstinência há 12 meses, período em que o esposo foi preso. Sente-se responsável pela prisão do parceiro, pois, verbaliza que o mesmo conheceu a droga por meio dela. Demonstra ser muito apaixonada por seu companheiro e não mede esforços para visita-lo na penitenciária.

“Quando acaba a visita, ai da vontade de chorar e de ficar lá. Domingo passado quase morri, eu segurei na blusa dele assim e não deu vontade de soltar.”

Jade: 40 anos, com ensino fundamental completo, doméstica, mãe de cinco filhos (23, 14, 12 e 9 anos) de relacionamentos anteriores e uma criança de 3 meses do seu atual parceiro. União estável a cerca de 1 ano e 3 meses. No momento da prisão do parceiro, estava grávida de quatro meses. Esteve em condição de privação de liberdade no Anexo Penitenciário Feminino de Sinop no ano de 2011, local onde conheceu seu atual parceiro, durante a execução de um serviço de pedreiro na construção do muro do Anexo supracitado. Diz estar adaptada às condições da penitenciária pelo fato de já ter vivenciado a prisão, refere passar por muitas dificuldades financeiras, e que sente muita solidão e tristeza por não ter o parceiro no dia a dia.

“Eu sei o que ele passa lá dentro, não é fácil não.”

Topázio: 24 anos, com ensino médio completo, vendedora em comércio local, tem uma filha de 2 anos. Relata que conheceu o atual parceiro aos 13 anos, e na ocasião fugiu da casa dos seus pais com ele, pois sofria violência doméstica. Verbaliza que o seu parceiro era foragido da polícia no Paraná, e que desconhecia o fato, a qual fora pega de surpresa. Ainda verbaliza que o mesmo era usuário de droga, e apresenta comportamento explosivo, fato este que frequentemente se envolve com brigas na penitenciária, deixando-a incomodada. Refere dificuldades financeiras, pela manutenção da casa e da filha. Em sua fala alterna períodos de rejeição, e ao mesmo tempo de esperança em mudança na personalidade do parceiro. Mostra-se constrangida, e cansada com o parceiro.

“Eu não vou lá para me satisfazer vou até lá pra satisfazer ele, pra ele não ficar abandonado.”

Por meio das rodas de conversa, as pedras compartilharam suas vivências, dificuldades, anseios, medos, angústias, e sonhos. Mantiveram a curiosidade em relação ao tema IST, HIV/AIDS e Hepatites B e C possibilitando uma reflexão e troca de saberes e experiências, que serão apresentadas na sequência como categorias do estudo.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 CONHECIMENTO ACERCA DAS IST

Nesta seção, serão evidenciados os dados empíricos deste estudo, por meio da análise temática das falas das entrevistas, sob a luz do referencial teórico relativo ao tema em questão. Durante a pesquisa as mulheres participantes mostraram-se ativas em suas colaborações, algumas delas mais tímidas, outras mais falantes, mas sempre que solicitado relatavam sua opinião sobre o tema, trocando experiências e enriquecendo o conhecimento das presentes.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. Para uma análise de significados a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso (MINAYO, 2014, p.316).

Tornou-se possível observar e identificar o conhecimento das participantes acerca das IST, por meio de suas falas, as quais verificou-se o que sabiam sobre as formas de transmissão, sinais e sintomas e as complicações que serão discutidas na sequência.

As mulheres ao serem indagadas *se sabiam o que era uma IST*, foram unânimes em suas respostas, ao afirmarem que *sim*. No entanto, quando solicitadas para justificar sua afirmativa, apenas uma das mulheres explicitou, como descreve a fala abaixo:

“São doenças que são transmitidas através do sexo como, AIDS, gonorreia, sífilis e outras”. Ônix

As IST estão entre as primeiras cinco categorias de doenças para as quais a população adulta mais busca ajuda médica, com queixas de desconforto. Pode gerar sequelas mais sérias, principalmente na população feminina (BARCELOS et al., 2008).

São doenças causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos que se transmitem, principalmente, através das relações sexuais sem o uso de preservativo com uma pessoa que esteja infectada, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas (BRASIL, 2016).

Luppi *et al.* (2011) em um estudo com mulheres jovens – adultas, verificou que as IST com maior prevalência foram as infecções por *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* e *Neisseria gonorrhoeae*. Esses mesmos autores corroboram ainda ao enfatizar o crescimento das IST na população feminina nos últimos anos, aumentando a importância de estudo e de práticas de educação por meio dos profissionais de saúde para incentivar essa população a prevenção.

Seguindo as falas das pedras, ao serem interrogadas sobre as *formas de transmissão das IST*, os trechos a seguir apresentam conhecimento a respeito, porém uma das participantes manifesta formas equivocadas da transmissão de infecções de cunho sexual:

“Pode ser transmitida por sangue, transfusão de sangue, material tipo alicate de unha não esterilizados essas coisas, como a hepatite que não é só por contato sexual”. **Safira**

“Pode ser transmitido no momento do parto”. **Marfim**

“Pelo tato, pela saliva, pelo ar, por mosquito”. **Ônix**

Estima-se que o número de pessoas acometidas por IST curáveis no mundo anualmente seja aproximadamente de 340 milhões, ascendendo rapidamente nos últimos anos (OMS, 2015), e os fatores como a iniciação sexual precoce associada ao número elevado de parceiros e a falta de adesão ao preservativo favorece o aumento da disseminação das IST, HIV/AIDS e Hepatites Virais (MARTINI; BANDEIRA, 2003).

As formas de transmissão das IST são principalmente as vias sexuais, que podem ser vaginal, anal, oral, como também por transmissão vertical quando na gestação, parto ou amamentação, e até mesmo com uso de seringa ou agulha contaminada, transfusão de sangue contaminado, ou por meio de instrumentos que furam ou cortam, não esterilizados (BRASIL, 2016). Estudos comprovam que as IST, HIV/AIDS e Hepatite B e C não são transmitidas pelo contato como um aperto de mão, ou por trabalhar ao lado de alguém portador de alguma dessas infecções, assim como, picadas de insetos, saliva, lágrima, suor, espirro, banheiro, vaso sanitário, sauna e piscina, copos e talheres (BRASIL, 2016).

A prática sexual (oral, anal e vaginal) também interfere no aumento a vulnerabilidade de adquirir IST. Segundo Rubi a pratica de maior transmissão seria a pratica anal, como justifica a seguir:

“Anal, porque tem contato com coco”. **Rubi**

A prática de sexo anal tem maior incidência de transmissão de IST devido ao fato do ânus ser mais vascularizados e não ter lubrificação natural como a vagina, o que aumenta o atrito e pode levar a rompimento de pequenos vasos e lacerações, possibilitando uma porta de entrada para vírus e bactérias facilitando a contaminação, caso o penetração ocorra sem uso de preservativo (RIBEIRO, 2004).

Para um melhor entendimento quanto *aos sinais e sintomas* das IST apresentado pelas mulheres participantes, subdividimos as IST que causam corrimentos, as que causam

verrugas, as que causam feridas, o HIV/AIDS e as Hepatites B e C, sendo questionadas em momentos distintos.

Sobre os sinais e sintomas das IST que causam corrimento as participantes responderam da seguinte forma:

“É bem branquinho, da coceira e sai tipo uma água quente, leite condensado e bem amarelado e tem mau cheiro”. **Rubi**

“Olha eu conheço o amarelado, branco, a Gardnerella Vaginalis, a Cândida Albicans e a Gonorreia”. **Marfim**

“Não lembro os nomes, só a candidíase que tem corrimento amarelado, com coceira e cheiro forte”. **Safira**

Os corrimentos genitais estão entre as queixas mais frequente nos serviços de saúde em consultas ginecológicas, tendo uma manifestação clínica diferente dependendo do agente que gerou a infecção. Dentre as mais comuns temos primeiramente a Candidíase, depois Tricomoníase e a Vaginose Bacteriana (VASCONCELOS, 2016).

De acordo com a classificação do Ministério da Saúde são consideradas IST que causam corrimento: a gonorréia, a clamídia e a tricomoníase, podendo aparecer no pênis, vagina ou ânus, de forma esbranquiçada, esverdeada ou amarelada. Podem ter cheiro forte, acompanhado de disúria ou dispareunia (dor durante a relação sexual) (BRASIL, 2015).

A *Cândida Albicans* conhecida como candidíase é o corrimento mais conhecido pelas mulheres já que é muito comum entre a população feminina. Causada por fungos esse corrimento não é considerado uma IST, estando relacionado ao uso recente de antibiótico, a mal higienização e uso de roupas apertadas por longos períodos (DENNERSTEIN, 1998).

Já em relação às **IST que causam feridas e verrugas**, as mulheres demonstraram conhecimento, conforme os escritos abaixo:

“A herpes ela sai umas bolhas, que dói e coça , tem herpes genital e tem herpes labial, que aparece no pênis na vagina e na boca”. **Safira**

“Crista de galo”. **Ônix**

“Crista de galo, cancro mole e cancro duro e a herpes”. **Marfim**

Incluem-se como IST que causam feridas e verrugas, incluem-se o cancro mole, o cancro duro também chamado de sífilis, donovanose, linfogranuloma venéreo, a herpes e o HPV. Sendo que podem se manifestar nos órgãos genitais ou em qualquer parte do corpo, com ou sem dor (BRASIL, 2015).

Alguma IST não são curáveis (virais), como o herpes genital, infecções decorrente do papiloma vírus humano (HPV). Nesses casos a pessoa uma vez contaminada permanece com o vírus por toda vida sendo que o tratamento baseia-se da diminuição dos sintomas que em alguns períodos podem se manifestar (SILVA *et al*, 2015).

Estudos comprovam que as IST se não tratadas, podem evoluir em longo prazo, podendo gerar complicações (BRASIL, 20016). Neste sentido, solicitamos as participantes da pesquisa que se referissem algumas das complicações por essas complicações:

“São sérias e mais ainda pra gestante”. Cristal

“Câncer”. Ônix

“HPV”. Safira

“Algumas causam a morte, perca do órgão genital também”. Topázio

Certas IST podem apresentar-se de forma assintomática tanto na população masculina quanto na feminina sendo esta condição uma das barreiras para a não procura do usuário ao serviço de saúde, para o diagnóstico e tratamento. Sem sinais e sintomas, as pessoas acabam tendo relações sexuais desprotegidas e assim acabam por contaminar outras pessoas, e aumentando as chances de complicações mais sérias em sua saúde (SILVA *et al*, 2015).

As IST, se não tratadas podem gerar alterações, principalmente nas mulheres como câncer de colo de útero e, se gestante, as IST como sífilis, HIV e Hepatite B e C podem ser transmitidas para o feto, levando a má formação fetal ou até mesmo a morte da criança. Em casos mais graves alguns indivíduos sofrem alterações neurológicas, como perda da fala, da audição e dos movimentos de membros, podendo evoluir para o óbito (BRASIL, 2016).

A respeito das Hepatites B e C identificamos uma divergência de respostas quanto aos fatores que causam a doença, as manifestações clínicas, a prevenção e a possibilidade de cura. Quando questionadas sobre o que são as hepatites, apenas duas participantes se manifestaram, referindo nenhum ou pouco conhecimento sobre o agravo:

“Não vou falar nada porque não sei”. Rubi

“Não sei o que e hepatite, mais eu sei tem vacina pra prevenir uma delas”. Ônix

As hepatites B e C são infecções causadas por vírus de transmissão sexual, como também por meio de materiais contaminados, entre os quais, destaca-se o alicate de unha, por meio de transfusão sanguínea e por transmissão vertical, principalmente na hora do parto. As hepatites B e C, são doenças silenciosas, mas podendo apresentar manifestações como dor abdominal, fadiga e mal estar, icterícia (BRASIL, 2016).

Nas últimas décadas foram notáveis as conquistas no que se refere à prevenção e ao diagnóstico precoce. Neste sentido, fatores como o surgimento da vacina para Hepatite B, os avanços nas técnicas de diagnóstico de Hepatite C e a terapia medicamentosa se tornaram de extrema importância para o controle dessas doenças (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

Sabe-se que a Hepatite B tem maior infectividade. O vírus circula em altas concentrações no sangue, e em títulos baixos nos outros fluidos orgânicos, e é aproximadamente, 100 vezes mais infectante do que o HIV e 10 vezes mais do que o vírus da hepatite C (CDC, 2003).

Um estudo sobre a soroprevalência da hepatite realizado em quatro capitais do Brasil apresentou uma alta prevalência de contaminação principalmente na região norte do país, com taxas significativas mais elevadas em populações de baixo nível socioeconômico, e entre adolescentes (BENSABATH ; LEÃO, 2003).

Relacionando a patologia e aos sintomas, as pedras do estudo se pronunciavam. Vemos então que Rubi aponta um dos possíveis sintomas, e Ônix justifica o aparecimento desse sintoma.

“O famoso amarelão”. Rubi

“Por causa da alteração de plaquetas”. Ônix

A icterícia também conhecida como amarelão, ocorre devido ao aumento anormal dos níveis de bilirrubina no sangue. Durante seu processo metabólico a hemoglobina gera um produto de sua degradação chamado de bilirrubina, parte desta substância que está no sangue vai ao fígado para ser transformada em bile. Caso tenha alguma irregularidade nas células hepáticas, essa bilirrubina não pode ser metabolizada e retorna ao sangue elevando seus níveis e gerando seus sintomas como uma pigmentação amarelada da pele e do branco dos olhos (esclerótica) (MDS, 2016).

Em relação ao questionamento sobre a hepatite B e C, e a possibilidade de cura, observamos as falas a seguir:

“Parece que tem”. Ônix

“Eu acho que tem, tomando remédio”. Rubi

“Eu acho que no começo até tem cura, mas quando está mais avançado aí não tem não”. Marfim

Por serem geralmente assintomáticas as Hepatites B e C dificilmente são diagnosticadas no início da doença, sendo descobertas quando o indivíduo já está em um quadro mais grave de deteriorização dos hepatócitos (FERREIRA; SILVEIRA, 2004).

As hepatites podem partir para cronicidade, para fase aguda ou ser fulminante, levando a óbito rapidamente. Na cronicidade ocorre uma resposta imunológica do indivíduo contaminado ao vírus resultando no aparecimento de anticorpos de imunidade, nos outros casos, essa resposta não ocorre, o que leva ao adoecimento e ao comprometimento hepático da pessoa contaminada (CDC, 2002).

Com o progresso da indústria farmacêutica houve grandes avanços na produção de medicações para combate desses vírus. Hoje temos uma disponibilidade de esquemas de medicações, que no Brasil distribuídas gratuitamente pelo Serviço Único de Saúde, além das medicações há um acompanhamento clínico - laboratorial a população contaminada para um melhor acompanhamento da população contaminada, sabendo também que uma pessoa com Hepatite fica mais vulnerável adquirir o vírus do HIV (Brasil,2016).

Quando se fala de uma enfermidade como HIV/AIDS, a falta de conhecimentos sobre a doença, como via de transmissão, por exemplo, acaba acirrando preconceitos e atitudes em relação às pessoas infectadas com o vírus HIV (SEIDL; RIBEIRO; GALINKIN, 2010). A visão das mulheres desse estudo não nos surpreendeu ao serem questionadas sobre o que é o HIV e como se sentiriam frente a um diagnóstico deste agravo:

“Não sei, acho que é uma meia vida”. Jade

“É um pouco complicado, porque a primeira coisa é o choque eu acho que tudo vai por água a baixo praticamente os sonhos da pessoa terminam e acham que não tem mais jeito”. Safira

“Preconceito do indivíduo e ainda mais saber que pega AIDS no sexo que torna a pessoa sem... (pausa), como vou dizer a maioria das vezes e uma pessoa que se prostitui, por exemplo. Ela é uma a pessoa promiscua”. Ônix

Segundo Almeida e Labronici (2007), por muitos anos o vírus HIV esteve diretamente associada a grupos de risco como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas que eram muitas vezes discriminados e marginalizados, onde a sociedade moralista impõe a culpa á pessoa contaminada.

Sontag (1989) confirma que a metaforização da AIDS transforma essa patologia em uma espécie de peste, que pode ser entendida como uma condenação moral da sociedade. Não é raro ver uma pessoa soropositiva ser estigmatizada pela sociedade, pois a população costuma culpar a pessoa contaminada por sua condição, associando suas praticas e opções sexuais a culpa de estar infectado.

Tangenciando as falas das participantes do estudo, ainda hoje há um grande estigma em relação a uma pessoa que é soropositiva. Essas percepções negativas advêm dos tempos iniciais da epidemia, cerceadas de mitos e preconceitos gerados por falta de informações sobre o HIV/AIDS.

7.2 A ADESÃO AO USO DO PRESERVATIVO

Neste item observamos a pouca adesão das mulheres participantes do estudo ao uso do preservativo, justificada por vários fatores, sendo um dos principais motivos, a confiança depositada em seus parceiros. Nas discussões em grupos, foi observado pelos relatos das participantes que a única preocupação e necessidade em usar o preservativo seriam somente se elas mantivessem relações com outros homens fora da penitenciária, ou se adquirissem uma IST.

“Querida meu marido tá preso”. Rubi

Observa-se no relato acima, que a prisão do parceiro promove a sensação de tranquilidade em relação ao não risco de contaminação as IST, pela não adesão a camisinha.

“Quando é um casal que esta junto há bastante tempo e sabe que o outro não tem e, [...] Mais vamos supor eu confio no meu parceiro, só se chegar lá no presídio e ele estiver transando com outro homem lá [...] Eu estou há 12 anos com meu marido, já sei que ele não tem doença, então não uso camisinha. Agora se eu transo com outro homem, ai já é outro assunto. Mais não acho necessário”. Topázio

Segundo Finkler; Braga; Gomes (2004), muitos são os fatores que tem impedido o uso do preservativo pelos cônjuges, dentre eles estão à dificuldade de negociação entre os parceiros para adoção de práticas sexuais mais seguras, questionamento sobre a eficácia do preservativo e ao seu uso e reduzido conhecimento sobre as vias de transmissão de IST, motivada pela confiança do casal no relacionamento estável.

Complementando a fala dos autores acima, Madureira e Trentini (2008) afirmam que falar de práticas sexuais seguras e do uso de preservativo em uniões estáveis, pode ameaçar a confiança entre o casal, expondo a possibilidade de relações extraconjugais e questionando a fidelidade.

Percebe-se que as mulheres em sua totalidade não conseguem em suas praticas sexuais fazer uso do preservativo, tendo em vista que a associação de não gostar de usar a camisinha com o fato de que propor o uso com o parceiro que está privado de liberdade, poderia trazer a

tona desconfianças. Dessa forma acabam se submetendo a sexo desprotegido, se expondo e ficando vulneráveis a adquirir as IST, HIV/AIDS e Hepatite B e C.

Os excertos abaixo deixam claro que a adesão ao preservativo é um costume que envolve valores, opiniões, aspectos afetivos e sexuais. As mulheres do estudo apresentaram diversos motivos para justificar o não uso do preservativo, conforme relato abaixo:

*“Não uso, porque tomo pílulas”. **Cristal***

*“Eu levo, mas uso de vez em quando só. Mais, a maioria não, Com ele não. Mais tipo assim, PAUSA, quando eu ou ele senti meio ardência ou dor no pé da barriga ai uso. Mais é muito difícil a gente usar”. **Ônix***

De acordo com Figueredo (2010) a maioria da população avalia a importância do uso do preservativo como sendo um método contraceptivo evitando as gestações indesejadas, deixando de lado sua importância quanto à prevenção das IST. Portanto se usam outro método para evitar gestações como as pílulas anticoncepcionais dificilmente irão aderir o uso do preservativo.

Outro fator que interfere na adesão ao uso da camisinha é as desigualdades entre os gêneros masculino e feminino, partindo do entendimento que a responsabilidade do uso da camisinha cabe somente ao homem nas relações sexuais (VILELA, 2002; DORETO, 2006; SILVA *et al.*, 2002). Essa prerrogativa está associada a um modelo de masculinidade hegemônica, que associa dominação ao masculino e subordinação ao feminino (CONNEL, 2002).

Há ainda a ideia de que no ato sexual, o prazer e a emoção têm ascendência sobre a razão, e esses sentimentos elevam e reduzem a adesão à camisinha. O fato de ter um parceiro fixo pode gerar maior confiança entre as parcerias sexuais, e na medida em que vai evoluindo o tempo de relacionamento sexual, culminam para o abandono ao uso do preservativo (REBELLO; GOMES, 2012).

Nota-se também que para boa parte das mulheres participantes a falta de uso do preservativo é motivada pela sensação de “não gostar” de usar durante as relações sexuais.

*“Se vocês quiserem me chamar de ignorante podem mais eu não gosto de transar com camisinha não [...]”. **Rubi***

*“Não uso preservativo, não gosto”. **Topázio***

Segundo o Ministério da Saúde (2002) a iniciação sexual da mulher é um fator relevante para a adesão a prática sexual com uso da casinha, pois quanto mais precoce for essa iniciação menos maturidade se tem para avaliar a importância da utilização do preservativo, assim essas mulheres acabam tendo também uma vida sexual não programada e com vários parceiros ao longo da vida sem uso do preservativo. Desse modo, infere que, quando em suas primeiras relações sexuais, a mulher não faz o uso da camisinha, provavelmente essa mulher acaba criando o hábito de não usar, o que aumenta os riscos de gestações e contaminações por IST.

O fato das mulheres voluntárias do estudo afirmarem “não gostar” de usar preservativo, está totalmente ligado à vontade de seus parceiros sexuais. Segundo Rivemales; Almeida e Queiroz (2009), na relação sexual, outro aspecto importante deve-se ser considerado, os construídos sociais, onde do homem é esperado muito sexo e da mulher nenhum, esse fator contribui para o despreparo da mulher para sua vida sexual sendo que a mesma por não ter conhecimento fica a mercê das vontades do seu parceiro durante o ato sexual.

Assim, acredita-se que a pouca liberdade da mulher em expressar seus desejos e vontades sexuais, e ao diálogo com os parceiros sexuais, aliadas a dificuldade em falar sobre sexo, levam a insegurança quanto a eficácia do preservativo, e resultando no aumento da vulnerabilidade feminina as IST (SOUSA, 2008).

7.3 PERCEPÇÕES E SENTIMENTOS EM RELAÇÃO À VISITA ÍNTIMA NA PENITENCIÁRIA

Esta categoria apresenta trechos das falas das participantes, onde elas expressaram os desconfortos físicos e emocionais vivenciados durante as visitas íntimas realizadas ao seu parceiro dentro da penitenciária. As principais barreiras para efetivação do direito à visita íntima tem sido a distância geográfica do presídio, fatores ligados a questões culturais e regras próprias criadas por cada unidade prisional (OLIVEIRA; SANTOS, 2012).

A instituição na qual os parceiros das mulheres participantes deste estudo estão privados de liberdade estabelece como rotina, que a *visita íntima seja realizada aos sábados, e aos domingos seja direcionada para as visitas sociais*, porém, nota-se que as participantes preferem ir aos domingos, e nesta ocasião mantêm relações sexuais com seus parceiros em suas celas, ou banheiros. observa-se também que o espaço físico onde o parceiro permanece na penitenciária, como as celas ou os barracões, interferem nas relações sexuais, como observado nas falas a seguir.

“Prefiro ir nos domingos porque no sábado você vai lá só pra fazer sexo e mais nada. Eu não conseguiria fazer isso, ir lá marca agente. PAUSA!! olha eu quero fazer sexo com meu marido”. **Topázio**

“Me sinto horrível, muito mal. Isso agora está mais tranquilo, antes quando ele tava no convívio que a visita era no sábado, que é a visita íntima, que a gente vai lá só pra isso, então tipo assim Pausa é piadinha de agente e risadinhas ali , porque eles sabiam que estávamos indo ali só pra isso, por isso que digo que agora e mais tranquilo, você vai mais não é obrigado a fazer nada”. **Cristal**

Por meio da promulgação da LEP (Lei de Execução Penal), em 1984, o direito à visita íntima inicialmente regulamentada pela mesma, foi normatizado por diversas vezes nos estados brasileiros, funcionando como um incentivo para que o preso se mantenha no cumprimento de sua pena e com bom comportamento, fazendo com que na prisão os laços afetivos com as esposas se permaneçam (PEREIRA, 2012).

A visita íntima é uma conquista jurídica, amparada na manutenção do vínculo familiar e o direito de exercer a sexualidade, estando muito ligada á manutenção de poder dentro do território carcerário (BASSANI, 2013)

Segundo o Procedimento Operacional Padrão do Sistema Penitenciário de Mato Grosso (POP), em 2014 a mulher pode realizar a visita desde que esteja previamente cadastrada e que se comprove um vínculo conjugal, ou seja, certidão de casamento ou comprovantes de contas como de água e luz que demonstre uma união estável, além disso todas passam por entrevistas, revista mecânica e manual antes de encontrar seus parceiros.

Ao questionar qual o sentimento em relação à visita íntima na penitenciária as falas a seguir demonstraram:

“É um ambiente que não dá pra você ter prazer ali, é mais uma questão de necessidade”. **Cristal**

“Quando eu vou tomar banho (após a relação sexual) eu não refo em nada porque as paredes é nojento, concreto né, da nojo”. **Marfim**

“Na realidade (pausa) me sinto mal, porque aquilo lá não é lugar de gente não, que Deus me perdoe”. **Rubi**

Fatores como a superlotação, precariedade e insalubridade tornam as prisões, ambientes desfavoráveis para construção e continuidade de um relacionamento com seus familiares, interferindo no direito constitucional dos detentos (OLIVEIRA; SANTO, 2012).

No entanto segundo Bassani (2013) os presos para tentar sobreviver ao cárcere e proporcionar um ambiente favorável as suas parceiras acabam criando formas criativas para lidar com essas situações e diminuir o estranhamento dentro dos muros das prisões requerendo esforços de memórias para conservar os traços de identidade dos relacionamentos.

Além das condições estruturais da penitenciária essas mulheres têm que passar por outras situações. Observa-se nas falas das voluntárias, que as mesmas passam por humilhações e preconceitos, tanto por parte da sociedade em geral, como dos próprios agentes penitenciários. Essas situações corroboram de forma negativa a satisfação sexual da mulher, pois torna a situação muito mais tensa, constrangedora e estressante.

“A gente pode até ir pra lá animada por estar indo ver ele, mas pelo constrangimento que a gente passa no momento dos agentes ali, a gente acaba ficando tensa, aí entra lá dentro e fica muito mal, eu pelo menos fico assim. Aí já entra com aquele cargo pesado, fico com vergonha, porque a gente é muito humilhada, muito mesmo e não é pouco, tanto com palavras quanto a forma que é tratada ali dentro, porque pra eles todo mundo que tá ali dentro é bandido, não só os presos mas as mães, os filhos, as esposas, então é muito constrangedor”.
Topázio

Souza (2005) descreve essa situação ao caracterizar o momento que antecede as visitas, onde os familiares, as mulheres e os filhos dos homens privados de liberdade após enfrentarem longas filas para entrar na penitenciária, passam pela revista efetuada na portaria pelos agentes penitenciários em busca de celulares, armas ou drogas, onde os corpos e pertences da cada visitante eram revistados, num procedimento constrangedor.

Sentir prazer e chegar a um orgasmo dentro do sistema penitenciário é quase uma missão impossível para essas mulheres, no entanto, cerca de quatro das que participaram do estudo afirmam que conseguem chegar ao orgasmo:

“A visita íntima, assim, eu me dou muito bem com meu marido, mesmo naquele ambiente eu tenho prazer a gente se desliga das coisas, entra no nosso canto lá e esquece do mundo, a gente se dedica um pro outro”. **Safira**

“A gente namora bastante, geralmente umas quatro horas, eu não consigo chegar lá em todas, mais ele (pausa) já teve vez dele chegar na sexta ejaculação, ele não tem problema de ser rápido, tipo precoce, de chegar naquele ponto rápido, ele demora tem vez, que chega dá raiva, quero que acabe logo e ele ainda tá lá, que agonia. Mais eu o máximo que já cheguei foi duas e três vezes durante uma visita, mais normalmente é duas só, ele já é bem mais né . Olha uma vez pra mim já estava bom, mais eles ficam lá né, sonhando e imaginando. Mais ai tem vezes que está nos dois assim, ai a gente dá uma ou duas só ai nos começa a conversar né”. **Marfim**

Existem diferenças entre ter um orgasmo e sentir prazer. A palavra orgasmo vem do grego Orgázo, de orgân que significa ferver em ardor, é determinado como o mais alto grau de excitação sexual, portanto, o maior prazer físico que o ser humano pode experimentar (MICHAELIS, 2008). Já o prazer vem do Latim Placere, que significa estar pleno, sentir-se satisfeito, e visto como uma ferramenta para chegar até o ápice da relação sexual que é o orgasmo (RIBEIRO, 2012).

O próximo relato nos apresenta que de certa forma sentem prazer em estar com seus companheiros, entretanto, essa sensação prazerosa não lhes gera uma satisfação plena para que consigam chegar ao orgasmo, e essa situação acaba por gerar diversas insatisfações, assim como a prática sexual forçada.

“Orgasmo até hoje lá não consegui, mais gosto da pessoa, porque a intenção É de agradar o parceiro e vice versa ai geralmente eu finjo né (risos), esse é o problema da mulher porque se eu não fingir ele vai pensar ah... até o momento eu creio que esse fingimento não tem me atrapalhado, pelo contrario tem me ajudado, porque se eu passar a ser super sincera com ele, eu atrapalho ele emocionalmente. É complicado...” **Ônix**

“Não, mas eu falo pro meu marido que é um orgasmo forçado, porque a gente não tem prazer! Querendo ou não toda mulher que esta ali vai pra isso”. **Topázio**

“Pra mim sempre é a mesma coisa, então é ficar naquele movimento á força, tudo planejado [...] tem vez eu já peço vai e faz desse jeito logo pra ir, mas não natural igual quando a gente esta em casa, não tem as preliminares não, a gente já chega e vai direto, por isso que eu falo que é forçado”. **Topázio**

Mediante as falas, foi possível identificar diversos obstáculos impostos no dia a dia para essas mulheres, e um esforço contínuo de doação ao parceiro, que ultrapassam todos os limites de humilhações e constrangimentos, cujo objetivo maior é satisfazer sexualmente o seu parceiro, e pouca preocupação com seus sentimentos.

7.4 A TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV, SÍFILIS E HEPATITES B e C

Segundo o Ministério da Saúde desde o ano de 2005 foi preconizado que os testes rápidos fossem realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que é a porta de entrada do SUS, por profissionais de saúde previamente capacitados (BRASIL, 2016).

Mais de dez anos depois, vemos que ainda há uma grande dificuldade da população ao acesso a esses testes, motivado pelo fato das pessoas desconhecerem a existência do teste, pela falta de divulgação e muitas vezes não é oferecido a testagem nas UBS (BRASIL, 2016).

Diante do presente estudo, as mulheres, antes da realização do teste foram indagadas sobre o que entendiam sobre a testagem sorológica, e qual a importância de realizar esse teste, assim explicitaram:

“Eu achei uma forma boa, melhor do que você ficar esperando 8 dias pra saber o resultado, e importante fazer, seria bom se tivesse isso nos postos iria agilizar muito o saber logo para tratar as pessoas, né?”. **Marfim**

“Achei que era pra coisas graves, doenças muito graves, imaginaria que fosse pra câncer, pra ter um diagnóstico bem rápido, pra ter um tratamento mais rápido, pra pessoa não ir a óbito, não imaginava que tivesse haver com doenças infecciosas”. **Topázio**

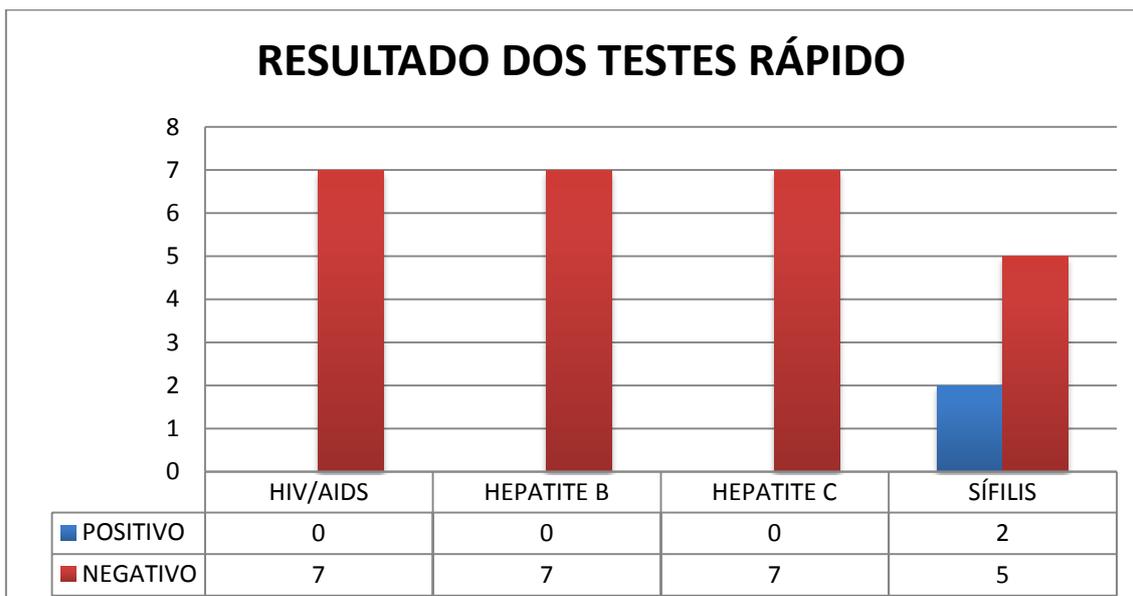
De acordo com Taquette; Rodrigues e Bortolotti (2017) grande parte da população ainda desconhece a existências da testagem rápida, sendo que a motivação para realização do teste, na maioria das vezes, é a presença de sintomas de alguma IST.

Durante a realização do teste, o aconselhamento pré e pós testagem rápida é de grande importância para o preparo do indivíduo o resultado do exame, como também para mudanças em praticas sexuais futuras. Galindo *et al.* (2013), refere que há dois modos de se aconselhar: o primeiro culmina para uma postura tradicional dos profissionais, seguindo um protocolo com certa autoridade sob o paciente. O segundo é a postura simétrica, focando no protagonismo do usuário, gerando melhor compreensão.

Com o andar da pesquisa foram ofertados testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C para as mulheres participantes e os resultados foram analisados por meio de laudos emitidos pelo SAE-Sinop, onde identificamos que duas (2) das mulheres participantes apresentaram positivas para Sífilis. No entanto, uma delas relatou tratamento prévio, e a outra participante havia sido tratada na unidade básica de saúde próxima a sua casa, mas afirma que ao parceiro privado de liberdade não havia sido ofertado o tratamento, o que levou a pesquisadora a direcionar a participante ao SAE, e a equipe de saúde da penitenciária para as

devidas condutas, entendendo que nesta situação em que o parceiro não foi tratado, e que se manteve as relações sexuais, a eficácia do tratamento havia sido comprometida. O que nos leva a enfatizar a importância do tratamento da parceria sexual para o tratamento e controle desta doença que tem crescido assustadoramente nos últimos anos.

Tabela 1 – Resultados dos testes rápidos da mulheres do estudo.



A sífilis tem cura e o seu tratamento de primeira escolha é por meio da penicilina benzatina, dependendo do grau de contaminação da pessoa infectada. Além de tratar o paciente com sífilis, deve ser ofertado a parceria sexual, a oferta da testagem sorológica, a profilaxia, ou tratamento (BRASIL, 2015).

Assim a oferta dos testes rápidos torna-se um grande aliado para o diagnóstico precoce, e a possibilidade de um tratamento com maior rapidez, e a redução da disseminação das IST.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prisão é um período de punição imposto ao infrator por um erro cometido perante a lei contra a sociedade livre, no qual é cerceado o direito de ir e vir sendo também reduzido o contato com o seu ciclo familiar e social, deixando-os restringidos ao contato fora dos muros da prisão por meio das visitas sociais e íntimas. Neste contexto, uma parcela significativa de mulheres de presos, doam suas vidas aos seus parceiros, e de certa forma se encontram aprisionadas mesmo fora do ambiente penitenciário.

Neste estudo buscou-se caracterizar a saúde sexual das mulheres de presos, para tanto, foi necessário observar diante das falas das mulheres voluntárias o conhecimento acerca das IST, no qual apresentou-se inexistente ou deficiente. Vimos o quão importante e necessária à inclusão de educação em saúde voltadas a essa temática, para que se possa oportunizar o conhecimento sobre as infecções de cunho sexual, e desta forma promover uma saúde sexual mais efetiva e comprometida entre usuários e serviços de saúde.

Tangenciando as visitas íntimas, observou-se um número significativo de mulheres que apresentam dificuldades a prática da relação sexual, motivadas pela falta de privacidade na cela, exacerbado por sensações de constrangimentos e humilhações, como também, submissão as vontades sexuais dos parceiros, a obrigatoriedade de somente agradar o seu cônjuge, e pouca preocupação com seu prazer sexual. Para outras mulheres o espaço físico da penitenciária não interfere o prazer sexual e o orgasmo.

Identificou-se que as mulheres participantes da pesquisa não possuem o hábito de usar preservativo em suas relações sexuais o que aumenta a probabilidade de adoecimento por uma IST. Considerando o uso da camisinha como o método mais eficaz para a prevenção das IST, e assim a uma das formas mais eficazes de se buscar a saúde sexual.

A partir dos testes rápidos obtivemos resultados mais precisos de como se encontra essa população, que a cada relação sexual se expõe ao risco de adoecimento. Observou-se que mesmo estas mulheres não tendo a prática do sexo seguro a grande maioria não possuía nenhuma IST, embora duas delas apresentaram positividade para sífilis.

Notou-se que as mulheres voluntárias do estudo sentem a necessidade de serem ouvidas e aceitas pela sociedade, de serem vistas como “mulheres de respeito”. E a cada roda de conversa, ou mesmo individualmente, foi ínfima a demonstração do “amor romântico”

entre as mulheres participantes para com os seus parceiros presos, bem como, a superação a todas dificuldades que a prisão do parceiro lhes proporcionam.

Conclui-se que as mulheres de presos não são visibilizadas perante a sociedade, e, em termos de publicações, sobre mulheres de presos e saúde sexual, ainda são pouco estudadas, o que demonstra a importância do presente estudo. No que se referem ações de saúde sexual voltadas a este público feminino, encontra-se escassa. Diante deste contexto, ressalta-se que as discussões sobre a saúde sexual envolvendo mulheres de presos precisam ser aprimoradas, principalmente por se tratar de um público rodeado de estigma e preconceitos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Carolina H. de; CENTA, Maria Lourdes: A família e a educação sexual dos filhos: implicações para a enfermagem Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v22/n1/v22n1a12.pdf>>

ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L. M. (2007). A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contadas pela história oral. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12(1), 263-274.

ARRUDA, S. N. de. **Sistema carcerário brasileiro: A ineficiência, as mazelas e o descaso presentes nos presídios superlotados e esquecidos pelo poder público**. 59.ed. Revista Visão Jurídica. São Paulo: Escala, 2011.

ASSIS, R. D. A realidade atual do Sistema Penitenciário Brasileiro. *Revista CEJ*, Brasília, v. 11, n. 39, p. 74-78, out./ dez. 2007.

BARCELOS, M.R.B; VARGAS, P.R.M; BARONI,C.; MIRANDA,A.E. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**, 2008; 30 (7):349-54

BASSANI, F. Visita íntima: O gerenciamento da sexualidade nas prisões do Brasil. Tese de Mestrado, Rio Grande do Sul, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 29, De 17 De Dezembro De 2013: Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. Brasília,2013. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/prt0029_17_12_2013.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde: Testes rápidos de HIV e Sífilis na Atenção Básica. Brasília, 2016. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php?conteudo=teste_rapido_balancas>

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais: Teste Rápidos. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/testes_rapidos>

BRASIL, Ministério da Saúde. Orientações para utilização de Teste Rápido DPP HIV com amostra de fluido oral. Brasília, 2014. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos_campanhas/2014/55839/dpp-fluido-final.pdf>

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Testes Rápidos. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/2012/51650>> Acessado: 29/08/2016

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Testagem para HIV. Brasília-DF,2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/testagem-para-hiv>> Acessado: 29/08/2016

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnostico de Hepatites Virais. Brasília-DF, 2015. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58551/manual_tecnico_hv_pdf_75405.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: As DST. Brasília-DF,2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-dst> > Acessado: 29/08/2016

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Uso do preservativo. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/por-que-usar>> Acessado: 29/08/2016

BRASIL, Ministério da Saúde. Documento Básico. Brasília: MS/Geras,1993. p.13 – aprovado no Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de prevenção as DST/ HIV/ AIDS em comunidades populares. M. S. Brasília: n. 83, p. 9-80, 2008.

BRASIL, Ministério da Justiça. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990: Dispões as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990. Disponível em <http://WWW.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF); 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: Sífilis. Brasília -DF, 2016. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis>>

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: O que é HIV. Brasília -DF, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>> Acessado: 29/08/2016

BENSABATH F, LEÃO RNQ. Epidemiologia na Amazônia Brasileira. In Focaccia R. Tratado das Hepatites Virais. São Paulo: **Atheneu**; 2003. p. 11-26.

BONFIN, Cláudia. **Desnudando a educação sexual**. Papirus editora. Campinas – SP, 2012.

CAPEZ, Fernando. **Curso de Processo Penal**. 14 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2007.

CDC. Guidelines for Viral Hepatitis Surveillance and Case Management. Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports. 2002: 1- 43.

CDC. Recommendations and Reports. Prevention and control of Infections with hepatitis virus in correctional settings. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2003; 52: 1.

CONNEL, R. W. On hegemonic masculinity and violence: response to Jefferson and Hall. *Theoretical Criminology*, Sydney, 2002 v. 6, n. 1, p. 89-99.

DENNERSTEIN G. Pathogenesis and treatment of genital candidiasis. *Aust Fam Psysician*. 1998;27(5):363-9.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. 1º ed. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DIDONÉ, Dener. *Historia de Sinop no Mato Grosso*. Historia MT, 1º Ed. Out, 2011.

FERREIRA, Cristina Targa; SILVEIRA, Themis Reverbel. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2004; 7(4):473-87.

FIGUEIREDO, R. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2010 15(Supl. 1) :1175-1183.

FIGUERÓ, Mary Neide Damico. *Educação Sexual no Brasil: Estado da Arte de 1980 a 1993*. USP. São Paulo, 1995.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 4. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1984. cap. 16, p. 243-76: sobre a história da sexualidade.

FOUCAULT, M. *A história da sexualidade*. (Trad.) Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque, 10 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. V.1: a vontade do saber.

FINKLER, L.; BRAGA, P.; GOMES, W. B. Percepção de casais heterossexuais em relação à suscetibilidade de infecção por HIV/AIDS. **Interação em Psicologia**, 2004 v.8, n.1, p. 113-22.

GALINDO WCM, FRANCISCO AL, RIOS LF. Proposições para a formação de aconselhores em HIV/Aids. **Physis** 2013; 23(3):741-761.

GUIMARÃES, C.F.; MENEGHEL, S.N.; ZWETSCH, B.E.; SILVA, L.B.; GRANO, M.S.; SIQUEIRA, T.P.; OLIVEIRA, C.S. Homens apenados mulheres presas: estudo sobre mulheres de presos. **Psicologia & saúde**. V 18, n 3, pag 48-54. Rio de Janeiro, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades do Mato Grosso**: Sinop, 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/matogrosso/sinop.pdf>>

INFOPEN. **Levantamento Nacional de informações penitenciárias Infopen - junho de 2014**. 2014. 148 f. Ministério da Justiça, 2014.

LAPLANCHE, J. **Vida e morte em psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LOURO, Guacira Lopes. **Educação sexual I**. Editoração eletrônica: Waldênia Alvarenga Santos Ataíde, Minas Gerais (BH), 2000.

LUPPI, C.G. et al. Diagnóstico precoce e os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em mulheres atendidas na atenção primária. **Rev Bras Epidemiol** 2011; 14(3): 467-77

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da Aids. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.5, p. 63, 2008.

MARTINI JG; BANDEIRA AS. Saberes e práticas dos adolescentes na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2003 mar/abr; 56 (2): 160-163

MDS. **Perturbações do fígado e da vesícula biliar**: manifestações clínicas das doenças hepáticas. Manual de saúde para família, secção 10, capítulo 116,2016.

MICHAELIS. Dicionário escolar língua portuguesa. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. Rio de Janeiro, HUCITEC p. 269,1994.

MINAYO, M. C. S C.S. **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 33 ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 2013.

MIRABETE, Júlio Fabbrini. **Execução Penal**. 9. ed. Revista e atualizada até dezembro de 1999. São Paulo: Atlas, 2000.

NUCCI, Guilherme de Souza. Leis Penais e processuais penais comentadas: Execução penal. 6. ed. Rev. atual. ref. v. 2. **Revista dos Tribunais**. São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, Magali Gláucia Fávoro; SANTOS, André Filipe Pereira Reid. DESIGUALDADE DE GÊNERO NO SISTEMA PRISIONAL: considerações acerca das barreiras à realização de visitas e visitas íntimas às mulheres encarceradas. Caderno Espaço Feminino - Uberlândia-MG - v. 25, n. 1 - Jan./Jun. 2012.

PARISOTTO, Luciana. Três Dicas Básicas para uma Vida Sexual Saudável e Prazerosa. **ABC da saúde**, 2016. Disponível em: <https://www.abcdasaude.com.br/sexologia/tres-dicas-basicas-para-uma-vida-sexual-saudavel-e-prazerosa> Acessado em: 11/09/2016

PERERIRA, Luís Éverton. Famílias de mulheres presas, promoção da saúde e acesso às políticas sociais no Distrito Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 21 n 7 p 2123-2134. Brasília, DF 2016.

REBELLO, Lúcia Emilia Figueiredo de Sousa; GOMES Romeu. Qual é a sua Atitude? Narrativas de homens jovens universitários sobre os cuidados preventivos com a AIDS. **Saúde Soc**. São Paulo, 2012 v.21, n.4, p.916-927.

RIBEIRO, Carolina. **Sexo anal e a saúde**, 2012. Disponível em:
<<http://www.aids.gov.br/noticia/sexo-anal-e-saude>>

RIBEIRO, Marcos. **Educação Sexual e Metodologia**, 2014 disponível em:
<http://www.adolescencia.org.br/upl/ckfinder/files/pdf/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Sexual_Marcos%20Ribeiro.pdf>

RIVEMALES, MCC; ALMEIDA, GM; QUEIROZ MMA. Adesão de mulheres ao uso do preservativo em um programa de planejamento familiar de Salvador, Bahia. *Journal of Nursing UFPE on line*, Pernambuco, 2009 Vol 3, N 1

ROCHA, Sílvia. **Teoria da Sexualidade Segundo S. Freud**, 2015. Disponível em:
<http://www.artesdecura.com.br/REVISTA/Psicoterapia/teoria_sexualidade.htm>

SANTOS, ROS. O uso do preservativo nas relações sexuais e a prevenção do HIV/AIDS [Monografia]. Jequié; 2005.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; RIBEIRO, Tânia Renata Alves; GALINKIN, Ana Lúcia. **Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/AIDS**: um estudo exploratório sobre preconceito. *Psico - USF*, v. 15, n. 1, p. 103-112, jan./abr. 2010.

SOUZA, Simone Brandão. Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Ciências Estatísticas - ENCE/IBGE, Rio de Janeiro, 2005. *Criminalidade Feminina: Trajetórias e Confluências na fala das presas do Talavera Bruce*.

SOUSA MCP, Espírito Santo ACG, MOTTA SKA. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saúde soc.** 2008; 17(2):58-68. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200007&lng=pt.
doi: 10.1590/S0104-12902008000200007 Acessado em 23 de janeiro de 2017.

SONTAG, S. (1989). **AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras.

TAQUETTE, S.R.; RODRIGUES, A.O.; BORTOLOTTI, L.R. Percepção de pacientes com AIDS diagnosticada na adolescência sobre o aconselhamento pré e pós-teste HIV realizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(1):23-30, 2017.

TEDLOCK D, MANNHEIM B, et al. *The dialogic emergence of culture*. University of Illinois; 1995.

VASCONCELOS, Clara Nina Eto; SILVA, Natália Nitsa Pereira; BATISTA, Paula Neiva José; KALIL, Helvécio. Estudo comparativo entre terapia oral e local no tratamento de corrimentos vaginais: candidíase, tricomoníase e vaginose bacteriana. **BJSCR**, Belo Horizonte, 2016 Vol.15,n.1,pp.123-128.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS DE SINOP
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

Código de identificação _____

DN: ____/____/____ Idade: ____ Escolaridade: _____

Perguntas norteadoras

- 1- Quantas visitas intimas você realiza no mês?
- 2- Qual o seu sentimento por ter que ir a penitenciária e realizar visita intima?
- 3- Você utiliza preservativo em todas as relações sexual?
- 4- Mediante as condições da visita intima na penitenciária, você consegue ter prazer durante as relações sexuais com seu parceiro, chega ao orgasmos?
- 5- Durante o período de prisão do seu parceiro, vocês já apresentou alguma DST?
- 6- O que são os testes rápidos? Pra que servem e como são feitos?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS DE SINOP
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada para participar, como voluntária da pesquisa chamada de **“Caracterização da Saúde Sexual das Mulheres de Presos”**.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras, com a instituição prisional de seus parceiros, com o SAE, e com a equipe executora do projeto de extensão. Mediante alguma dúvida, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller – UFMT – pelo telefone (65) 3615-8254, e/ou a coordenação do comitê Dra. Shirley Ferreira Pereira.

O objetivo principal desta pesquisa é compreender o seu conhecimento sobre as infecções sexualmente transmissíveis, e também conhecer a sua saúde sexual por meio de uma conversa individual e dos resultados dos testes rápidos para sífilis, hepatite B e C e HIV.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em duas entrevistas, as quais você responderá a perguntas abertas e fechadas, sendo que no primeiro momento, a conversa se dará de forma coletiva, juntamente com outras mulheres durante a sua participação no projeto de extensão da UFMT, e você terá a oportunidade de expor seus conhecimentos sobre as infecções sexualmente transmissíveis. Já no segundo momento, você responderá de forma individual em uma sala privativa fornecida pelo SAE perguntas relacionadas as visitas íntimas aos seus parceiros na penitenciária, e na ocasião analisaremos os resultados dos testes rápidos. As entrevistas serão gravadas, e a qualquer momento terá toda liberdade de desistir da participação.

A pesquisa não oferece risco, somente benefícios para que possamos melhorar nossos cuidados em relação à saúde sexual de mulheres, em especial aquelas que possuem seus

parceiros na prisão. Poderá oferecer alguns desconfortos emocionais em responder algumas perguntas, e caso você se sinta constrangida em responder, terá todo o direito de interromper a entrevista.

Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo/segredo de sua participação durante toda pesquisa, e manuseados somente pelas pesquisadoras responsáveis. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação e manuseados somente pelas pesquisadoras responsáveis.

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** estar sendo informada por escrito e verbalmente dos objetivos, risco e benefícios desta pesquisa, assim **AUTORIZO** a sua publicação.

Eu (nome da participante) _____

Idade:_____, Sexo:_____, Naturalidade:_____, portadora do documento RG ou outro documento de identificação sob N°_____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura da participante

(ou do responsável, se menor):

Assinatura da pesquisadora principal:

Raquel de Sousa Brito _____

Assinatura da pesquisadora responsável:

Maria das Graças de M. Silva Calicchio _____

Testemunha*

*Testemunha só exigida, caso a participante não possa por algum motivo, assinar o termo.

Data: Sinop, ____ de _____ de 2017.

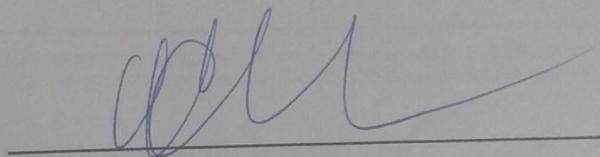
APÊNDICE C- Autorização do Serviço de Atendimento Especializado

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

AUTORIZAÇÃO

Eu, Walther Esteves Lima, Coordenador do Serviço de Atendimento Especializado para IST HIV/AIDS, Hepatites Virais (SAE) Sinop (MT), autorizo as pesquisadoras Maria das Graças de Mendonça Silva Calicchio, Professora do Curso de Enfermagem da UFMT, Campus de Sinop e a Acadêmica Raquel de Sousa Brito, a coletar os dados nesta instituição para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem intitulado: Caracterizando a Saúde Sexual de Mulheres de Preso.

Sinop, 24 de outubro de 2016.



Walther Esteves Lima
Coordenador do SAE- Sinop/MT

Dr. Walther Esteves Lima
CRM 2603-MT
CNS 708605027802484
Coordenador DST / HIV / AIDS
e Hepatites Virais SAE / SINOP

ANEXO A- Parecer do comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



UFMT - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JÚLIO
MULLER / UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização da saúde sexual de mulheres de presos

Pesquisador: MARIA DAS GRAÇAS DE MENDONÇA SILVA CALICHIO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61286916.8.0000.5541

Instituição Proponente: Curso de Enfermagem da UFMT - Sinop

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.928.860

Apresentação do Projeto:

O presente estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza básica, com abordagem qualitativa, a ser desenvolvida no município de Sinop, situado a 503 km da capital do estado, Cuiabá. Este será realizado através de um estudo de campo por meio de entrevistas semi estruturadas. Participaram da pesquisa mulheres que realizam visita íntima dentro da Penitenciária Osvaldo Florentino Leite de Sinop. Como critério de inclusão do estudo serão mulheres que estejam previamente cadastradas pelo serviço de assistência social da instituição supra citada para realizar visita íntima. Serão excluídos da pesquisa as mulheres que não possuem cadastro para visita íntima.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar a saúde sexual de mulheres parceiras sexuais de homens privados de liberdade.

Objetivo Secundário:

-Revelar o conhecimento acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis entre as parceiras sexuais de homens privados de liberdade.-Avaliar a média de visita íntima e o uso do preservativo das mulheres parceiras sexuais de homens privados de liberdade.- Investigar as Infecções Sexualmente Transmissíveis por meio da oferta e da realização da testagem rápida para o HIV, sífilis e hepatites B e C.

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

CEP: 78.048-902

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3615-7254

E-mail: shirleyfp@bol.com.br

Continuação do Parecer: 1.928.860

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos evidentes levando em consideração que a pesquisa será realizada por meio de uma entrevista com aplicação de um questionário. Será garantido o anonimato dos participantes por meio da adoção de códigos de identificação nas citações de seus discursos, preservando sua imagem. O termo de compromisso e divulgação e publicação dos resultados garante que os dados serão utilizados apenas para fins científicos, para proporcionar enriquecimento científico. O participante poderá desistir da pesquisa em qualquer momento desejado, sem ônus ou prejuízo ao participante.

Benefícios:

Proporcionar melhor acesso das mulheres parceiras sexuais de homens privados de liberdade aos serviços de saúde. Diminuir a incidência de agravos infecciosos, como as IST por meio de conscientização e da testagem rápida. Possibilitar um novo olhar de assistência em enfermagem contemplando a sociedade e possibilitando um novo campo de atuação aos profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia descrita no projeto da Plataforma Brasil não descreve como serão feitas as entrevistas, onde, por quem, etc. A descrição foi encontrada apenas no projeto detalhado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto adequada.

Apresentou autorização do coordenador do SAE de Sinop para realização do estudo nesta instituição.

Incluiu TCLE adequado. Alterar o telefone do CEP para 3615 7254.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora atendeu a todas as solicitações. propomos a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado em relação à análise ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_811077.pdf	06/01/2017 22:44:34		Aceito
TCLE / Termos de	tcle.docx	06/01/2017	MARIA DAS	Aceito

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

CEP: 78.048-902

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3615-7254

E-mail: shirleyfp@bol.com.br

Continuação do Parecer: 1.928.860

Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	22:43:10	GRAÇAS DE MENDONÇA SILVA CALICHIO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.jpg	06/01/2017 22:41:33	MARIA DAS GRAÇAS DE MENDONÇA SILVA CALICHIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	06/01/2017 22:39:43	MARIA DAS GRAÇAS DE MENDONÇA SILVA CALICHIO	Aceito
Folha de Rosto	arquivo.pdf	20/10/2016 23:01:11	MARIA DAS GRAÇAS DE MENDONÇA SILVA CALICHIO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CUIABA, 16 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
SHIRLEY FERREIRA PEREIRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Luis Philippe Pereira Leite s/n

Bairro: Alvorada

CEP: 78.048-902

UF: MT

Município: CUIABA

Telefone: (65)3615-7254

E-mail: shirleyfp@bol.com.br

