



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RAFAELA DA SILVA ARGOLO

**SEXO CEDIDO: A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA SEXUAL
NAS RELAÇÕES ÍNTIMAS**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA

2014

RAFAELA DA SILVA ARGOLO

**SEXO CEDIDO: A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA SEXUAL
NAS RELAÇÕES ÍNTIMAS**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, no curso de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Lílian Conceição
Guimarães de Almeida

SANTO ANTÔNIO DE JESUS-BA

2014

RAFAELA DA SILVA ARGOLO

**SEXO CEDIDO: A INVISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA SEXUAL
NAS RELAÇÕES ÍNTIMAS**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

BANCA EXAMINADORA

Data da aprovação: 03/11 /2014

Orientadora Prof Dra Lílian Conceição Guimarães de Almeida
Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Examinador (a) Prof Ms Ariane Cedraz Morais
Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Examinador (a) Prof Ms Amália Nascimento do Sacramento Santos
Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus familiares e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS por me possibilitar chegar aqui. Minha orientadora LÍlian, obrigada pela parceria, apoio e incentivo. A todos que torceram por mim, e que me ajudaram de alguma maneira, só peço a Deus que vos retribua!

RESUMO

A realização desse estudo surgiu a partir da aproximação com a temática HIV/Aids em mulheres viabilizada pela inserção no projeto de pesquisa “**Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus**”. Este trabalho objetivou identificar a ocorrência de violência sexual nas relações maritais, tendo como objetivo específico: identificar a violência nas práticas sexuais conjugais de mulheres de Santo Antônio de Jesus. Os sujeitos do estudo foram mulheres que já iniciaram sua atividade sexual, elas eram cadastradas em três Unidades Básicas de Saúde, em Santo Antônio de Jesus. O lócus da pesquisa foram as Unidades de Saúde pertencentes a Estratégia de Saúde da Família localizadas em Santo Antônio de Jesus-BA. Para organização e categorização dos resultados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Participaram do estudo 29 mulheres, todas tinham idades que variaram entre 18 e 62 anos, destas 16 possuíam ensino fundamental incompleto, 12 delas possuíam ensino médio completo e uma ensino médio incompleto. Com relação à auto declaração da raça, 16 afirmaram ser pretas, 12 pardas e uma branca. Apenas 10 possuíam emprego fixo, as demais (19) dependiam do salário do companheiro ou da pensão dos filhos. Se tratando do perfil sexual e reprodutivo das mulheres, 10 tiveram a menarca aos 12 anos, duas aos nove anos, sete aos 13 anos, três aos 11 anos, três aos 14anos, duas aos 15anos e duas aos 17 anos. Já a coitarca aconteceu entre os 13 e os 28 anos. Se tratando de métodos contraceptivos e preservativos, apenas 10 referiram utilizar a dupla proteção (contraceptivo associado à camisinha). Com relação à utilização da camisinha masculina apenas duas relataram nunca ter utilizado este insumo, porque acreditam ser desnecessária a utilização tendo em vista que, para elas, o casamento é um fator protetor para a aquisição de DSTs; analisando a utilização da camisinha feminina apenas duas mulheres fizeram uso desse preservativo. 11 disseram ter sofrido algum tipo de violência ou se sentiam agredidas pelo seu parceiro e 18 disseram que não. No entanto, todas as mulheres deixaram claro em seus discursos que se submetiam a vontade do marido de não utilizar preservativos, mesmo quando estas queriam utilizar, e também fazendo sexo sem vontade para satisfação do seu parceiro e cumprimento do seu “papel de esposa”. A não percepção da vulnerabilidade às DSTs/HIV/AIDS configura-se como elemento chave para o seu aumento entre as mulheres, principalmente àquelas em união estável/casadas. Quebrar a cadeia de transmissão, promover diagnóstico e tratamento é importante, mas fica aquém da necessidade de se estabelecer mecanismos de prevenção efetivos e claros, e que essas mulheres sejam empoderadas. Novos desafios se revelam para questões velhas, que mudaram de forma com o passar dos anos, refletindo até na feminização das DSTs/HIV/Aids. A violência é conceituada, tem caráter punitivo, é considerada como algo inaceitável, mas ainda é permitida, justamente porque não é totalmente percebida, principalmente em contextos embebidos de sentimento, relações íntimas de afeto e sexo.

Palavras-chave: Violência sexual, violência contra a mulher, violência doméstica, estupro, enfermagem.

ABSTRACT

The present study arose from the thematic approach to HIV / AIDS in women possible by the inclusion in the research project "Strategies to Combat the Feminization of HIV / AIDS in Santo Antônio de Jesus". This study aimed to identify the occurrence of sexual violence in marital relationships, with the specific goal: to identify violence in marital sexual practices of women of Santo Antônio de Jesus. The study subjects were women who have started their sexual activity, they were enrolled in three Basic Health Units in Santo Antônio de Jesus. The locus of the research were Health Units belonging to the Family Health Strategy located in Santo Antônio de Jesus, Bahia. For organization and categorization of results the technique of content analysis was used Bardin. The study included 29 women, all had ages ranging between 18 and 62 years, 16 of these had incomplete primary education, 12 of them had high school and completed secondary school. Regarding the self declaration of race, 16 said it was black, 12 brown and white. Only 10 had a steady job, the other (19) depended on the wages of the partner or child support. When dealing with sexual and reproductive profile of women, 10 had menarche at age 12, two to nine years, seven to 13 years, three to 11 years, three to 14 years old, 15 years old and two to two to 17 years. Since first sexual intercourse took place between 13 and 28 years. The case of contraceptive methods and condoms, only 10 reported using dual protection (condoms contraceptive associated with). With regard to the use of male condoms only two reported never having used this input, because they believe it is unnecessary to use considering that, for them, marriage is a protective factor for acquiring STIs; analyzing the use of the female condom only two women made use of this condom. 11 said they had experienced some form of violence or were assaulted by their partner and 18 said no. However, all the women made it clear in his speeches that they submitted to the will of her husband not to use condoms, even when they wanted to use, and also sex unwilling to satisfy your partner and fulfilling their "role of wife." The lack of perception of vulnerability to STIs / HIV / SDSS appears as a key element to its increase among women, especially those in stable / married union. Break the chain of transmission, promote diagnosis and treatment is important, but it falls short of the need to establish clear and effective mechanisms of prevention, and that these women are empowered. New challenges reveal themselves to old questions, which changed shape over the years, reflecting up in the feminization of STDs / HIV / AIDS. Violence is reputable, has a punitive character, is regarded as unacceptable, but is still allowed, precisely because it is not fully perceived, especially in embedded contexts feeling, intimate relationships of affection and sex.

Keywords: Sexual violence, violence against women, domestic violence, rape, nursing.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 1.1 A violência contra a mulher na conjugalidade..... | 10 |
| 1.2 A sexualidade na vida a dois..... | 15 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA..... | 17 |
| 2.1 A vivência da sexualidade..... | 17 |
| 2.2 O prazer sexual | 20 |
| 2.3 Violência sexual: concepções..... | 23 |
| 3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA..... | 26 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 28 |
| 4.1 Análise do perfil socioeconômico..... | 28 |
| 4.2 Perfil sexual e reprodutivo..... | 29 |
| 4.3 Uso de métodos de contracepção e insumos de prevenção..... | 30 |
| 4.4 Violência entre parceiros íntimos..... | 36 |
| 4.5 Sexo cedido: desvelando contextos de violência sexual..... | 39 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 40 |
| 6. REFERÊNCIAS..... | 43 |
| 7. APÊNDICE A- ROTEIRO DAS ENTREVISTAS..... | 50 |
| 8. APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... | 55 |
| 9. APÊNDICE C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.... | 58 |

1. INTRODUÇÃO

A ideia de realizar esse estudo surgiu a partir da aproximação com a temática HIV/Aids em mulheres oportunizada pela inserção no projeto de pesquisa **“Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus”**, que objetiva traçar estratégias de enfrentamento a essa feminização. Assim durante o processo de aproximação com os sujeitos do estudo, a coleta e análise dos relatos surgiram como resultados a baixa adesão a utilização da camisinha masculina entre os casais, a ideia do casamento como um fator protetor às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), a pequena aderência a camisinha feminina, o parceiro estável não querer ou não gostar de fazer uso de camisinha.

Algumas inquietações surgiram durante esse período de construção, dentre elas destaque: as relações estabelecidas entre os casais. Era evidente a falta de diálogo e acordos, o que favorecia a vulnerabilidade das mulheres as DSTs/HIV/AIDS, no entanto isso não era algo percebido por elas, as relações maritais tinham algumas marcas claras como a presença de relações sexuais consentidas, no entanto, havia um emaranhado de concessões, ameaças, medos e anseios, o que poderia tratar-se de uma possível situação de violência contra a mulher.

Falar sobre violência, em qualquer contexto, pressupõe o reconhecimento de uma temática complexa, que sofreu diversas modificações ao passar das décadas e que hoje urge em nossa sociedade requerendo, cada vez mais, políticas públicas voltadas a resolver, não a violência, mais seu fator causal.

Segundo Almeida (2010), identificar uma situação de violência é algo relativamente simples, no entanto, conceituar a violência torna-se complexo justamente porque a ação geradora da violência tem significados diversos, de acordo com a cultura, momento e condições em que o fato ocorre.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como uso intencional do poder, força real ou através de ameaça contra outra pessoa ou si mesmo, grupo ou comunidade, resultando ou podendo resultar em lesão, levar à morte, causar dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (WHO, 2002).

A definição da OMS foca no resultado da imposição de força ou ameaça resultando em lesão, mas, para Rocha (1996) a violência pode ser considerada como uma força que ultrapassa limites, visto que todo ato de violentar deixa sempre uma vítima, que é violada de alguma forma. Chamando a atenção para o fato das marcas e

resultados da violência irem além de questões físicas, mas afetando toda a vida da vítima.

O tema violência, no Brasil, insere-se na Agenda de Saúde Pública na década de 80, a partir deste mesmo período as mortes decorrentes de acidentes e de violências ocupam o segundo lugar no quadro de causas de morte no país, representando 15% do total de óbitos (BRASIL, 2001).

As causas da violência têm sido discutidas pelos pesquisadores da área, e é sabido que a violência é um evento constituído de forma multifatorial, e que cada contexto onde a violência está inserida deve ser avaliado como um todo.

1.1 A violência contra a mulher na conjugalidade

Na década de 1980 as Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres (DEAMs) foram criadas, um dos principais frutos das reivindicações dos grupos feministas brasileiros, como mecanismo para combater a violência contra a mulher (MEDEIROS, 2012).

Na perspectiva de ampliar a compreensão dos agentes policiais que trabalham nessa área, no que diz respeito à violência de gênero, diversas iniciativas foram tomadas, inclusive cursos de capacitação no assunto, como o curso realizado em 2004, no Distrito Federal e nos estados de Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul pela Organização Não Governamental AGENDE- Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento, promovido pela Secretaria de Estado dos Direitos das Mulheres (SEDIM) e pelo Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres (CNDM), com a parceria da Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), relatado por Bandeira, Almeida e Mesquita (2004).

Nesta ocasião, os profissionais envolvidos foram sensibilizados a perceber o grande espectro de realidades a que estavam tendo contato.

Pensamos que ampliar a compreensão da maioria dessas/es agentes policiais no que tange à violência de gênero pode ajudá-las/os a perceber uma gama de novas realidades. Por exemplo: a) não estão diante de mulheres passivas, meras vítimas de violência doméstica, sem-vergonhas ou que gostem de apanhar por se manterem numa situação de violência, nada fazendo por si mesmas; b) as demandantes por seus serviços não estão ali por não terem o que fazer ou por querer apenas se exibir, mas buscam proteção, aconchego, segurança e, o que é muito importante, alguém que as escute e lhes permita expressarem-se à sua maneira e potencializarem suas vozes emudecidas; c) não devem se sentir tão impotentes ou indignadas/os quando uma mulher agredida retira a queixa

ou volta à delegacia acompanhada pelo próprio agressor; d) devem valorizar o próprio atendimento, percebendo que podem contribuir para a diminuição da escalada da violência em geral e para o fortalecimento da execução das leis dentro da perspectiva dos direitos humanos (BANDEIRA, ALMEIDA E MESQUITA, 2004, p 12).

Expressando, mais uma vez, a complexidade do assunto, exigindo uma capacitação para dirimir as premissas pré-existentes, a fim de promover um julgamento/entendimento mais fidedigno e criterioso do acontecido. Trata-se de um assunto complexo por lidar com situações paradoxais; que envolvem sentimentos, afeto, violência e medo, e a mulher como figura central (BANDEIRA, ALMEIDA E MESQUITA, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a violência contra a mulher possui diversos formatos, que variam em seu grau de gravidade e se manifestam de diversas formas, evoluindo de forma crescente em severidade, alcançando sua manifestação extrema, o homicídio. Já a violência de gênero baseia-se em qualquer ação que cause dano, lesão ou morte, baseada nos conflitos de gênero, e é o resultado da histórica desigualdade de poder entre homens e mulheres.

Segundo o artigo 7º da Lei nº 11.340/2006, Lei Maria da Penha, são tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher: violência física, psicológica, patrimonial e moral (BRASIL, 2006).

A violência intrafamiliar é o uso de ações que prejudiquem o bem-estar, a integridade física ou psicológica, ou que impossibilitem o membro da família de exercer sua plena liberdade; pode ser cometida dentro ou não do lar. Já a violência doméstica, inclui outros membros não parentais do grupo de convivência no espaço doméstico. A violência física acontece quando em uma situação o indivíduo através da força, de dano não acidental, também por meios de armas provoque lesões externas. A violência sexual inclui a tentativa ou ato de manter relações sexuais sob coação ou ameaça, e pode acontecer dentro das mais diversas relações, inclusive no casamento (BRASIL, 2001).

Entender os tipos de violência que a mulher está exposta e o que cada uma significa ampliam a discussão em torno do assunto, porque traz elementos importantes dentro de cada realidade, reconhecendo que os ambientes violentos são principalmente os domésticos e íntimos, e que cada um deles demonstra um tipo de vulnerabilidade.

Saffioti (1994) discute que a violência do homem contra a mulher é constitutiva da organização social de gênero no Brasil; violência essa de qualquer etiologia. Segundo Souza (2005), a violência inicialmente era estudada apenas como componente

da criminalidade, no entanto, hoje, outras áreas de estudo tem se debruçado para estudá-la, porque cada vez mais tem adentrado e influenciado outros setores, com impacto relevante sobre a saúde.

Em muitos contextos a violência passa despercebida, por vários motivos, algumas vezes por ser presente há tanto tempo que se tornou parte da rotina, ou porque as relações foram construídas em cima de atos violentos, que são vistos como naturais. Essa naturalização da violência, de acordo com Almeida e Costa (2008), tem no essencialismo um mecanismo de naturalização, visto que, pesquisas recentes demonstram que as crenças nas essências inatas formam as convicções humanas desde sua infância. Então, a percepção da violência contra a mulher ocorre no contexto de crenças essencialistas sobre as diferenças entre os homens e mulheres, e isto é um fator que difere de acordo com o contexto vivido por cada indivíduo.

Minayo e Souza (1998) afirmam que a violência é um dos eternos problemas da teoria social da humanidade, que sempre esteve presente das diversas formas de organização da sociedade. Mesmo que às vezes não seja reconhecida como tal, o que, em alguns contextos, não causa problema até que seu desfecho máximo seja alcançado, um homicídio, por exemplo.

O que antigamente era associado a situações de guerra, investida contra desconhecidos ou adversários, passou a ser observado também dentro de contextos totalmente opostos a estes, em ambientes globalmente reconhecidos como acolhedores e de afeição, na família, não porque inexistia, apenas não era reconhecido.

Por muito tempo a violência praticada contra a mulher foi socialmente permitida, e isso ficou inserido dentro da cultura do masculino e feminino, expressando uma tolerância para com tais ações de agressividade (ALMEIDA, 2010).

Falar de violência no contexto social é complexo, e falar de uma violência que ocorre dentro de uma relação conjugal envolve ainda mais reflexão, por trata-se de uma situação que envolve confiança, convivência, afeto e aproximação entre as partes. De acordo com Almeida (2010), a violência conjugal deve ser entendida como todo tipo de agressão que é praticada contra cônjuge ou companheiro. A análise deste fato deve envolver não apenas o fato, ato de violentar, mas todo o contexto que o circunda, que muito logicamente deve estar inserido em conflitos de gênero e poder entre as partes, mergulhados em contextos individualmente construídos.

Com a elaboração do conceito de gênero, na verdade um avanço do movimento feminista, ficou claro que a determinação do que é homem ou mulher não se dá na

observação de suas anatomias, e sim da simbolização dada pela sociedade a cada um deles, como gênero se entende o conjunto de ideias em determinada cultura sobre o que é característico do homem e da mulher (LAMAS, 2010).

Nesse sentido, conseguimos perceber que o papel historicamente desempenhado pelo homem, de mantenedor da família, o “cabeça”, lhe denota certo poder dentro do contexto familiar, poder este que vem sendo cada vez mais utilizado pelas mulheres, que estão ocupando este espaço dentro da família. O modelo de família tradicional, cujo homem ocupa o papel de trabalhador remunerado e a mulher de doméstica, cuidadora do lar e dos filhos, passou a não ser mais tão comum em nossa realidade a partir do início do século XIX, no entanto o papel de cuidador do lar não foi incorporado pelo homem, com a mesma responsabilidade com a qual a mulher o assume (FLECK e WAGNER, 2003).

Adelman (s/d) afirma que o poder dentro do ambiente conjugal é um instrumento de negociação, e que, para o funcionalismo, cabia ao homem a autoridade de papel de mantenedor. O poder se reduzia a dimensão da tomada de decisões, no entanto este modelo começou a ser criticado, e na década de 80, quando uma vertente feminista defendia que relações de gênero desiguais privilegiam o acesso dos homens a recursos sociais fundamentais começou a ampliar esta discussão.

É comum ao falarmos de violência contra a mulher estabelecer associações a atos de agressão de ordem física como chutes e pontapés. No entanto, a violência nas relações conjugais pode apresentar outra configuração que não deixa marcas visíveis, mas que agride profundamente o corpo e a alma. Outro aspecto importante é que, muitas vezes, a mulher por vivenciar contextos violentos na sua formação pessoal, posteriormente, em seus relacionamentos pode agir como se esperasse para ser agredida, mesmo o companheiro não tendo essa intenção, ela já deixa a entender e até mesmo permitir, sem perceber, que o ato aconteça. Outras vezes, o fator cultural que ela carrega, como da mulher sendo posse masculina, a deixa crer que não pode negar-se ao parceiro, e se “permitindo” violentar. E outros tantos fatores como: medo da traição e receio de ser uma “má” esposa influenciam essa violência permitida, que não se baseia apenas em agressões físicas.

Após a violência doméstica ter vencido o silêncio, há uns 40 anos, esse fenômeno começou a ser analisado além das vertentes fixas do “homem-agressor” e da “mulher-vítima”. A violência, quando vivenciada em um contexto de relação íntima, tem experiências bastante peculiares e diferenciadas; se tratando de violência contra a

mulher, nesse contexto, é preciso abandonar as premissas arraigadas nesse elemento, principalmente as vertentes fixas já citadas.

Então, é possível imaginar que as situações de violência entre parceiros expressem relações/conflitos de gênero como o desejo de dominação masculino, no entanto é necessário considerar que a prática da dominação não é, absolutamente, unidirecional, visto que, o desejo de dominar não é atributo exclusivo dos homens; sentimentos de agressividade, insegurança e ciúmes, por exemplo, podem ser expressos independente do poder, estabelecido como maior naquela relação. O modelo patriarcal comporta também exemplos de dominação exercidos por mulheres; claro que a situação de dominado não extingue o ato de violentar, e a dominação não depende da utilização de força física para se fazer acontecer, ficando claro que, por exemplo, é possível que uma mulher dominada agrida seu parceiro, seja ele violento ou não. Essa ambigüidade, nas relações violentas, foi percebida por vários estudiosos da área, inclusive Minayo, Assis e Neijane (2011), entre tantos outros (SOARES, 2012).

Informações sobre violência nas relações íntimas são dado novo, começaram a ser divulgados e percebidos há pouco tempo; e os dados que se tinha remetiam-se apenas a agressões sofridas por mulheres, que também eram as únicas pesquisadas, ficando subtendido que apenas elas eram as vítimas. Hoje percebemos que a violência nesses relacionamentos, geralmente, é expressa em reciprocidade, então a ideia de mulher como agressora começou a transparecer. Então não se trata de negar a vulnerabilidade feminina a algumas formas de violência, mas de reconhecer que a violência conjugal/doméstica tem relação com o patriarcalismo e se trata de uma situação com múltiplos determinantes e desfechos variáveis (SOARES, 2012).

1.2 A sexualidade na vida a dois

A função sexual é primordial na vida de todo ser vivo, seja mono ou pluricelular, vertebrado ou invertebrado. Trata-se de um instinto, através do qual se busca a perpetuação da espécie. No caso do ser humano busca-se, também, a satisfação do prazer genésico. A vivência da sexualidade entre homens e mulheres é diferente; quando se fala em sexualidade associamos os fatores biológico, psicológico, culturais,

antropológicos, sociais e comportamentais, já ficando clara a diferença da vivência da sexualidade para homens e mulheres, visto que, os fatores citados moldam diferenças clássicas entre os dois, que obviamente influencia a experimentação sobre a sexualidade. Tratando-se de sexualidade, podemos significá-la como fusão do sexo com os aspectos relacionados à sua prática (CAMACHO, VARGENS e PROGIANTI, 2010).

Fica perceptível que a vivência da sexualidade passa por mitos, tabus e regras morais, socialmente construídas, que influenciam homens e mulheres nessa vivência. Gozzo et al (2000) discute que a mulher na sociedade brasileira é educada para ser obediente, casar, respeitar o seu marido, ter filhos, ser dona de casa, e desde pequena já deve ter bons modos e controle sobre suas vontades. Na adolescência as questões sobre sexo são não respondidas completamente, a mulher nessa fase aprende a negar o prazer, censurar-se e assim ter culpa. Tudo isso influencia a forma que as mulheres vivenciam e experimentam sua sexualidade, com reflexo em suas relações no futuro.

A função sexual é existente em todo o tipo de vida, é um instinto que leva a perpetuação da espécie, e no caso do ser humano, o prazer sexual também é almejado (COSTA, 2008).

Assim, o sexo sem vontade, cedido diante de ameaças, coações, insistências deve se caracterizar em um ato de violência, mesmo quando não é percebido como tal pela vítima. O sexo cedido é, justamente, um ato permitido pela mulher contra sua vontade, para atender a crenças e valores socialmente construídos de que o corpo da mulher é do marido, uma posse, onde o mesmo tem o direito de utilizar a sua vontade, e esta, está obrigada a aceitar para que desempenhe de forma adequada seu papel de mulher/esposa.

Durante a realização do projeto, do qual este trabalho surgiu, foram observados relatos das mulheres que apontavam para situações de violência, que as mesmas não identificavam como atos violentos, sempre citando o sexo cedido. Isso chamou atenção, despertando interesse no assunto, culminando na realização deste trabalho. A questão de pesquisa foi: existe violência sexual entre parceiros íntimos?

Este trabalho objetivou identificar a ocorrência de violência sexual nas relações maritais, tendo como objetivo específico: identificar a violência nas práticas sexuais conjugais de mulheres de Santo Antônio de Jesus.

Este trabalho pode contribuir para criação de estratégias de enfrentamento à feminização das DST'S, porque vai além dos diagnósticos sorológicos e uso de insumos de prevenção, ele estuda o desenrolar da vida sexual das mulheres, apontando

vulnerabilidades, onde podem ser criadas estratégias de combate a estas, além do combate a violência contra a mulher.

2- REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A vivência da sexualidade

Culturalmente falando, até pouco tempo, o sexo era tido como elemento primordialmente ligado à reprodução, e a vivência feminina deste ato carregada de visões e “verdades” historicamente colocadas como corretas, que inconscientemente eram reproduzidas em seus relacionamentos; felizmente hoje essas “verdades” vem sendo cada vez mais questionadas e combatidas, à luz das ciências e da inserção cada vez maior da mulher nos espaços de discussão.

Uma dessas “verdades” colocava o prazer sexual como algo moralmente condenável, associado ao pecado, reprimindo a vivência dessa sensação. Contemporaneamente, o sexo integra o cotidiano da sociedade, não mais visto como elemento exclusivo para reprodução humana, e nesse contexto o prazer humano também é observado, e não apenas aspecto orgânico, mas, também biopsicossocial (GOZZO et al, 2000).

Partindo para uma observação histórica do elemento sexualidade, Foucault (1984) ressaltou que o esse elemento é um termo que surgiu no século XIX, ficando claro que pertencente às sociedades atuais, antes disse esse elemento não era considerado. Por não existir uma definição para tal, a concepção aceita era a do homem com ser perfeito, e a mulher era sua inversão anatômica, onde o útero era o escroto feminino, a vulva um prepúcio e a vagina era um pênis; esse era o conhecido one-sex-model, que durante milênios foi tido como correto, dominando o pensamento anatômico. Ficando possível inferir que o modelo de perfeição era, justamente, a anatomia masculina, expondo a ideia da superioridade masculina e inferioridade feminina. Esse conceito trazia consigo outras idéias imbricadas, como a da mulher ser um homem invertido inferior e ser um sujeito menos desenvolvido, metafisicamente falando (SILVA, 2000).

As teorias seguintes a esta, do one-sex-model, que a priori objetivaram estabelecer as diferenças entre os sexos, terminavam por construir narrativas que ratificavam a diferença inferior da anatomia feminina, descrita anteriormente. Com esse modelo de perfeição masculina imperando todas as outras características recebiam influência desse modelo, as relações de reprodução, sexo e orgasmo seguiam esse modelo. Apenas na transição dos séculos XVIII e XIX que houve a queda desse

conceito, surgindo o two-sex-model saindo da relação anatomo-fisiológica e entrando a visão político-ideológica, impondo diferenças morais no comportamento feminino e masculino, de acordo, claro, com a sociedade burguesa, capitalista e individualista implantada nos países europeus. Assim, de homem invertido a mulher passa a ser o contrário do homem, então a discussão deixa o âmbito fisiológico e se instala nas regras e papéis socioculturais estabelecidos na época (SILVA, 2000).

Todo esse processo histórico tem influência na forma como o feminino e masculino foram construídos, cultural e socialmente falando. Mesmo que haja uma imposição biológica na determinação do sexo humano, o conceito de papel sexual e a forma como o indivíduo expressa a sua identidade sexual também devem ser observadas. Então, a masculinidade e a feminilidade como expressões de comportamento, à luz do que é culturalmente aceito, para serem percebidos como tal devem trazer consigo elementos discriminados como peças-chaves do comportamento; como força, agressividade, lógica e independência, dentro das características masculinas, e fraqueza, submissão, dependência e emoção como elementos compatíveis com o feminino (FERREIRA e TRINDADE, 2008). Dentro desses preceitos a mulher fica em posição totalmente vulnerável ao homem, dependendo dele, construindo as desigualdades entre os sexos.

De acordo com Ferreira e Trindade (2008), a influência européia ocidental que sofremos, baseada na ética e moral do Cristianismo, determinou o sexo e o corpo como locais restritos; ficando a mulher, pela sua condição de desigualdade, por muitos anos vivendo sob a tutela masculina, primeiro de seu pai, e em seguida de seu marido, com sua sexualidade limitada aos padrões Cristãos, legalizada pelo casamento e cumprimento da sua função reprodutora.

Segundo Garcia (2007), no final do século XVIII constituiu-se uma nova feminilidade, firmada sob quatro pilares. Primeiro a domesticidade, a figura da mulher como dona de casa e cuidadora dos filhos. O segundo, a ideia do amor materno, a visão da mãe dedicada. Terceiro, a submissão e religiosidade, castidade feminina. E o quarto, o amor romântico, baseando as relações conjugais no amor e afeto, e não na sexualidade.

Na idade média, os teólogos medievais começaram a discutir a noção de dívida conjugal - *debitum conjugale* -, de acordo com está a conjunção carnal entre os esposos não deve acontecer simplesmente pela aproximação dos corpos e sim pela exigência de um deles pelo pagamento de sua dívida e a necessidade que o outro tem de quitá-la.

Assim, homem e mulher estavam no mesmo patamar, e ainda com uma ressalva: a mulher só está obrigada a pagar sua dívida quando o marido a cobrar explicitamente, já no caso do marido, a expressão fisionômica, gestos e atitudes de sua esposa devem ser observados, pois é assim, e somente assim, que ela poderá cobrar a dívida, não podendo ela expor seu desejo em palavras. Então questiona-se que igualdade é essa onde a mulher não pode ousar reclamar seus direitos, apenas insinuar, e o homem é quem julga esse direito. Não existe igualdade também quando no ato sexual a mulher deve ser submissa e passiva, e o homem considerado superior é quem assume o controle de tudo (SEIXAS, 1998).

Pensando em nosso passado histórico, focando em na realidade brasileira, no século XVI, no período colonial, três mil portugueses homens desembarcaram em nosso país com a tarefa de colonização. Estes homens foram se misturando com as índias, mais tarde com as escravas trazidas da África, porque as mulheres brancas só chegaram só chegaram cinquenta anos depois do primeiro desembarque de portugueses. Segundo Seixas (1998), neste período a sexualidade não era regida por regras morais, a poligamia, incesto e bestialidade existiam sem restrições, bem como a subjugação de escravas por seus senhores, a liberdade sexual do homem sobre a mulher imperava, e existiam vários filhos bastardos nas senzalas.

Esse modo de dominação era um reflexo das relações de poder no momento, da dominação dos senhores sobre os escravos (SEIXAS, 2008). Para Del Priore (1993), a criação de estereótipos sobre a mulher brasileira já começaram a ser criados nesse período, advindos das relações de gênero daquele momento. A diferença étnica da mulher era a responsável por determinar qual função iria desempenhar no Brasil colonial, a branca trazida da cidade grande dava a garantia da maternidade com alvo de pele e a nativa contribuía com o seu próprio corpo e com seu trabalho, posteriormente este lugar foi ocupado pelas negras (OLIVEIRA, 2008).

Enquanto isso ocorria nas senzalas, as mulheres brancas eram tidas como guardiãs da honra da família, enclausuradas e recatadas. Os casamentos eram arranjados pelo pai, e realizados com seu consentimento, preferencialmente entre primos, e as mulheres geralmente se casavam entre 12 e 14 anos de idade, na grande maioria das vezes, com homens bem mais velhos do que elas.

Várias são as heranças desses períodos, a forma de vivência da sexualidade feminina até hoje sobre por ter consigo elementos arraigados, que as mulheres aprendem por influência de sua criação, da transposição de ideias e conceitos trazidos

entre as gerações até ela, que ficam implícitos em sua conduta diante da expressão de sua sexualidade, e passam despercebidos, na grande maioria das vezes.

2.2 O prazer sexual

Vários são os autores que discorrem sobre a relação histórica estabelecida entre prazer sexual e pecado, por questões construídas culturalmente falando, o sexo até algum tempo atrás era algo ligado apenas a reprodução, e o prazer reprimido e pecaminoso. O que por muitos anos limitou a prática sexual dentro do casamento a um ato de procriação, argumento utilizado também para os atos de infidelidade masculina. Hoje, o sexo está inserido nas questões cotidianas, e não está mais atrelado apenas a reprodução, mas também aos aspectos biopsicossociais, onde o prazer é elemento indissociável (GOZZO et al, 2000).

Masters e Johnson (1979) na década de 60 revolucionaram os estudos na área da sexologia, pela primeira vez observaram em laboratório a atividade sexual, na verdade suas repercussões no corpo humano. Seus estudos trataram da análise direta da masturbação e de mais de 10.000 atos sexuais, observando as respostas fisiológicas do corpo humano ao estímulo erótico e sexual. Iniciando assim a associação dos relacionamentos e práticas sexuais com aspectos fisiológicos, expressos de maneira diferente pelos indivíduos.

O estudo da sexualidade contemporânea nas áreas médica e psicológica se referencia, fundamentalmente, nos casal Masters e Johnson, como base para a avaliação de disfunções sexuais e também para seu tratamento em forma de terapias (SENA, 2010). O ginecologista William Masters junto com sua esposa e psicóloga, Virgínia Johnson, iniciou a pesquisa em 1954, na Universidade de Washington. Os resultados encontrados por Masters e Jonhson.

O *Human Sexual Response* (A Resposta Sexual Humana) foi publicado no ano de 1966 nos Estados Unidos da América, e através da observação anatômica e laboratorial de 694 voluntários (312 do sexo masculino e 382 do sexo feminino); resultado de análises clínicas, foi publicado 11 anos após sua elaboração. A publicação tratava de itens em categorias, a resposta feminina foi colocada em um capítulo, e neste dói descrito a anatomia e fisiologia do clitóris, vagina e útero, bem como o orgasmo feminino e a resposta sexual feminina durante o período gestacional. No capítulo

masculino, os autores também falaram da anatomia e fisiologia do pênis, escroto e testículos e sobre a atividade/resposta sexual na velhice, ao fim do livro os autores teceram uma comparação entre a resposta sexual feminina e masculina (SENN, 2010).

A teoria desenvolvida foi dividida em quatro estágios, o primeiro corresponde a fase excitação, onde tem início o interesse sexual através dos diversos estímulos, de acordo com cada indivíduo; nessa fase os autores descrevem a resposta anatomofisiológica no corpo feminino, como a disposição dos órgãos genitais, a lubrificação, o aumento do fluxo sanguíneo para essa região que aumenta o volume da vagina, por exemplo. No caso masculino com a excitação os impulsos nervosos promovem a vasodilatação, os corpos cavernosos começam a ser repletos de sangue, levando a ereção (GARCIA, 2007).

O estudo deixou claro que para o homem a excitação pode ocorrer rapidamente, pois, apenas dois a cinco minutos são necessários para que seus órgãos genitais estejam repletos de sangue, proporcionando-lhes a completa ereção. Já no caso da mulher, seria necessário, ao mínimo, o triplo desse tempo para que fosse possível uma lubrificação satisfatória, podendo esse tempo atingir o período de 40 minutos (MASTERS e JOHNSON, 1979). O estudo também apontou que a mulher requer maior tempo de estimulação para alcançar o orgasmo, quando comparada com o homem; interrupções nessa estimulação levam a necessidade de iniciar tudo novamente para que se alcance o momento perdido, além do fato do medo de uma possível gravidez ser um fator que disperse a mulher (GARCIA, 2007).

A fase seguinte foi denominada Platô, é o momento em que há um alto grau de excitabilidade, que é constante. A próxima fase é a do orgasmo, neste momento rubor, calor, aumento da frequência cardíaca, ligadas a contração da musculatura inferior e pélvica, que é um elemento importante na duração do orgasmo, quanto maior o número de contrações musculares mais longo é o orgasmo, mesmo que não mais intenso.

E a última fase é a da resolução, onde ocorre o suave declínio da excitação até o descanso. Na mulher é mais suave, e pode ser retomado seguido de descanso várias vezes, por isso os orgasmos múltiplos são obtidos em alguns casos; já no homem é brusco, por isso ele geralmente é tido como mono-orgásmico (GARCIA, 2007).

Dentre as diversas críticas e elogios que esta pesquisa recebeu podemos destacar que ela contribuiu para a observação que fatores biológicos peculiares de cada sexo tem fator importante sobre a vivência do prazer sexual de homens e mulheres, no entanto o fator psicológico não pode ser inobservado.

Para Laplanche (1995) o prazer não depende exclusivamente do funcionamento biológico do sistema reprodutor ou do aparelho genital, mas as excitações das quais depende são reflexos de atividades vivenciadas desde a infância do indivíduo que se complementa a necessidade fisiológica fundamental, chegando ao fim na sensação do prazer. A partir de então, já fica claro que a experimentação e formação cultural de cada um é elemento crucial para a vivência da sua sexualidade e a expressão de prazer sexual também.

Lembrando dos aspectos discutidos anteriormente, Diamantino et al (2003) confirmam que a mulher brasileira, desde sua formação inicial, durante a infância, é educada para ser resguardada, é criada para servir, ser obediente, casar, respeitar o marido, ter filhos, ser dona de casa, e afins; para a autora a mulher desde criança deve demonstrar bons modos e controle sobre suas vontades, e em sua adolescência um clima de censura e medo, ao redor do prazer, lhe é imposto, e as questões de sexo geram constrangimentos, sobrando dúvidas e repressão de suas vontades.

Um estudo realizado por Gozzo et al (2000) revelou que a falta de diálogo entre o casal gerou dificuldades na vivência de sua sexualidade, o que nos remete a pensar na forma de criação feminina em questão. A mulher educada para ser submissa ao homem, em boa parte das vezes embute isso em seu interior, e mesmo que impensadamente, acaba por submeter-se ao homem na relação sexual, que por muitas vezes pode trazer-lhe experiências de frustração e deixá-la distante de alcançar a satisfação sexual.

O contexto cultural, o qual tanto nos referimos, impõe um estereótipo negativo à realização de determinadas tarefas. Moraes, Strey e Pulcherio (2009) dizem que as meninas recebem a mensagem de que não são capazes de fazer determinadas atividades quando falham, já os meninos são repreendidos com o discurso de que não deveriam fazer tal coisa, ficando claro que o homem errou porque não deveria fazer e a mulher porque é incapaz. E tudo isso reflete na vida sexual e experimentação do prazer, criando mais uma vulnerabilidade para a mulher.

Diante do exposto é claro que a vivência do prazer sexual do homem e da mulher são diferentes, por questões anatômicas e fisiológicas, seguidas das questões socioculturais e psicológicas que a história traz.

Nas últimas décadas, o aumento do assédio sexual, da violência doméstica, do estupro e da prostituição forçada, o aumento de gestações precoces e o descomprometimento dos rapazes com estas, demonstra que a emancipação feminina

ainda não é homogênea, e existem ainda mulheres que pensam a partir de uma linguagem masculina e internalizam seus desejos (ZIKAN, 2005).

2.3 Violência sexual: concepções

A Organização Mundial da Saúde define violência como “o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si, contra outra pessoa ou a um grupo, resultando ou passível de levar a lesão, morte ou dano psicológico, privação ou deficiência de desenvolvimento” (WHO, 2002).

Muito provavelmente a violência sempre fez parte das relações humanas. As agressões e auto-agressões, dirigidas a um indivíduo ou coletividade, são responsáveis pela morte ou provocam lesões em milhões de pessoas (DAHLBERG e KRUG, 2007).

A estruturação em rede da violência nos leva a estabelecer relações entre os diversos tipos de violência tem entre si quando vamos discutir sobre uma delas. No Brasil, o homem ocupa lugar de destaque nas estatísticas de violência, tanto como autor quanto vítima, é importante perceber que a violência entre os homens não está distante da que é cometida contra a mulher (NOLASCO, 1999). O fator diferencial nesse contexto é que a violência contra a mulher é mais incidente dentro de contextos domésticos e familiares, dentro das relações amorosas (HEISE et al., 1994; BREILH, 1993; ROSENBER, 1991).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência sexual como “qualquer tentativa ou ato sexual, ou ato para traficar a sexualidade de uma pessoa, utilizando ameaças, repressão ou força física, praticado por qualquer pessoa, independente de sua relação com a pessoa vítima, em qualquer cenário” (WHO, 2002).

No Brasil dados revelam que ocorrem mais de 205 mil agressões no período de um ano, e quando se trata de violência sexual dirigida às mulheres, 70% dos agressores são seus companheiro afetivos, assim podemos considerar que se trata de um caso endêmico (BRASIL, 2002).

Há algum tempo atrás, em nosso país, se trabalhava com a noção de violência contra a mulher e a mulher como vítima, até a equipe da Casa Eliane de Grammont (em São Paulo) divulgar a expressão: “mulheres em situação de violência”, isso em 1989, pondo a mulher no lugar de sujeito, apontando que não se trata apenas de uma situação unilateral onde o violento age contra uma vítima, mas que a violência por vezes é

construída dentro de uma ambiente que envolve sentimentos e intimidade, onde o vitimado se coloca na posição de expectador da ação violenta, como se já esperasse. Obviamente, esta abordagem recebeu críticas de integrantes do movimento feminista, porque nesta visão há uma responsabilização da mulher na manutenção da relação violenta, contribuindo, segundo as mesmas, para a ideia de culpabilização feminina, reconhecendo assim que a mulher não é elemento passivo, mas também contribui na relação de violência, mesmo quando dominada. Isso fica claro no caso da violência conjugal contínua, quando os padrões de relacionamento que se estabelece desencadeiam a violência. No entanto, não podemos esquecer que o reconhecimento das relações de gênero também aponta a assimetria que há no estabelecimento das relações violentas no sentido da vivência do poder (SOUZA e ADESSE, 2005).

A análise da violência conjugal é sempre vista de um modo simplificador, pela sua conjuntura de fatores individuais e coletivos, resultando na atribuição de causas, de forma unilateral, como a dominação do homem sobre a mulher, escrevendo uma história fixa de agressor e vítima, não que estes papéis não existam, ou que não existam grupos vulneráveis a algumas situações de violência. Quando o contexto é uma relação íntima existem impactos e interpretações diferenciadas, porque a dominação nem sempre se dá unilateralmente, do homem para a mulher, pode ser uma dupla ação, de ambos os parceiros. Mesmo a condição de dominado pode apresentar-se como elemento agressor de determinadas situações, em uma situação de autodefesa, por exemplo (SOARES, 2012).

Soares (2012) relata que se tratando de violência conjugal/entre parceiros íntimos os agressores se equiparavam, entre homem e mulher, desconstruindo o conceito firmado de que a mulher sempre é a vítima, reconhecendo que existem situações onde a dominação masculina, atrelada a passividade da esposa indefesa tenha se tornado base de situações de violência vivida por mulheres, mas quando estas submetem-se e aceitam conviver contextos íntimos violentos por depender financeiramente do parceiro, afetivamente, ou por ter medo de separar-se e ficar sem condições de criar os filhos, mesmo que sem a intenção, estão reforçando a conduta violenta dominante do parceiro, e obviamente, situações como estas não são simples de se desconstruir (SOARES, 2012).

Os numerosos casos de violência conjugal e a impunidade dos agressores, no Brasil, colaboraram para a continuação do ciclo violento. Recentemente é que a

violência sexual chama a atenção, à princípio atrelado a atuação da polícia e do legislativo (D'OLIVEIRA, 1997).

Os estudos e políticas direcionadas a violência sexual são recentes e insuficientes, revelando a dificuldade que há em se trabalhar com as dimensões mais problemáticas da sexualidade influenciadas pela cultura local (SOUZA e ADESSE, 2005).

Para a própria mulher não é fácil identificar todas as situações que podem ser consideradas como violência sexual, principalmente quando esta é empreendida pelo seu companheiro. Pesquisas (DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2005) revelam como é difícil estabelecer limites definidos entre o contato sexual desejado e o cedido, a partir de realidades distintas, complexas e peculiares, onde o desejo feminino é algo que não é exposto.

O estupro é definido pelo Código Penal brasileiro como ato de constrangimento à conjunção carnal, pelo uso de violência ou ameaça grave, ou a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso. Como conjunção carnal entende-se o coito vaginal completo ou não, com ou sem a ejaculação. Já a violência ou ameaça grave baseia-se na utilização da força física de modo que a vítima não tenha defesa (BRASIL, 2009).

3- TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Para a ciência alcançar a veracidade dos fatos ela utiliza de diferentes métodos. Do grego (methodos) a palavra metodologia significa “caminho para se chegar ao fim”, nada mais é do que o caminho que se percorre para o alcance de objetivos traçados (GIL, 2006).

A pesquisa apresentada trata-se de um estudo com abordagem qualitativa. Na metodologia qualitativa a principal preocupação é utilizar de uma visão psicossocial para a análise dos dados, considerando que o vínculo indissociável do indivíduo com o mundo determina uma individualidade subjetiva que não pode ser expressa em números (GIL, 2006).

Os sujeitos do estudo foram 29 mulheres, que atendiam aos critérios de inclusão: já iniciaram sua atividade sexual, e tinham idade superior a 18 anos, possuíam parceiros sexuais. Estas mulheres eram atendidas em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, a captação dos sujeitos foi aleatória, bem como a escolha das unidades.

O lócus da pesquisa foram Unidades de Saúde pertencentes a Estratégia de Saúde da Família (ESF), escolhidas aleatoriamente, localizadas na zona urbana do município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, na região do Recôncavo Baiano. A coleta dos dados ocorreu no período de abril a maio de 2013. O município fica localizado às margens da BR-101, a 187 Km da capital Salvador, e segundo uma estimativa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, a população estimada é de 99.407 habitantes.

O município de Santo Antônio de Jesus possui 23 Unidades de Saúde, sendo que 21 pertencem a Estratégia de Saúde da Família (ESF), destas 19 localizam-se na Zona Urbana e duas na Zona Rural, e duas são Unidades Básicas de Saúde (CNES, 2014).

Para a coleta dos dados utilizamos a entrevista a partir de um roteiro pré-estabelecido, que foi organizado em grupos temáticos, o primeiro contém questões que objetivavam identificar o perfil socioeconômico da mulher, com informações sobre cor/raça, naturalidade, religião, renda familiar, grau de escolaridade, situação conjugal e paridade. O segundo trata dos antecedentes ginecológicos e obstétricos, o terceiro norteia a investigação da situação sorológica da entrevistada, o quarto direciona a discussão na perspectiva da mulher sobre a sua saúde sexual; o quinto trata de uma investigação da relação dessa mulher e de seu parceiro com os insumos de prevenção a

DST/HIV/AIDS, o sexto é direcionado a identificação de vulnerabilidades às DSTs, e o sétimo é voltado a mulheres que estavam no serviço de saúde em virtude de um atendimento para um diagnóstico prévio de DST.

Posteriormente, as entrevistas foram organizadas em temas e categorias, para então ser realizada a análise de conteúdo onde as informações foram processadas, analisadas, tratadas e interpretadas. Para organização e categorização dos resultados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Esta análise de conteúdo se configura como um conjunto de estratégias para análise da comunicação que, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, descrevem o conteúdo das mensagens. A escolha desta abordagem se deu pelo fato da utilização de um questionário semi-estruturado, onde o discurso livre e direcionado empregado pelas mulheres precisam ser analisados sem vieses.

Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo deve partir da organização, para isso o autor classifica métodos e técnicas e estabelece os momentos de organização da análise, codificação de resultados, categorização, inferências e, por último, informatização da análise. Essas etapas se organizam em três fases: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, com inferência e a interpretação.

A base referencial utilizada serão estudos que tratem da saúde da mulher, relações de poder, conflitos de gênero, sexo cedido, estupro marital, violência contra a mulher, violência sexual.

Após análise das entrevistas foram criadas cinco categorias: perfil socioeconômico, perfil sexual e reprodutivo, uso de métodos de contracepção e insumos de prevenção, violência entre parceiros íntimos e sexo cedido.

Este trabalho é um recorte de um projeto maior, intitulado Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus- Bahia, com parecer de aprovação 191.710, do Comitê de Ética em pesquisa da UFRB.

Respeitando os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, Resolução 466/2012, os sujeitos após tomarem conhecimento dos objetivos da pesquisa, descritos no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que segue em apêndice, decidiram se queriam participar voluntariamente ou não, tendo garantido o direito de desistir a qualquer momento. O TCLE foi emitido em duas vias, uma ficou com a mulher sujeito da pesquisa e a outra via com a entrevistadora, não houve recusa em participar da pesquisa.

O fato de nas Unidades não existir uma sala disponível para a realização da pesquisa, que promovesse ambiente silencioso e privativo, configurou-se como limitação para a realização deste estudo.

4- RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Análise do perfil socioeconômico

Participaram do estudo 29 mulheres, todas tinham idades que variaram entre 18 e 62 anos. Destas, 16 possuíam ensino fundamental incompleto, 12 delas possuíam ensino médio completo e uma ensino médio incompleto. Com relação à auto declaração da raça, 16 afirmaram ser pretas, 12 pardas e uma branca. Apenas 10 possuíam emprego fixo, as demais (19) dependiam do salário do companheiro ou da pensão dos filhos. Com relação ao estado civil, sete eram solteiras, nove casadas, 10 em união estável, duas divorciadas e uma viúva. A renda mensal de 18 delas é menor que dois salários mínimos, as 11 demais com renda mensal entre um e três salários mínimos.

Couto et al (2007) realizaram um estudo coordenado pela Organização Mundial da Saúde, no município de São Paulo e na zona da mata de Pernambuco, com abordagem qualitativa, objetivando problematizar os limites da abordagem de violência contra a mulher, foram estudadas 21 mulheres, com perfil socioeconômico bastante similar ao encontrado nesta pesquisa. Concluiu que a submissão feminina, destacando o aspecto da dependência financeira e sentimental, daria margem à dominação masculina, culminando na agressão física.

Já Marinheiro e Vieira (2006), em um estudo realizado com 300 mulheres, de caráter quantitativo e transversal, em Ribeirão Preto, detectaram fatores de risco para os tipos de violência, onde a baixa condição socioeconômica e baixo grau de escolaridade são apontados como elementos de risco comuns em mulheres que são agredidas pelos seus parceiros.

Quanto mais dependentes as mulheres são dos seus companheiros mais susceptíveis estão para sofrer violência por estes, e quando atrelado ao baixo grau de escolaridade esse fator é agravado.

4.2 Perfil sexual e reprodutivo

Com relação ao perfil sexual e reprodutivo das mulheres, 10 tiveram a menarca aos 12 anos, duas aos nove anos, sete aos 13 anos, três aos 11 anos, três aos 14 anos, duas aos 15 anos e duas aos 17 anos. Já a coitarca aconteceu entre os 13 e os 28 anos. Em alguns casos o início da atividade sexual deu-se em concomitância com a menarca. Seis relataram já ter sofrido aborto, sendo cinco espontâneos e um provocado com o auxílio do uso de medicamentos. A maioria das mulheres relatou corrimento vaginal, alguns casos automedicados, baseados em crenças e indicações de vizinhas e familiares, com uso de chá de ervas, que as mesmas não sabiam relatar qual foi utilizada, e poucas procuraram um serviço de assistência a saúde para um diagnóstico e tratamento correto.

O uso indiscriminado de medicações pode trazer efeitos prejudiciais a saúde, tais como: resistência bacteriana a antibióticos, e até uma hemorragia cerebral através da combinação de um anticoagulante com analgésico; podendo também mascarar infecções (SOUZA, SILVA e NETO, 2008).

De acordo com Nakagawa et al (2010), a tese de que o Papiloma Vírus Humano (HPV) é o fator base para surgimento do carcinoma invasivo do colo do útero é aceita mundialmente, mas outros fatores contribuem para o surgimento dessa doença, dentre eles o comportamento sexual das mulheres, visto que a transmissão do vírus é essencialmente através de relações sexuais desprotegidas, além da idade da primeira relação sexual, quanto mais precoce for mais cedo a mulher estará sendo exposta ao risco de infecção pelo HPV, principalmente pelo uso irregular de métodos de barreira (preservativos). Além disso é possível inferir que a partir do início da atividade sexual precoce, somado a não utilização de métodos de prevenção o número de gestações na adolescência tende a aumentar.

Silva et al (2013), concluíram através de um estudo de caso-controle realizado com 150 adolescentes puérperas, em Recife, com objetivo de identificar fatores associados a recorrência de gestações na adolescência, que a coitarca precoce, antes dos 15 anos, e a mudança de parceiro estão associados às gestações recorrentes, destaque o fato de se tratar de casos recorrentes.

4.3 Uso de métodos de contracepção e insumos de prevenção

Tratando-se de métodos contraceptivos e preservativos, apenas 10 referiram utilizar a dupla proteção (contraceptivo associado à camisinha) de maneira irregular. As outras 19 quando não utilizavam um tipo de preservativo faziam uso de anticoncepcional oral, injetável ou eram hysterectomizadas ou realizaram laqueadura tubária.

Observando o número de parceiros sexuais, 22 possuíam apenas um parceiro fixo a pelo menos dois meses, três negaram ter parceiros nesse período, quatro afirmaram ter ao menos dois parceiros sexuais distintos. Se tratando de mulheres com parceria fixa nenhuma utilizou a dupla proteção de forma regular, o discurso delas era sempre em torno da proteção de a parceria fixa traz:

[...] usava camisinha no início, quando não conhecia ele direito, depois que vi que ele não tinha nada eu parei de usar. (E3)

[...] já usei sim, nessa relação que eu to agora, logo no início quando eu não o conhecia direito (E2)

A análise do perfil destas mulheres demonstra que cada vez mais cedo está se iniciando a prática sexual, todas elas relatam não ter usado preservativo na coitarda, apontando para o despreparo destas para a iniciação de práticas sexuais seguras. Ao avançar da vida, com a esterilização cirúrgica, não mais existia a utilização de insumos de prevenção, visto que a preocupação com a anticoncepção já não existia. Até quando a camisinha era utilizada, o foco principal era a anticoncepção, a proteção contra DST estava praticamente ausente, principalmente quando se tratou de mulheres com parceria fixa.

Um aumento importante da epidemia ocorreu entre as mulheres, grupos populacionais de baixa renda e com uma tendência em direção às cidades de médio porte, o que fica claro quando identificamos o perfil das mulheres estudadas, onde a maioria encontra-se em situação de baixa renda (CARRENO e COSTA, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Mulher considera idade reprodutiva o intervalo entre 10 e 49 anos. As mulheres estudadas, portanto, enquadram-se neste intervalo, mas é importante considerar que a prática sexual não está restrita a este intervalo reprodutivo. Estudos vêm demonstrando que as mulheres que estão se infectando são as mais pobres, com escolaridade baixa, negras e pardas, através de relações heterossexuais, de parceiro único e com histórico de múltiplas violências (TOQUETTE, 2009); demonstrando que a vulnerabilidade programática (visto que estas mulheres freqüentam os serviços de assistência a saúde e, mesmo assim, sugerem falhas de

conhecimento sobre o assunto), vulnerabilidade social (por estarem inseridas em ambientes e situações de violência), além da vulnerabilidade individual de cada uma.

A baixa escolaridade tem impactos sobre as vulnerabilidades as quais a mulher está exposta, visto que a dificuldade de acesso aos materiais educativos, bem como sua compreensão são barreiras para o empoderamento desta mulher para combate/prevenção de DST; além disso, é necessário pontuar que as campanhas ministeriais são generalistas, sendo assim estas mulheres demandam um cuidado e atenção diferenciada dos profissionais de saúde, que também encontram dificuldades para estabelecer/promover uma compreensão por parte das mulheres sobre prevenção.

A feminização da AIDS e demais DST coloca em foco as disparidades de gêneros e as diferenças socioeconômicas as quais as mulheres estão expostas. Refletir sobre relações desiguais de poder entre homens e mulheres nos levar a relacionar este fator com as desigualdades de gênero, somadas as diversas situações de violência que as mulheres vivenciam (BRASIL, 2010).

Com relação à utilização da camisinha masculina apenas duas relataram nunca ter utilizado este insumo, porque acreditam ser desnecessária a utilização tendo em vista que, para elas, o casamento é um fator protetor para a aquisição de DSTs. A utilização deste método foi maior no grupo das mulheres solteiras comparado com as casadas ou em união estável, reforçando a ideia da confiança protetora e da preocupação com a anticoncepção em detrimento da dupla proteção.

Não utilizei, porque eu só tive um homem, o homem que eu casei. (E14)

Nesse relacionamento de agora não usei, antes quando eu era nova usava, agora que tenho marido sério não precisa usar mais. (E24)

A gente não vê necessidade, ele também não gosta. A gente acha que para ter alguma doença é preciso ter vários parceiros. Como a gente não tem, a gente é fiel um ao outro, então a gente acha que não tem necessidade de usar. (E10)

Não digo no meu caso, mas para as outras pessoas eu acho importante usar. Para essas pessoas que tem relação com várias pessoas, que só namora. Eu acho importante. (E13)

Um estudo realizado por Carreno e Costa (2006) com 1.026 mulheres no estado do Rio Grande do Sul identificou que 867 (84,5%) afirmaram manter relações sexuais e 252 (29,1%) delas relataram utilizar preservativos. Quanto ao estado civil constataram que o grupo de mulheres casadas ou em união estável, compreendendo um total de 638 mulheres, onde 81,5% (520 mulheres) não utilizavam preservativos, e o grupo de solteiras, viúvas e separadas que totalizaram 229 mulheres onde 41,5% (95 mulheres)

não utilizavam o preservativo, concluindo que o uso de preservativos é maior no grupo de mulheres sem parceria fixa.

É possível perceber a vulnerabilidade das mulheres casadas e em união estável às DSTs, em função de suas práticas sexuais desprotegidas, principalmente pela confiança no parceiro, lembrando que o fator de gênero também atua nesse processo, onde as mulheres ainda se sentem em desvantagem na escolha do preservativo, e quando comparadas às mulheres solteiras/sem parceria fixa o uso de preservativos é maior, no entanto na maioria dos casos com intuito de anticoncepção. As campanhas do Ministério da Saúde tem impacto nessa constatação, visto que enfatizam o uso de pessoas jovens, com parcerias não fixas, em detrimento das populações de maior idade e casadas ou em uniões estáveis (CARRENO E COSTA, 2006).

Houveram relatos de alergia ao látex da camisinha masculina, gerando desconforto e dor durante o ato sexual. O Ministério da Saúde (2007) diz que qualquer homem ou mulher pode fazer uso, com segurança, de preservativos masculinos, exceto pessoas com reação alérgica aguda a borracha de látex, e que nesses casos o indivíduo pode tentar utilizar outra marca de preservativo. Essa reação alérgica tem como sinais/sintomas urticária, erupção em boa parte do corpo, tontura, dificuldade para respirar ou perda de consciência, podendo utilizar lubrificantes a base de água para diminuir o atrito e irritação causada por este, e orienta que caso os sintomas persistam o indivíduo busque atendimento médico para avaliação de possível infecção. Importante salientar que dentre as mulheres estudadas nenhuma relatou esses sinais/sintomas em si, ou em seus parceiros.

Não uso porque me dá alergia, coça muito. (E6)

[...] e quando eu usava doía, me dava alergia, coçava muito. (E8)

Outras relataram que o companheiro não gosta de utilizar este insumo, e caso elas insistissem, ele desconfiaria de que elas estariam sendo infiéis ou desconfiando da fidelidade dele.

Ele não gosta muito [...]. (E19)

Ele não gosta não, uso só a pílula, a maioria dos homens não gosta, se eu insistir ele vai pensar que eu tenho motivos para usar, até que eu tivesse traindo ele. (E5)

O fato da associação do preservativo apenas com a anticoncepção foi discurso presente nas falas.

Fiz laqueadura há muitos anos, aí não precisa usar. (E8)

Não uso porque eu tomo pílula, aí não precisa usar. (E7)

[...] eu não acho necessário usar, pelo fato de não engravidar, eu tomo injeção. (E13)

Todas as mulheres estudadas conhecem este insumo, e mesmo que de forma equivocada conseguem, em algum momento, verbalizar a importância de sua utilização. Fica evidente, portanto, que estas mulheres não se percebem vulneráveis às DSTs, à medida que elas não vão adotar métodos de proteção, mesmo conhecendo as formas de transmissão, porque não percebem a importância da utilização para elas.

Corroborando com o acima mencionado, Fernandes et al (2000) publicaram um artigo sobre conhecimentos e práticas de mulheres sobre as doenças de transmissão sexual, realizado em seis centros de saúde de uma rede municipal, totalizando 249 mulheres estudadas. Destas, 77% afirmou não estar utilizando a camisinha no momento; observam também que quanto mais velhas as mulheres menor a utilização e somado a isso a parceria fixa também diminui a frequência de utilização, mais da metade de todas as mulheres referiram saber usar o preservativo e para a maioria delas a justificativa para a não utilização foi o uso de outro método contraceptivo ou estarem grávidas, corroborando com o achado deste estudo, as mulheres associam o uso do preservativo apenas com a anticoncepção em detrimento da proteção a DSTs, e quando existe parceria fixa e utilização de outro método contraceptivo a utilização do preservativo é praticamente nula.

A inaptidão feminina em se proteger é altamente influenciada por questões culturais e econômicas. Além de perceber-se vulnerável a mulher deve desenvolver estratégias de conversa e negociação com seu parceiro para uso da camisinha, pois a percepção de não vulnerabilidade em mulheres em união estável é tão perigosa quanto em jovens que iniciam sua vida sexual de forma precoce, com maior chance de obter multiparceria antes da idade adulta, o que aumenta sua exposição ao risco de adquirir DST's (FERNANDES et al, 2000).

Em estudo realizado por Silva (1996) entre 201 mulheres infectadas pelo HIV através de contato heterossexual, metade delas afirmou ter parceiro único e fixo, além de muitas delas terem referido nada saber a respeito dos antecedentes ou das práticas sexuais de seus parceiros (FERNANDES et al, 2000, p 8).

Quando se trata de camisinha feminina, 100% das entrevistadas desconhecem a forma de utilização e o empoderamento que esta pode trazer, pensando que neste caso, a escolha da utilização dependerá dela.

Analisando a utilização da camisinha feminina, apenas duas mulheres fizeram uso desse preservativo. No entanto, todas relataram não ter gostado da estética, do modo de colocar a camisinha. Dentre as mulheres que não utilizaram o discurso mais

freqüente foi justamente a questão estética, da visualização externa do insumo e o desconhecimento sobre a forma adequada de utilização do método.

É importante salientar que a proteção do preservativo contra DST's e uma gestação indesejada está condicionado a sua utilização adequada, lembrando que seu efeito é pontual, ou seja, só protege se utilizado em todas as relações sexuais, não possui efeito cumulativo, indicando que o uso eventual não significa que a mulher estará protegida nos atos seguintes sem o uso do método.

O uso do método foi sinalizado por mulheres que tiveram curiosidade em utilizá-lo, mas que em seguida referem que não irão voltar a utilizar, porque, como já dito, a questão estética e a forma de utilização/introdução se constituiu como barreira para uso do método.

Aquele camisinha é feia demais, horrível...(E29)
[...] fica parecendo uma boca fora de você, é muito feio.
(E13)
Quando ele vê aquilo (a camisinha) nem vai querer mais...
(E24)

Gomes et al (2011) concluíram que dentre os entraves para a utilização da camisinha feminina destaca-se a quase nula divulgação deste método, existindo mulheres que desconhecem totalmente a forma de utilização, a distribuição nas unidades de saúde, para os autores, é ineficaz. Assim, enquanto o preservativo masculino é um insumo que faz parte do cotidiano, e mesmo assim apresenta entraves para sua utilização, se tratando da camisinha feminina estes entraves se multiplicam.

Com relação ao uso do gel lubrificante, oito mulheres utilizaram o insumo, 21 mulheres nunca utilizaram, e, dentre estas, apenas cinco o conheciam. Dentre as mulheres que conheciam o método, todas reconheceram apenas a função de lubrificação do insumo, não demonstrando compreender a diminuição de risco que o método proporciona, por facilitar a penetração e diminuir os traumas sofridos pelo canal vaginal, principalmente o anal, que é uma região altamente vascularizada.

O Ministério da Saúde apresenta o gel lubrificante como insumo de prevenção na medida que diminui o risco de adquirir DST's enfatizando a necessidade da dupla proteção, para efetivação da proteção, não recomendando a utilização isolada do gel como método de prevenção (BRASIL, 2006).

4.4 Violência entre parceiros íntimos

Abordar a temática violência com as mulheres não foi uma tarefa fácil, justamente porque elas tinham uma percepção de violência errônea. Para elas, o ato violento resume-se às agressões de ordem física, como: socos, arranhões e uso de força. Como não se reconheciam em contextos violentos, ao falar sobre o assunto, todas elas, agiram com extrema naturalidade, responderam as perguntas sem demonstrar nenhum sentimento de revolta ou emoção. Mesmo relatando situações de violência psicológica ou sexual, por exemplo, elas não as percebiam. Era algo, nitidamente, tão enraizado em sua realidade e contexto conjugal que era totalmente comum e até esperado por elas.

Quando perguntadas se já sofreram algum tipo de violência ou se sentiam agredidas pelos seus parceiros, 11 disseram que sim e 18 disseram que não. Entre as 11 que admitiram já terem se sentido agredidas, todas elas exemplificaram suas respostas com situações agressão verbal, agressão física, hostilizações e ameaças, como exposto nas falas a seguir:

...ele me impede de sair, até mesmo de ir a casa da minha mãe. (E1)
 Foi uma humilhação verbal, que eu não esperava. (E7)
 Já apanhei do meu marido, apanhei muito... (E10)
 ...ele dizia que se eu não fizesse o que ele queria iria me largar. (E20)

No entanto, todas as mulheres deixaram claro em seus discursos que se submetiam a vontade do marido de não utilizar preservativos, mesmo quando estas queriam utilizar, principalmente porque desconfiavam da fidelidade do parceiro; além de ceder o sexo para satisfação do seu parceiro e cumprimento do seu “papel de esposa”, ou durante o ato sexual serem forçadas a fazer tocar ou deixarem ser tocadas em regiões que não gostavam, como fazer sexo anal, praticar o sexo oral e permitir ser mordida, segundo relatos das mulheres estudadas. Destacando que elas não identificaram essas situações como violência, e sim como algo natural presente em suas relações com seus parceiros.

Eu não tenho nada contra, mas ele... É mais o homem né, acha que não tem necessidade de usar, acha que sem é melhor de usar, que sem a camisinha é melhor, essas coisas. (E15)
 Não usa porque ele não gosta. É que se ele usasse, mas ele não gosta, eu vou fazer o que? (E11)
 Ele não quis (usar camisinha) e não usou, eu não pude fazer nada. (E10)
 Ele me manda ficar tocando nas coisas dele (órgãos genitais), eu não gosto, mas ele pede né, eu faço. Também não gosto quando ele me morde, mas fazer o que? (E5)
 Já fiz sexo sem vontade com ele. Eu não tava afim, aí ele dizia que eu tava com outro, aí eu ia sem vontade. (E20)

Segundo Soares (2010), a percepção de que a violência é um crime se tornou algo inquestionável, existente em situação em que uma mulher for agredida na intimidade, independentemente do contexto, da intensidade e da forma da agressão. Para as mulheres estudadas, a convivência com situações violentas foi naturalizada, dentre outros motivos, pelo contexto familiar no qual viveram, onde apreenderam que é normal na relação íntima a ocorrência dessas situações. Mesmo não gostando e, por muitas vezes, relatarem ter sido esse o motivo da separação do casal parecem acreditar que trata-se de algo inerente ao homem, e presente nas relações íntimas conjugais.

Mesmo que a violência não seja percebida pela mulher não significa que ela não exista, só está naturalizada e incluída na vivência de suas relações conjugais e íntimas através da recorrência de vezes em que ocorreu, e da repetição do contexto familiar em que cresceram, levando as mulheres a esperar que as situações violentas aconteçam como elemento comum a violência de uma relação íntima.

Na percepção das mulheres estudadas, violência é sofrer agressões físicas como tapas, chutes, murros ou então verbais, constrangimentos, humilhações públicas, xingamentos, ou privação de sua liberdade, como ser presas em casa.

Perceber as outras situações de violência que sofrem implica ressignificar toda a bagagem sociocultural que possuem, advindas de sua construção pessoal familiar; é importante destacar que na maioria das vezes os atos violentos “aceitos” pelas mulheres estudadas eram tidos como obrigação feminina de realizar o desejo do marido envolvidas pelo medo de que ele achasse outra mulher disposta a fazer tais coisas, mesmo que ele não verbalizasse isso.

Dantas-Berger e Giffin (2005) afirmam que embora estudos brasileiros revelem que a violência sexual é cada vez mais comum entre as mulheres, existe uma “invisibilidade” desta violência na percepção das mulheres que a denunciam, no âmbito doméstico, entendendo também que este tipo de violência não é igualmente vivido ou percebido pelas mulheres, e que a questão de gênero vai se somar com questões socioculturais, econômicas e no contexto familiar, e depende de diversas variáveis, uma delas é a idade da mulher. Ainda segundo os autores, enquanto as mulheres aspiram relacionamentos íntimos permeados de sentimento e afeto, os homens encaram a mulher como objeto de desejo a ser obtido (depois exibido), mais do que uma companheira para se estabelecer uma relação.

4.5 Sexo cedido: desvelando contextos de violência sexual

A maioria esmagadora dos casos de violência denunciados é de violências físicas, criminalmente reconhecidas como por lesões corporais, seguidas pelas ameaças, injúrias e difamação, tipificadas como violência psicológica. Já a violência sexual praticada pelo parceiro íntimo é inexistente nas estatísticas disponíveis, ficando impossível identificar nos dados disponíveis quando o ato acontece no contexto conjugal, ficando claro que há uma dificuldade para caracterização do estupro conjugal, suas formas de defini-lo e quando o sexo, mesmo matrimonial, pode ser enquadrado como tal (DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2005)

[...] a relação sexual ocorreu, muitas vezes, sob forma de coerção “naturalizada” ou como “cláusula” prevista no contexto das obrigações conjugais. Todas relataram alguma situação do parceiro querer e insistir na transa apesar dela não querer; nenhuma delas fez uma denúncia prévia desta situação nos serviços que buscaram. O sexo cedido ou sob resistência foi recorrente, mas pouco nomeado como violência (DANTAS-BERGER e GIFFIN, 2005, p 6).

Entre as 11 mulheres que responderam que já sofreram algum tipo de violência ou se sentiram agredidas pelo companheiro e as 18 que disseram não, existe algo em comum, todas elas, mesmo sem classificar como violência/agressão relataram ao menos uma das situações a seguir: desejo de utilizar método de barreira e foram impedidas pelo parceiro, ter realizado sexo sem vontade para satisfazer o parceiro, obrigatoriedade feminina de satisfazer os desejos sexuais do homem, práticas sexuais que não as agradam.

O artigo 213 do Código Penal Brasileiro estabelece pena base de reclusão de 06 meses a 10 anos para o agente que constranger a mulher para conjugação carnal mediante violência ou grave ameaça, porém nas situações descritas no parágrafo anterior apenas duas mulheres relataram o uso de força física para realização do ato sexual, o que, segundo as mesmas, ocorreu apenas uma vez. As demais situações descritas, não podem ser enquadradas como estupro porque não advém do uso da força, nem da violência, mas sim da permissividade das próprias mulheres, por acreditar que devem cumprir seu papel de esposas, mesmo contra sua vontade em determinados momentos.

A realização deste estudo demonstrou que entre as 29 mulheres entrevistadas existe uma naturalização no que se refere à realização do sexo sem vontade, não há uma percepção do sexo cedido como agressão, ainda que este a constranja. A maioria

entende o sexo como uma obrigação da mulher para com o seu companheiro, na relação conjugal o sexo é entendido e realizado para atendimento de uma demanda masculina, os seus desejos ficam subjogados, na maioria das vezes. Uma delas chegou a relatar que tem não gosta do sexo com seu parceiro, porém evidencia que as mulheres devem saber conviver e aceitar.

Eu não gosto muito de fazer com ele (sexo), mas fazer o que? Eu sou a mulher dele, casei sabendo da minha obrigação. (E28)

Com relação ao sexo sem vontade todas relatam ter cedido ao companheiro mesmo sem vontade pela obrigatoriedade marital de satisfazer o homem. Cederam pelo simples fato do companheiro desejar e querer, para agradá-lo e, dessa forma, evitar qualquer tipo de conflito e discussão, tratam este acontecimento com absoluta naturalidade, como se fosse algo nato da relação homem e mulher, e duas referem ceder para evitar que o companheiro utilize de força física para obter a relação sexual.

Às vezes a gente não quer algo, mas faz. Já tive relação, por exemplo, que eu não tava com vontade, mas pra satisfazer ele eu fiz. (E3)

Às vezes tem momento que a gente tá sentindo ardor, meio dolorido, mas a gente termina fazendo né, mas apesar que nem vale a pena, porque não reconhece depois. (E5)

já fiz sexo sem vontade para satisfazer o marido. (E26)

Quando questionadas se faziam algo contra sua vontade para satisfazer o companheiro, nove disseram que sim e 20 disseram que não. No entanto, as que negaram deixaram claro em seu discurso que já fizeram sim algo contra vontade, principalmente o sexo. O número de mulheres expostas a situações de agressões diversas em suas relações afetivas e maritais é alto, o que mais impressiona é número das que não se reconhecem enquanto vítimas e acabam por ser cúmplices dos seus agressores.

Questões como essas são resultados não apenas de fatores individuais, mas o resultado da soma de questões socioculturais, familiares e educacionais. Muitas destas mulheres aceitam este fato com naturalidade. Quando a mulher não reconhece que vive em situação de violência dificilmente ela conseguirá romper os paradigmas que a envolvem nesta situação, e lhe prejudicam em vários sentidos. Estas mulheres, então, terão suas vulnerabilidades individuais aumentadas, por vivenciarem situações que minimizam suas possibilidades de decisão sobre o próprio corpo, e acabam por expor-se a situações de risco de infecções e Doenças Sexualmente Transmissíveis, por exemplo.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados deste estudo posso afirmar que os aspectos socioculturais têm impacto importante na percepção da violência, ao mesmo tempo afirmo que mudar esse contexto configura grande desafio aos profissionais e a prevenção em saúde. Essa percepção equivocada das mulheres corrobora para a manutenção de suas relações íntimas violentas, não percebidas, que se mantém, mesmo na troca de seus parceiros.

A não percepção da vulnerabilidade às DST's/HIV/AIDS configura-se como elemento chave para o seu aumento entre as mulheres, principalmente àquelas em união estável/casadas, é necessário que a atenção se volte para esse complexo o mais rápido possível, quebrar a cadeia de transmissão, promover diagnóstico e tratamento é importante, mas fica aquém da necessidade de se estabelecer mecanismos de prevenção efetivos e claros, e que essas mulheres sejam empoderadas.

Enquanto a invisibilidade da violência persistir o ciclo violento vai se perpetuar, e as mulheres vão continuar sem o direito de exercer sua sexualidade de maneira consciente, livre de obrigações e preceitos dos quais não concordam e que estão minando sua experimentação saudável do prazer sexual e estabelecimento de parcerias/relações íntimas saudáveis. Se essa invisibilidade persiste para a mulher, o serviço de saúde fica podado, o setor judiciário não toma conhecimento do fato e a cadeia violenta é mantida, mas obviamente que essa situação já tem aparecido em diversos estudos. Essa violência invisível, esse estupro conjugal tem que ser caracterizado, amplamente discutido no setor saúde, porque reconhecer o forçado nas relações íntimas conjugais implica em identificar a violência como objeto do setor saúde, visto que seus impactos na qualidade de vida das mulheres são inquestionáveis.

Esta visibilidade não pode ser atrelada apenas a identificação da própria mulher, o setor saúde e o judiciário tem papel nesta identificação, mas a mulher como elemento central desse ato tem que ser empoderada a identificar tal situação, como elemento violento que é, para que possa decidir conscientemente sobre a continuação ou não daquele relacionamento, que não necessariamente precisa ser violento para existir.

O enfrentamento dessa situação pelas mulheres deve ser promovido, nesse sentido o elemento homem também deve ser envolvido no processo, pois a construção cultural desse contexto conjugal é uma via de mão dupla, onde atores sociais distintos estão inscritos, e devem ser capacitados a quebrar essa situação. Assim como as campanhas de saúde para mulheres são amplamente discutidas, atividades de educação

em saúde são promovidas para temas de câncer de mama, câncer do colo do útero, porque não falar na invisibilidade da violência, do sexo cedido e de todo o impacto que tem na saúde dessas mulheres?

Se estas mulheres estão sendo impedidas de se prevenir, por creditar à conjugalidade a proteção para DSTs, pelo sexo cedido e pela violência “permitida”, o risco de seu adoecimento é iminente. A feminização das DST’s/HIV/AIDS já é real, e tem sido pontuada pelos estudos da área, logo, agir de forma assertiva nos mais diversos aspectos que combatam essa feminização é um desafio ao serviço de saúde, e não deve ser deixado de lado.

Identificar todas essas situações foi como rever toda a história do patriarcalismo, dos conflitos de gênero e poder entre homens e mulheres, que tomam proporções variadas e profundas com o passar do tempo, e com a inserção de novos costumes na sociedade, demonstrando as mais diversas vulnerabilidades femininas.

O impacto dessa vulnerabilidade na utilização dos métodos de prevenção a DST’s fica claro, impondo uma barreira para as mulheres. Os impactos dessa situação vão além da possibilidade de uma DST ou de uma gestação não planejada, deixam marcas nas mulheres, impedindo-as de exercer sua sexualidade com prazer e liberdade.

É neste contexto que o papel da enfermeira se mostra necessário, por ser uma profissional que convive com estas mulheres na Unidade Básica de Saúde, e tem contato com sua família, possibilitando através do vínculo constituído, realizar atividades de educação em saúde, que promovam o empoderamento dessas mulheres, sobre sua saúde, seu corpo, com intuito de possibilitá-las condições para que possam modificar/perceber as situações de violência que sofrem.

Soares (2012) afirma que o conceito “violência contra a mulher” se tornou uma espécie padrão, e a partir dele se desenhou o tipo ideal da vítima da violência entre parceiros íntimos, que é justamente a mulher dominada, subjugada, agredida, violentada, humilhada, cerceada e desqualificada, cujas características passaram a se estender a toda mulher em contexto doméstico. Quebrar essa paradigma vai além das possibilidades profissionais do Enfermeiro, significa a mudança de todo um contexto historicamente construído, da resignificação dos papéis do homem e mulher dentro do relacionamento.

Novos desafios se revelam para questões velhas, que mudaram de forma com o passar dos anos, refletindo até na feminização das DSTs/HIV/AIDS. A violência é conceituada, tem caráter punitivo, é considerada como algo inaceitável, mas ainda é

permitida, justamente porque não é totalmente percebida, principalmente em contextos embebidos de sentimento, relações íntimas de afeto e sexo.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J.B.L.; COSTA, J. B. Da naturalização à perpetuação: o papel do cotidiano de nossas crenças sociais no processo de percepção das várias formas da violência contra a mulher. **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis, 2008.

ALMEIDA, M. G. B. A violência na sociedade contemporânea. **EDIPUCRS**- Editora Universitária da PUCRS, Porto Alegre, 2010. Disponível em:

<<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/violencia.pdf> > Acesso em: 10 de mar. 2014.

ALMEIDA, J. B. L e COSTA, J. B. Da naturalização à perpetuação: o papel do cotidiano de nossas crenças sociais no processo de percepção das várias formas da violência contra a mulher. **Fazendo Gênero**, edição 8. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008. Disponível em:< http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST57/Almeida-Costa_57.pdf > Acesso em: 12 de abr. 2014.

ADELMAN, M. No caminho da igualdade? Relações de gênero e poder no casamento. Departamento de Ciências Sociais. Universidade Federal do Paraná. S/D. Disponível em: < biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/anpocs/adelman.rtf > Acesso em: 08 de fev. 2014.

BANDEIRA, L.; ALMEIDA, T. M. C.; MESQUITA, A. Violência contra as mulheres: a experiência de capacitação das DEAMs da Região Centro-Oeste/Agende. Caderno **AGENDE**, volume 5. Brasília, 2004. Disponível em: < <http://agende.org.br/docs/File/publicacoes/cadernos/CadernoAgende5.pdf> > Acesso em: 18 de abr. 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf > Acesso em: 10 de mar. 2014.

BRASIL. Código Penal. Decreto-lei nº 2.848, Art 203, de 7 de dezembro de 1940. Rio de Janeiro. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm > Acesso em: 08 de fev. 2014.

BRASIL. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST**. Ministério da Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Análise da situação atual e proposta de monitoramento, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf > Acesso em: 10 de fev. 2014.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília :

Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <
http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf> Acesso em: 29 de jan. 2014.

BRASIL. Decreto- lei nº 11.340/2006, Lei Maria da Penha. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111340.htm> Acesso em: 20 de mar de 2014.

BRASIL. Decreto de Lei nº 12.015, de 07 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Disponível em:<
http://www.dji.com.br/leis_ordinarias/2009-012015/2009-012015.htm> Acesso em: 20 de abr de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Bolso, Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4º edição. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde**. 2007. Disponível em: <www.fphandbook.org>

BREILH, J. **Gênero, Poder y Salud. Série Mujer**, Ibarra, Ceas/UTN, 1993.

CAMACHO, K. G; VARGENS, O. M. C e PROGIANTI, J. M. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. **Rev. Enferm. UERJ**, rio de janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):32-37. Disponível em: <
<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a06.pdf>> Acesso em: 10 de abr. 2014.

CARRENO, I; COSTA, J.S.D. Uso de Preservativos nas Relações Sexuais. **Revista Saúde Pública** 2006; 40 (4): 720-6. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000500024&script=sci_arttext> Acesso em: 10 de jan. 2014.

CNES, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <
http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Nome.asp> Acesso em: 08 de mar. 2014.
COSTA, R.S. **Possibilidade de configuração do crime de estupro nas relações conjugais**. Presidente Prudente, 2008. Disponível em:<
<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/viewFile/696/715>> Acesso em: 08 de fev. 2014.

COUTO, M. T; et al. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1323-1332, 2007.
DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1163-1178, 2007. Disponível em:<
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013510007>> Acesso em: 23 de abr de 2014.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, L. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):417-425, mar-abr, 2005.

DEL PRIORE, M. *Ao Sul do Corpo: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro, RJ: José Olímpio; Brasília, DF: **Edunb**, 1993.

DIAMANTINO, E.M.V. Aspectos básicos da sexualidade humana na parte clínica. **Femina**; vol 21. nov 2003. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=198556&indexSearch=ID&lang=p> > Acesso em 22 de abr de 2014.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência, gênero e saúde**. In: D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas (Org.). Curso de capacitação para o atendimento a mulheres em situação de violência – coletânea de textos. Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. São Paulo, 1997.

FERNANDES, A.M.S, et al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):103-112, 2000.

FERREIRA, M.A E TRINDADE, W.R. Sexualidade Feminina: questões do cotidiano das mulheres. **Texto e Contexto Enfermagem**, volume 17, Florianópolis-SC, 2008.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FLECK, A. C. e WAGNER, A. A mulher como a principal provedora do sustento econômico familiar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, num. esp., p. 31-38, 2003. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8nspe/v8nesa05.pdf> > Acesso em 12 de abr. 2014.

FOUCAULT, M. **O uso dos prazeres: história da sexualidade 2**. 8ª Edição, Editora Graal. Biblioteca de filosofia e história da ciência, vol 15- Rio de Janeiro, 1984.

GARCIA, O. R. Z. Sexualidades femininas e prazer sexual: uma abordagem de gênero. Florianópolis, 2007. Disponível em:< <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90781/271860.pdf?sequence=1>> Acesso em 24 de abr de 2014.

GOMES, V. L. O et al. **Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina**. Esc Anna Nery (impr.) 2011 jan-mar; 15 (1):22-30.

GOZZO, T.O.; FUSTINONI, S.M.; BARBIERI, M.; ROEHR, W.M.; FREITAS, I.A. Sexualidade feminina: compreendendo seu significado. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 84-90, julho 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n3/12403>> Acesso em 11 de mar. 2014.

- GIL, A.C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social 5. ed. São Paulo: **Atlas**, 2006. Disponível em: < <http://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social-1989.pdf> > Acesso em: 10 de fev. 2014.
- HEISE, L. Gender-based abuse: The global epidemic. **Cadernos de Saúde Pública** 10(1)135-145, 1994
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2013. Diretoria de Pesquisas, agosto de 2013. Disponível em: < ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/nota_metodologica_2013.pdf > Acesso em: 1º de fev. 2014.
- LAMAS, M. Gênero: os conflitos e desafios do novo paradigma. In: **El Siglo de las Mujeres**. Ana Maria Portugal e Carmem Torres (Ed.). ISTS Internacional, Ediciones de las Mujeres, Santiago, Chile, out. 2010. Disponível em: < http://www.justicaambiental.org.br/projetos/vitrine/admin/Upload/1/File/Proposta%2084/Proposta%20G%C3%AAnero/Marta_lamas.PDF > Acesso em: 11 de fev. 2014.
- LAPLANCHE, J. **Vida e morte em psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Disponível em: < <https://pt.scribd.com/doc/88867097/Vida-e-morte-em-psicanalise> > Acesso em 23 de fev de 2014.
- MASTERS, W.; JOHNSON, V. **Homossexualidade em perspectiva**. Porto Alegre: Artes Médicas: 1979. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000194&pid=S0104-026X201000010001400009&lng=en > Acesso em 20 de abr de 2014.
- MARINHEIRO, A.L.V; VIEIRA, E. M. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Ver. Saúde Pública** 2006; 40: 604-10.
- MEDEIROS, L. Deam: uma Invenção do Movimento de Mulheres e Feminista no Contexto da Redemocratização Brasileira. In: XV Encontro Nacional de História. **Anais...** ANPUH-RIO. São Gonçalo, 23 e 27 de julho de 2012, FFP/UERJ. Disponível em: < http://www.encontro2012.rj.anpuh.org/resources/anais/15/1338414256_ARQUIVO_ArtigoAnpuh.2012.pdf > Acesso em: 22 de abr. 2014.
- MINAYO, M. C. S. e SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06> >. Acesso em: 16 de fev. 2014.
- MYNAIO, M. S. C; ASSIS, S. G. e NEJAINÉ, K. Amor e violência: um paradoxo nas relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2011. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n9/a35v17n9.pdf> > Acesso em: 22 de abr. 2014.

- MORAIS, H. B.; STREY, M. N.; PULCHERIO, G. **Estereótipos de gênero e a vivência da sexualidade**. In: Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades; Anais. Salvador, 2009. Disponível em:< <http://www.ses.uneb.br/anais/ESTERE%C3%93TIPOS%20DE%20G%C3%8ANERO%20E%20A%20VIV%C3%8ANCIA%20DA%20SEXUALIDADE.pdf> > Acesso em 19 de abr de 2014.
- NAKAGAWA, J.T; et al. Fatores associados ao câncer invasivo do colo do útero no estado de mato grosso. **Cienc Cuid Saude** 2010 Out/Dez; 9(4): 799-805.
- NOLASCO, S. In: **Revista Maria, Maria**. Fundo das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM). Ano 1, nº 0. Brasil, 1999.
- OLIVEIRA, D. F. Desmundo: O cotidiano da Mulher no Brasil Colonial. Uma Análise Cinematográfica. In: II Encontro Internacional de História Colonial Mneme- **Revista de Humanidades**. UFRN, v. 9. n. 24, Set/out. 2008. ISSN 1518-3394. Disponível em:< www.cerescaico.ufrn.br/mneme/anais > Acesso em: 22 de abr de 2014.
- ROCHA, Z. **Paixão, violência e solidão: o drama de Abelardo e Heloísa no contexto cultural do século XII**. Recife: UFPE, 1996.
- ROSEMBERG, M. Fenley (Ed.) **Violence in America: A Public Health Approach**. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- SAFFIOTI, H.I.B. **Violência e Assédio Sexual**. Estudos feminista. 2º semestre de 1994. Disponível em:< <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/16177/14728> > Acesso em: 08 de fev. 2014.
- SEIXAS, A M. R. **Sexualidade Feminina: História, Cultura e Família- Personalidade & Psicodrama- São Paulo**. Editora SENAC, 1998. Disponível em:< http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=P_BZ3SMOb48C&oi=fnd&pg=PA7&dq=viv%C3%Aancia+da+sexualidade+feminina&ots=8qZZVJVyBU&sig=MFpSqdX49DHbgYjzMEtw6YNOx5M#v=onepage&q=viv%C3%Aancia%20da%20sexualidade%20feminina&f=false > Acesso em 14 de abr de 2014.
- SENA, T. Os relatórios Masters & Johnson: gênero e as práticas psicoterapêuticas sexuais a partir da década de 70. **Revista Estud. Fem. vol.18** no.1 Florianópolis Jan./Apr. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2010000100014&script=sci_arttext > Acesso em 20 de abr de 2014.
- SILVA, A.A.A. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(3):496-506, mar, 2013.
- SILVA, M. **“Internalizar a igualdade de gênero nas políticas públicas: um caminho em aberto”**. In: Políticas de Igualdade. Tavares, Tereza e Ferreira, Virgínia (orgs.). Revista da Associação Portuguesa de Estudo sobre as Mulheres: EX AEQUO, no. 2/3. APEM. CELTA. Oeiras, Portugal, 2000.

SILVA, E. M. A. F. **Características Epidemiológicas e Doenças do Trato Genital Inferior Associadas à Infecção por HIV em Mulheres sob o Risco de Doenças de Transmissão Sexual**. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 1996.

SILVA, M. A. **Prevalência e fatores associados à Violência doméstica contra as mulheres Assistidas no centro de atenção à mulher IMIP/Recife/Pernambuco**, 2006.

SOARES, B. M. A conflitualidade conjugal e o paradigma de violência contra a mulher. **DILEMAS**, Vol. 5 - no 2 - abr/mai/jun 2012 - pp. 191-210. Disponível em: < <http://revistadil.dominiotemporario.com/doc/DILEMAS-5-2-Art1.pdf> > Acesso em: 12 de abr. 2014.

SOUZA, E. R; LIMA, C; VEIGA, C. In: BRASIL, Ministério da saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da saúde, 2005. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 10 de fev. 2014.

SOUZA, H.W.O; SILVA, J.L; NETO, M.S. a importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no brasil. **Revista Eletrônica de Farmácia** - ISSN 1808-0804 Vol. V (1), 67-72, 2008. Disponível em:<> Acesso em: 12 de set de 2014.

SOUZA, S. M.; ADESSE, L. **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres- Brasília, 2005.

TOQUETTE, S. Feminização da AIDS e Adolescência. **Revista Adolescência & Saúde** volume 6, nº 1, abril 2009. Disponível em:< http://www.adolescenciaesaude.com/imagebank/PDF/v6n1a08.pdf?aid2=39&nome_en=v6n1a08.pdf> Acesso em: 09 de fev. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Women's mental health: na evidence based review**. Genebra, 2002. Disponível em:<http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf Acesso em: 08 de fev. 2014.

ZIKAN, I. S. **O prazer sexual feminino na história ocidental da sexualidade humana**. Abril, 2005. Disponível em: <http://www.avm.edu.br/monopdf/3/IDALINA%20DA%20SILVA%20ZIKAN.pdf> Acesso em: 10 de mar. 2014

APÊNDICE A- ROTEIRO DA ENTREVISTA

A - Identificação do Instrumento:

| | |
|-----------------------------|------|
| A.1 – Nome da Unidade: | |
| A.2 – Data: | |
| A.3 – Início: | Fim: |
| A.4 – Iniciais da usuária: | |
| A.5 – Número do Prontuário: | |
| A.6 – Entrevistador: | |

B - Perfil socioeconômico da usuária:

B.1 - Idade

B.2 - Escolaridade

B.3 – Cor da pele: () Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena ()
Não Sabe Declarar

B.4 – Religião:

B.5 - Naturalidade/UF:

B.6 – Estado Civil: () Casada () Solteira () Divorciada () Viúva ()
União Estável

B.7 – Com quem mora atualmente:

B.8 - Número de filhos:

B.9 – Usa algum tipo de droga:

B.10 – Tabagista: () Sim Quantos por dia: _____ () Não.

B.11 – Etilista:

B.12–Profissão:

B. 13- Caso não trabalhe, você é:

B. 14- Qual sua renda no último mês?

B.15- Quantas pessoas vivem com esta renda?

B.16 – Ocupação:

B.17 – Local/cidade onde reside:

B.18 – Escolaridade:

C – Antecedentes Ginecológicos:

C.1 – Menarca: _____Anos

C.2 – Coitarca: _____Anos

C.3 – DST: ()Sim ()Não. Qual(s)?:

C.4 – Exame papanicolau: ()Sim ()Não

C.5 – Resultados do último exame:

D- Antecedentes Obstétricos

D.1 – Número de gestações? Desfecho:

D.2 – Abortos?

E – Percepção da Saúde Sexual:

E.1– Qual sua Orientação Sexual?

E.2 – Possui parceiro afetivo/sexual? ()SIM ()NÃO

E.3 – Qual a quantidade de parceiros nos últimos dois meses?

E.4 – No caso de parceiro fixo, quanto tempo existe relação?

E.5 – Faz uso de métodos contraceptivos?

E.6 – Usa objetos sexuais durante a relação?

E.7 – Utiliza quais práticas sexuais: ()Vaginal ()Oral ()Anal

E.8 – Usa preservativo em alguma destas práticas?

E.9 – Durante a relação sexual: ()Sem alterações ()Dor ()Sangramento ()DST

E.10 – Você utilizou o preservativo na primeira relação sexual?

E.11 – Na relação estável ainda utiliza o preservativo?

E.12 – Se utilizar o preservativo, quem toma iniciativa para o uso?

E.13 – Onde adquire o preservativo?

F- Uso de insumos de prevenção

F.1 – Você já fez uso da camisinha feminina?

F.2 – Qual preservativo você prefere, feminino ou masculino? Por quê?

F.3-Quando você acha que é importante usar preservativo?

F.4- Você já fez uso de lubrificante? Como adquiriu?

F.5- Você mantém relações apenas heterossexuais?

F.6 - Quais os métodos de prevenção a DST você conhece?

G – Vulnerabilidades às DSTs:

G. 1- Me fale um pouco sobre sua vida sexual desde quando começou até hoje?

G.2- Você já usou camisinha alguma vez?

G.3- Como é pra você fazer uso da camisinha?

G.4- Me fale um pouco de como é a sua relação com seu parceiro atual desde quando começou até hoje.

G.5- Na relação com seu parceiro ou parceira você já fez alguma coisa que não queria durante a relação para agradá-lo?

G.6- Você já sofreu algum tipo de violência sexual, ou outra forma de violência, em seu relacionamento?

G.7- Em algum momento da sua vida sexual você já desejou fazer uso da camisinha e seu parceiro lhe impediu?

G.8- O seu parceiro lhe impede/proíbe de fazer algo que goste? O que?

G.9- Você acha que a mulher durante a relação sexual pode correr algum risco? Qual (is)?

G.10- Quando na relação sexual você acha que não deve mais usar camisinha com o parceiro?

H- Investigação Sorológica:

H.1- Você já ouviu falar do HIV/AIDS? O que?

H.2- Você acha que seria necessário fazer o teste de HIV/AIDS? Por quê?

H.3- Durante as consultas de enfermagem você recebeu alguma orientação para a realização do teste de HIV/AIDS? De que maneira?

H.4- Você já fez o teste para saber se convive com o vírus do HIV/AIDS?

H.5- Qual foi o resultado do teste?

I- Fluxograma de Atendimento

I.1 – O que levou você a Unidade de Saúde?

I.2 – Me fale um pouco do problema que você apresentou

I.3– Como você descobriu?

I.4 – E depois da descoberta o que aconteceu?

I.5 Como você se sentiu após a descoberta do diagnóstico?

I.6 – Você compartilhou com alguém este diagnóstico? E como foi isso para você?

I.7– A partir do diagnóstico, me fale um pouco como está você.

I.8- Quando você foi identificada com essas alterações a enfermeira orientou e/ou solicitou a realização do teste de HIV/AIDS para você e o seu parceiro? Vocês fizeram?

I.9- Quando você foi identificada com essas alterações a enfermeira solicitou que seu companheiro comparecesse para fazer algum tratamento?

**APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

Convidamos a Sra para participar, como voluntária da pesquisa **“Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus”**, vinculada a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- Centro de Ciências da Saúde (UFRB-CCS), que está sob a responsabilidade da pesquisadora Lilian Conceição Guimarães de Almeida, residente na Rua Conselheiro Correia de Meneses, n 266, AP 1002, Horto Florestal, na cidade de Salvador-Bahia, CEP 40295-030, tel 71 81389992, email liliancgalmeida@yahoo.com.br fontes para contato com a pesquisadora responsável, poderá ser realizada, inclusive, ligações a cobrar: 71 81389992. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Esse estudo também terá a colaboração da aluna do curso de enfermagem da UFRB Samára do Santos Sampaio telefone para contato (75 8103 5937)

Em caso de recusa a Sra. não será penalizada de forma alguma.

Informações sobre a pesquisa:

A pesquisa **“Estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus”**, ou seja neste estudo serão discutidas formas para lidar com o aumento da infecção pelo HIV/Aids nas mulheres que vivem na cidade de Santo Antônio de Jesus, a pesquisa tem como objetivo geral de traçar estratégias de enfrentamento da feminização do HIV/Aids em Santo Antônio de Jesus. Este projeto se justifica pela necessidade de ampliar os conhecimentos sobre o ambiente, os costumes, a vida, a cultura, as relações íntimas das mulheres com seus parceiros sexuais, companheiros, maridos e namorados e suas relações com a sociedade, ou seja buscaremos identificar o que pode interferir e colaborando para que as mulheres de Santo Antônio de Jesus se contaminem com o HIV/Aids, os resultados deste estudo podem ajudar para que sejam identificadas formas de como lidar com o aumento da infecção pelo HIV/Aids entre as mulheres, contribuindo para reduzir o numero de casos de doenças e mortes em mulheres, poderá ajudar também na discussão de medidas que dão certo para prevenir, medidas que funcionem bem entre as que já existem como a camisinha masculina e a feminina. Os dados serão coletados através da observação da

Sra no serviço de saúde, através de informações colhidas em seu prontuário ou outros livros de registros presentes na unidade que contenham informações sobre sua saúde e através de entrevista com perguntas sobre sua saúde sexual, reprodutiva, atendimentos de saúde e investigações sobre exames realizados e doenças que já tenha apresentado.

As perguntas realizadas podem provocar desconforto, constrangimento e vergonha na Sra, pois se referem a assuntos íntimos, mas em qualquer momento que deseje interromper a entrevista ou retirar o seu consentimento do estudo faremos isso sem prejuízo algum para a Sra. Deste modo, a Sra. terá plena liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

A entrevista terá duração em média de 20 minutos, será realizada em um local reservado, em uma sala reservada na própria unidade onde a Sra. estará fazendo atendimento, com a porta fechada para que não sejamos incomodadas com barulhos ou outras pessoas e poderá ser interrompida em qualquer momento caso a Sra. necessite. A entrevista será gravada com um aparelho eletrônico (MP4) e depois será passada para um papel, irei transcrevê-la tudo do jeito que a Sra. falou, integralmente. A gravação e análise das entrevistas são de responsabilidade desta pesquisadora e serão tratadas de forma discreta, sigilosa e anônima, exclusivamente para fins acadêmicos, resguardando a identidade e a privacidade da Sra e todas as pessoas envolvidas neste estudo e evitando qualquer tipo de dano ou constrangimento, obedecendo a todos os demais requisitos éticos, de acordo com a resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde. As gravações serão apagadas logo após serem passadas para o papel, e as informações transcritas serão armazenadas sob a responsabilidade da pesquisadora em local seguro, por cinco anos.

Como benefícios o estudo poderá fornecer dados que ajudem a melhorar o atendimento da enfermagem voltado à prevenção do HIV em mulheres, contribuindo para que novas formas de cuidado e prevenção sejam descobertas, que novos conhecimentos para área da saúde, discutindo o acolhimento, a escuta ativa, questões de desigualdades entre homens e mulheres (gênero), violência e o acesso de todos a testagem sorológica com fins de descoberta precoce do diagnóstico, com o aconselhamento pré e pós teste sorológico antecedendo a conduta. Assim, com esse estudo finalizado, quando já tivermos os resultados será possível a melhoria na qualidade de vida e saúde das mulheres, contribuindo para que elas exerçam a sua sexualidade livre do risco de infecção.

Os resultados do estudo serão apresentados em eventos científicos como encontros, seminários e congressos, serão publicados em revistas científicas e será agendado um momento junto a Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus para apresentar os resultados a comunidade e aos profissionais do município.

Esclareço que a sua colaboração é muito importante, mas a sua participação é voluntária sendo garantida a liberdade de recusar-se a estar na pesquisa em qualquer fase do processo de coleta dos dados sem ser penalizada. Não haverá qualquer despesa ou custos envolvidos em sua participação nesta pesquisa. Caso aceite fazer parte do estudo agradeço a sua colaboração e solicito a sua assinatura ao final deste termo de consentimento livre e esclarecido que está em duas vias, uma sua e outra minha, pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFRB no endereço: (**Endereço:** Rua Rui Barbosa, 710, Campus Universitário, Centro, Cruz das Almas.

CEP 44 380 000. **Telefone:** (75) 3621-6850 **E-mail:** eticaempesquisa@ufrb.edu.br).

_____, ____/____/____ (Local e data)

Assinatura da entrevistada

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da aluna colaboradora

APÊNDICE C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-UFRB

Número do Parecer: 191.710

Data da Relatoria: 18/02/2013

Apresentação do Projeto:

"Este estudo tem o objetivo de Traçar estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus. A pesquisa terá uma abordagem de cunho qualitativo, tendo como sujeitos mulheres atendidas em unidades de saúde do município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, as técnicas de coleta dos dados serão a observação, que será registrada em um diário de campo, a análise documental e a entrevista semi-estruturada gravada eletronicamente e transcrita na íntegra. A relevância deste estudo deve-se ao fato de ser fundamental a implementação de ações que venham a contribuir com a redução da feminização da infecção pelo HIV/AIDS, este projeto tem um caráter intervencionista, assim buscaremos ao final do estudo, com base nos resultados encontrados estabelecer parcerias com setores governamentais e não governamentais para discutir e propor ações estratégicas de prevenção ao HIV/AIDS na população estudada. O cenário nacional da pandemia da AIDS sinaliza para o processo de feminização e de interiorização da infecção, ou seja duas situações de extrema magnitude e que urgem por soluções. A dinâmica em que ocorre a infecção pelo HIV em mulheres é complexa e multicausal, pois envolve discussões que extrapolam o universo do comportamento individual, assim devemos ampliar as considerações para aspectos como a vulnerabilidade, seja ela individual, social ou programática, além disso os contextos em que podem estar inseridas também podem favorecer a infecção".

Objetivo Primário:

- "Traçar estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus".

Objetivo Secundário:

- "Identificar os contextos de vulnerabilidade a infecção pelo HIV/AIDS em mulheres de Santo Antônio de Jesus;
- Avaliar a distribuição de insumos de prevenção da infecção por HIV/AIDS às mulheres em Santo Antônio de Jesus;
- Traçar o fluxo de atendimento às mulheres com DST;

-Conhecer as estratégias de sensibilização para realização de testes sorológico para diagnóstico de HIV/AIDS em mulheres de Santo Antônio de Jesus".

Avaliação dos Riscos e benefícios:

Risco:

"As informações obtidas serão utilizadas apenas com fins acadêmicos evitando dano ou constrangimento a todos os envolvidos na pesquisa. Ressalta-se o compromisso com a transcrição literal do discurso e das observações, sendo fidedigna e opondo-se a qualquer distorção do conteúdo das mesmas. As mulheres para serem entrevistadas deverão ser acompanhadas, assistidas por profissionais dos serviços de saúde que após avaliá-las quanto aos aspectos sociais, físicos e emocionais sinalizarão para a pesquisadora a possibilidade de a entrevista ser realizada. Durante a realização da entrevista diante de qualquer desconforto ou constrangimento o processo de coleta será interrompido".

Benefício:

"Os resultados deste estudo podem fornecer maiores subsídios para que sejam traçadas estratégias de enfrentamento a feminização do HIV/AIDS, contribuindo para reduzir o número de casos de morbidade e mortalidade em mulheres, favorecendo para o reconhecimento das situações de vulnerabilidade das mulheres a infecção pelo HIV/AIDS, ajudará na discussão da eficácia das medidas e dos insumos de prevenção implementados até então. O estudo poderá fornecer dados que subsidiem o atendimento da enfermagem voltado à prevenção do HIV em mulheres, dando ênfase a implementação de tecnologias de relação na área da saúde, discutindo o acolhimento, a escuta ativa, questões de gênero, violência, e a universalização da testagem sorológica com fins de descoberta precoce do diagnóstico, com o aconselhamento pré e pós teste sorológico antecedendo a conduta. Assim, em posse dos resultados desse estudo será possível a melhoria na qualidade de vida e saúde das mulheres, contribuindo para que elas exerçam a sua sexualidade livre do risco de infecção".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e social, por buscar traçar "estratégia de enfrentamento da feminização do HIV/AIDS em Santo Antônio de Jesus-Bahia", sendo "estabelecidos planos de ação para discussão e divulgação dos resultados com

setores interessados pelo tema como movimentos sociais, áreas do governo municipal, Programa Municipal de DST/HIV/AIDS".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Documentos de apresentação obrigatória estão presentes.

Recomendações:

Sugestões para o TCLE:

- Trocar o endereço residencial e telefone pessoal das pesquisadoras por endereço e telefone profissional;
- Informar que o projeto foi cadastrado e aprovado pelo CEP-UFRB e não que esse comitê é responsável por esclarecer "as dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após nova avaliação do projeto de pesquisa, baseado na Resolução 196/96, concluímos que as pendências foram resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer atende as normativas da Resolução 196/96. Lembramos as pesquisadoras que aguardamos relatório final da pesquisa.

CRUZ DAS ALMAS, 31 de Janeiro de 2013

Assinador por: Deisy Vital dos Santos (Coordenador)

