**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Mónica Cecilia De la Torre Ugarte Guanilo

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MARCADORES DA
VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS DST/HIV
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

**SÃO PAULO
2012**

Mónica Cecilia De la Torre Ugarte Guanilo

**Construção e validação de marcadores da
vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV
na Atenção Básica à Saúde**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências,
junto ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora:

Profa. Dr^a Maria Rita Bertolozzi

**SÃO PAULO
2012**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

De la Torre-Ugarte-Guanilo, Monica Cecilia

Construção e validação de marcadores da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na atenção básica à saúde / Monica Cecilia De la Torre-Ugarte-Guanilo -- São Paulo, 2012.
217 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Rita Bertolozzi

Área de concentração: Cuidado em saúde

1. Vulnerabilidade 2. HIV 3. Mulheres 4. Enfermagem
I. Título.

Nome: Mónica Cecilia De la Torre Ugarte Guanilo

Título: “Construção e validação de marcadores da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na Atenção Básica à Saúde”

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a: Maria Rita Bertolozzi

Instituição: Escola de Enfermagem da USP

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A meus pais e irmãos,
minha grande inspiração, meu porto seguro,
fonte de energia e minha grande força
para buscar caminhos de superação.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Deus, por acompanhar meus passos e direcionar-me por caminhos que permitiram experiências enriquecedoras. Por colocar em meu caminho pessoas que possibilitaram meu crescimento pessoal e profissional e, sobretudo, pelo amor recebido;

À professora Dra. Maria Rita Bertolozzi, minha orientadora, por seu apoio na elaboração desta tese e, sobretudo, pela atenção e carinho recebido, pela confiança e incentivo a assumir desafios que acreditava não conseguir;

À professora Dra. Renata Ferreira Takahashi, pelo apoio incondicional e pelo carinho recebido;

Aos Especialistas que participaram da validação de conteúdo do instrumento de avaliação da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, por suas valiosas contribuições;

Aos membros do grupo de pesquisa “Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva” da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de aproximar-me cada vez mais ao referencial da Saúde Coletiva e pelos desafios para meu crescimento profissional;

À Massae, Edilma, Kuitéria, Elisângela, Julio, Roxana, Maria Elena, Márcia e Fernanda, meus grandes amigos, pelo carinho, pelos momentos de escuta, de incentivo e por estarem sempre presentes e dispostos a apoiar-me quando foi necessário. Por ensinarem-me que a amizade é o maior bem.

De la Torre-Ugarte-Guanilo MC. Construção e validação de marcadores da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na Atenção Básica à Saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2012.

RESUMO

A prevenção da transmissão do HIV em mulheres é um desafio. O conceito de vulnerabilidade trouxe importantes avanços na análise e intervenção relacionada ao HIV/aids, pois possibilita conceber as ações de prevenção como uma resposta social perante a epidemia e não como ações pontuais. Não obstante, verifica-se limitada incorporação dos elementos da vulnerabilidade nas ações de prevenção do HIV e no seu monitoramento. Nesse sentido, este estudo, de desenvolvimento metodológico, tem como objetivo validar marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, correntes na literatura, para serem aplicados na Atenção Básica à Saúde. A construção dos marcadores foi subsidiada por revisão sistemática (1996-2007) desenvolvida anteriormente, que foi atualizada neste estudo. Utilizou-se da Validação de Conteúdo para validar os marcadores. As etapas percorridas para a validação foram: **Primeira Etapa**- atualização da revisão sistemática (1996-2011); **Segunda Etapa**- seleção e construção dos instrumentos de marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, que consistiu em: seleção dos elementos de vulnerabilidade de mulheres ao HIV, elaboração do Manual Operacional e Planilha de Avaliação, que continha os marcadores com seus componentes; **Terceira Etapa**: Validação dos Marcadores por meio da Técnica de Consenso de Especialistas, os quais avaliaram: 1) o Manual Operacional, 2) os atributos do conjunto de componentes de cada marcador, 3) os atributos de cada componente do marcador e 4) a relevância de cada componente do marcador. Adotou-se o nível de consenso de julgamentos favoráveis de pelo menos 60% como critério para considerar validado o marcador. Foram validados cinco marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV que dizem respeito: 1) à abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV; 2) a aspectos sobre a percepção da vulnerabilidade às DST/HIV; 3) a aspectos sobre a desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV; 4) ao reconhecimento de si mesmo como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos e, 5) às ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso de mulheres à prevenção das DST/HIV. O estudo permitiu validar marcadores que contêm uma síntese de elementos que contribuem para a definição da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV. Os marcadores apresentam-se como importante ferramenta para operacionalizar o conceito de vulnerabilidade na Atenção Básica à Saúde e, particularmente para a Enfermagem, pois podem nortear o planejamento de ações de prevenção, que não se limitem ao repasse de informações mas à troca de saberes, crenças e valores vinculados à forma da mulher vivenciar sua sexualidade e às possibilidades de enfrentamento da sua vulnerabilidade, a partir de ações inter/multidisciplinares e inter/multisetoriais.

Descritores: Marcadores; Vulnerabilidade em saúde; HIV; Enfermagem.

De la Torre-Ugarte-Guanilo MC. Construction and validation of markers for women's vulnerability to STD / HIV in Primary Care [thesis]. Sao Paulo: University of São Paulo, School of Nursing, 2012.

ABSTRACT

Preventing transmission of HIV in women is a real challenge. The concept of vulnerability has brought important advances in analysis and intervention related to HIV / AIDS, because it permits the conception of preventive actions, as a social response towards the epidemic and not as specific actions. Nevertheless, there is a limited incorporation of vulnerability elements in the prevention of HIV and its monitoring. This methodologically developed study, aims to validate vulnerability markers of women to STDs / HIV, and current literature, to be applied in Primary Health Care. The construction of the markers was aided by a systematic review (1996-2007) previously developed, and then updated in this study. Content Validation was used for marker validation. The steps followed for validation were: **First-Step-** update the systematic review (1996-2011), **Second Step-**selection and construction of instruments of markers for vulnerability of women to STDs / HIV, which consisted of: selecting the vulnerability elements of women to HIV, preparing the Operational Manual and Assessment Worksheet, containing markers and its components; **Third Step:** Validation of markers by Technical Expert Consensus, which evaluated: 1) the Operational Manual, 2) the attributes for the set of components of each marker, 3) the attributes of each component of the marker and 4) the relevance of each component of the marker. A level of consensus of favorable judgments, with at least 60%, was used as criteria to consider the marker valid. Five markers were validated for vulnerability of women to STDs / HIV concerning: 1) openness in the relationship to discuss aspects related to STD / HIV, 2) aspects of the perception of vulnerability to STD / HIV, 3) aspects about the disregard of vulnerability to STD / HIV, 4) the recognition of oneself as a subject having sexual and reproductive rights, and 5) the actions of health professionals that limit women's access to prevention of STD/HIV. This study allowed the validation of markers that contain a synthesis of elements which contribute to the definition of women's vulnerability to STIs / HIV. The markers are presented as an important tool to operationalize the concept of vulnerability in Primary Care, and particularly for nursing, since they may guide the planning of preventive actions, which are not limited to only the transfer of information but to the exchange of knowledge, beliefs and values linked to the way women experience their sexuality and the possibilities of coping with their vulnerability, from actions inter / multi-disciplinary and inter / multi-sectional.

Key words: Markers; Health Vulnerability; HIV; Nursing.

De la Torre-Ugarte-Guanilo MC. Construcción y validación de marcadores de vulnerabilidad de mujeres a las ITS/VIH en la Atención Primaria de Salud [tesis]. Sao Paulo: Escuela de Enfermería, Universidad de Sao Paulo; 2012.

RESUMEN

La prevención de la transmisión del VIH en mujeres es un desafío. El concepto de vulnerabilidad trajo importantes avances para el análisis y la intervención relacionada al VIH/SIDA, pues posibilita concebir las acciones de prevención como una respuesta social ante la epidemia y no como acciones puntuales. Sin embargo, se verifica limitada incorporación de los elementos de vulnerabilidad en las acciones de prevención del VIH y en su monitorización. De esta manera, este estudio, de desenvolvimiento metodológico, tiene como objetivo validar marcadores de vulnerabilidad de mujeres a las ITS/VIH, presentes en la literatura, para que sean aplicados en la Atención Primaria de Salud. La construcción de los marcadores fue subsidiada por revisión sistemática (1996-2007) realizada anteriormente, que fue actualizada en este estudio. Se utilizó la Validación de Contenido para validar los marcadores. Las etapas recorridas para la validación fueron: **Primera etapa-** actualización de la revisión sistemática (1996-2011). **Segunda etapa-** selección y construcción de los instrumentos de marcadores de vulnerabilidad de mujeres a las ITS/VIH, que consistió en: selección de los elementos de vulnerabilidad de mujeres al VIH, elaboración del Manual Operacional y Planilla de Evaluación, que contenía los marcadores con sus componentes; **Tercera etapa-** Validación de los Marcadores por medio de la Técnica de Consenso de Especialistas, los cuales evaluarán: 1) el Manual Operacional, 2) los atributos del conjunto de componentes de cada marcador, 3) los atributos de cada componente de marcador y 4) la relevancia de cada componente del marcador. Se adoptó el nivel de consenso de juicio favorable de por lo menos 60% como criterio para considerar validado o marcador. Fueron validados cinco marcadores de vulnerabilidad de mujeres a las ITS/VIH que se refieren: 1) a la abertura en la relación para discutir aspectos relacionados a la prevención de las IST/VIH; 2) a aspectos sobre la percepción de la vulnerabilidad a las IST/VIH; 3) a aspectos sobre la desconsideración de la vulnerabilidad a las ITS/VIH; 4) al reconocimiento de sí mismo como sujeto de derechos sexuales y reproductivos y, 5) a las acciones de los profesionales de salud que limitan el acceso de las mujeres a la prevención de las ITS/VIH. Este trabajo permitió validar marcadores que contienen una síntesis de los elementos que contribuyen para definir la vulnerabilidad de mujeres a las IST/VIH. Se considera que los marcadores son importante herramienta para operacionalizar el concepto de vulnerabilidad en la Atención Primaria de Salud y, particularmente para Enfermería, pues pueden nortear la planificación de las acciones de prevención, que no se limiten al repase de informaciones sino al intercambio de saberes, creencias y valores vinculados a la forma como la mujer vive su sexualidad y a las posibilidades de enfrentamiento de su vulnerabilidad, con acciones inter/multidisciplinares e inter/multisectoriales.

Descriptores: Marcadores; Vulnerabilidad en salud; VIH; Enfermería

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1** – Proporção de casos novos de aids em mulheres, com relação ao número total de casos novos em mulheres, com 12 anos ou mais de escolaridade em Brasil, estado e município de São Paulo. São Paulo – 1998-2011 27
- Gráfico 2** – Elementos de vulnerabilidade de mulheres à infecção pelo HIV, nas dimensões individual, social e programática. São Paulo – 2012 53
- Gráfico 3** – Estágios para desenvolver ações de prevenção à infecção pelo HIV e aspectos que a influenciam. São Paulo – 2012 54
- Gráfico 4** – Situações de vulnerabilidade de mulheres migrantes, geradas por situação de ilegalidade no país, 2002..... 59
- Gráfico 5** – Situações de vulnerabilidade de mulheres da região Subsaariana, geradas por questões políticas, culturais e econômicas, 2002 60
- Gráfico 6** – Situações de vulnerabilidade, geradas pelo limitado acesso à informação sobre o HIV. Teresina-PI, 2007 61
- Gráfico 7** – Processo de exclusão e inclusão de estudos, segundo leitura de título, resumo ou leitura na íntegra. São Paulo, 2011 74

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Contextos de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV/aids no Estado de São Paulo. São Paulo – 2012	38
Quadro 2 – Estratégia de busca utilizada para recuperar estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV, na base de dados PubMed. São Paulo – 2011	69
Quadro 3 – Estratégia de busca utilizada para recuperar estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV, na base de dados Web of Knowledge. São Paulo – 2011	70
Quadro 4 – Estratégia de busca utilizada para recuperar estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV, na base de dados CINAHL. São Paulo – 2011	70
Quadro 5 – Estratégias de busca utilizada para recuperar estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV, na base de dados LILACS. São Paulo – 2011	71
Quadro 6 – Estratégias de busca utilizada para recuperar estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV, na base de dados OVID. São Paulo – 2011	72
Quadro 7 – Estudos distribuídos por temas de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV segundo período de realização-publicação e local em que foram desenvolvidos. São Paulo – 2012.....	86
Quadro 8 – Caracterização dos estudos sobre vulnerabilidade de mulheres brasileiras ao HIV. São Paulo – 2012.....	88
Quadro 9 – Taxonomias que expressam os elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central Norma Social . São Paulo – 2012.....	92
Quadro 10 – Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central Gestão da Saúde. São Paulo – 2012	101

Quadro 11 – Primeira versão dos Marcadores de vulnerabilidade às DST/HIV, segundo critérios de seleção. São Paulo – 2012	108
Quadro 12 – Consenso de julgamento e sugestões apresentadas pelos Especialistas sobre o Construto Operacional do item objetivo dos cinco Marcadores de Vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV. São Paulo – 2012	118
Quadro 13 – Julgamento dos Especialistas sobre os atributos do conjunto de componentes dos Marcadores M1 e M5. São Paulo – 2012	121
Quadro 14 – Julgamento dos Especialistas sobre os atributos do conjunto de componentes dos Marcadores M2, M3 e M4. São Paulo – 2012	122
Quadro 15 – Julgamento dos atributos dos componentes 1NA e 1NB do Marcador M1: Abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012	125
Quadro 16 – Julgamento dos atributos do componente 1F do Marcador M1: Abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012	126
Quadro 17 – Julgamento dos atributos do componente 1H do Marcador M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012	128
Quadro 18 – Julgamento dos atributos do componente 2G do Marcador M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012	129
Quadro 19 – Julgamento dos atributos do componente 2E do Marcador M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012	130
Quadro 20 – Julgamento dos atributos do componente 3B do Marcador M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012	131
Quadro 21 – Julgamento dos atributos do componente 3ND do Marcador M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012	132
Quadro 22 – Julgamento dos atributos dos componentes 3NA e 3NC do Marcador M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012	133

Quadro 23 – Julgamento dos atributos do componente 1A do Marcador M3: Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012	135
Quadro 24 – Julgamento dos atributos do componente 3A do Marcador M3: Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012	136
Quadro 25 – Julgamento dos atributos do componente 3F do Marcador M3: Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012	137
Quadro 26 – Julgamento dos atributos do componente 3D do Marcador M3: Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012	138
Quadro 27 – Julgamento dos atributos dos componentes 4B e 4C do Marcador M4: Reconhecimento de si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos. São Paulo – 2012	140
Quadro 28 – Julgamento dos atributos do componente 4F do Marcador M4: Reconhecimento de si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos. São Paulo – 2012.....	141
Quadro 29 – Julgamento dos atributos do componente 5A do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012.....	143
Quadro 30 – Julgamento dos atributos do componente 5F do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012.....	144
Quadro 31 – Julgamento dos atributos do componente 5L do Marcador 5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012.....	145
Quadro 32 – Julgamento dos atributos do componente 5I do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012.....	146

Quadro 33 – Julgamento dos atributos do componente 5NB e 5NC do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012.....	147
Quadro 34 – Julgamento dos atributos do componente 5W do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012.....	148
Quadro 35 – Julgamento dos atributos do componente 5C do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012.....	149
Quadro 36 – Julgamento dos atributos do componente 5P do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012.....	150
Quadro 37 – Julgamento dos atributos do componente 5K do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012.....	151
Quadro 38 – Julgamento dos atributos do componente 5ND do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012.....	152
Quadro 39 – Valoração da relevância dos componentes do Marcador M1, M2, M3 e M4. São Paulo – 2012	153
Quadro 40 – Valoração de relevância dos componentes do Marcador M5. São Paulo – 2012.....	154

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Casos de aids notificados na categoria de exposição heterossexual em indivíduos com 13 anos ou mais, segundo União, Estado e Município de São Paulo e sexo, por ano de diagnóstico. São Paulo, 1999-2011.....	24
Tabela 2 – Proporção de casos novos de aids em mulheres, segundo ano e escolaridade nos âmbitos Federal, do Estado e do Município de São Paulo. São Paulo, 1999-2011	25
Tabela 3 – Consenso do Julgamento de Especialistas sobre o Construto Operacional dos itens Fontes de informações e Critérios de avaliação. São Paulo – 2012.....	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
COAS	Centros de Orientação e Apoio Sorológico
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
EB	Estratégia de busca
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
MeSH	Medical Subject Headings
MONITORAIDS	Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids
ODM	Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio
PCAP	Pesquisa sobre Conhecimento, Atitudes e Práticas na população brasileira
PIB	Produto Interno Bruto
PN DST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS
PSF	Programa Saúde da Família
QUALIAIDS	Sistema de autoavaliação da qualidade da assistência ambulatorial dos serviços do SUS que assistem pessoas vivendo com HIV/Aids

SAE	Serviços de Ambulatórios Especializados
SINAN	Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuários de drogas injetáveis
UNAIDS	Programa das Nações Unidas para a Aids
UNGASS	Assembleia Geral das Nações Unidas para o HIV e Aids
USF	Unidades de Saúde da Família
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	20
1.1	A EPIDEMIA DO HIV EM MULHERES BRASILEIRAS	21
1.2	VULNERABILIDADE: CONCEITO PROPOSTO PARA SUPERAR AS LIMITAÇÕES DAS INTERVENÇÕES BASEADAS NA NOÇÃO DE RISCO	29
1.3	AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST/HIV NO BRASIL	34
1.4	INDICADORES PARA O CONTROLE DO HIV/AIDS	41
2	JUSTIFICATIVA.....	46
3	OBJETIVOS.....	48
3.1	OBJETIVO GERAL	49
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	49
4	METODOLOGIA	50
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	51
4.2	MARCO REFERENCIAL.....	51
4.2.1	Referencial Teórico: Vulnerabilidade.....	51
4.2.2	Referencial Metodológico: Marcadores de vulnerabilidade	63
5	ETAPAS DO ESTUDO	66
5.1	PROCEDIMENTOS PARA COMPOSIÇÃO DO INSTRUMENTO	67
5.1.1	PRIMEIRA ETAPA: Procedimentos para a atualização da Revisão Sistemática	67
5.1.2	SEGUNDA ETAPA: Procedimentos para a seleção e a construção dos Instrumentos de Marcadores de Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV	76
5.2	PROCEDIMENTOS PARA A VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DOS MARCADORES DE VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS DST/HIV	76
6	PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	81
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
7.1	COMPOSIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE MARCADORES DA VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS DST/HIV	84
7.1.1	PRIMEIRA ETAPA: RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA	84
7.1.2	SEGUNDA ETAPA: seleção dos Marcadores e construção dos Instrumentos de Marcadores de Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV	107
7.2	VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INSTRUMENTOS DOS MARCADORES DE VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS DST/HIV	112
7.2.1	Caracterização do Grupo de Especialistas	112

7.2.2 Julgamento dos Instrumentos	112
7.2.2.1 Avaliação do Construto Operacional.....	115
7.2.2.2 Avaliação dos atributos do conjunto de componentes dos Marcadores de Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV.....	119
7.2.2.3 Avaliação dos atributos de cada componente dos Marcadores de Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV	123
7.2.2.4 Relevância de cada componente do marcador.....	152

8 CONCLUSÕES..... 161

REFERÊNCIAS..... 165

APÊNDICES..... 174

APÊNDICE 1.....	175
APÊNDICE 2.....	177
APÊNDICE 3.....	178
APÊNDICE 4.....	179
APÊNDICE 5.....	180
APÊNDICE 6.....	181
APÊNDICE 7.....	182
APÊNDICE 8.....	183
APÊNDICE 9.....	185
APÊNDICE 10.....	186
APÊNDICE 11.....	189
APÊNDICE 12.....	192
APÊNDICE 13.....	196
APÊNDICE 14.....	198
APÊNDICE 15.....	200
APÊNDICE 16.....	202
APÊNDICE 17.....	204
APÊNDICE 18.....	206
APÊNDICE 19.....	207
APÊNDICE 20.....	208
APÊNDICE 21.....	209
APÊNDICE 22.....	210
APÊNDICE 23.....	211
APÊNDICE 24.....	212

ANEXOS..... 213

ANEXO 1	214
ANEXO 2	215
ANEXO 3	216

APRESENTAÇÃO

Esta Tese dá continuidade à Dissertação de Mestrado, por mim desenvolvida em 2008, intitulada: “Vulnerabilidade feminina ao HIV: metassíntese”, que objetivou identificar, a partir de uma revisão sistemática, os elementos de vulnerabilidade de mulheres de qualquer nacionalidade ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

O presente trabalho objetivou validar marcadores de vulnerabilidade de mulheres às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e ao HIV para serem aplicados na Atenção Básica à Saúde e tem como finalidade, propor marcadores de vulnerabilidade que contribuam para operacionalizar o conceito de vulnerabilidade às DST/HIV neste âmbito de atenção à saúde. O instrumento proposto está voltado a identificar elementos contextuais de vulnerabilidade que limitam a capacidade das mulheres na tomada de decisões relacionadas à sua saúde sexual. Esses marcadores se somam aos desenvolvidos por membros do Grupo de Pesquisa cadastrado no CNPq: “Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva”, no qual tive a oportunidade de integrar por ocasião do desenvolvimento do estudo, e somam-se, ainda, aos marcadores desenvolvidos pelo Programa Nacional de DST/Aids como o Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids (MONITORAIDS), sistema de autoavaliação da qualidade da assistência ambulatorial dos serviços do SUS que assistem pessoas vivendo com HIV/Aids (QUALIAIDS) e Painel Paulista de Vulnerabilidade.

Para construir os marcadores de vulnerabilidade realizou-se um recorte dos estudos identificados na Dissertação de Mestrado, selecionando os desenvolvidos com mulheres de nacionalidade brasileira. À estes adicionaram-se os estudos identificados na atualização da revisão sistemática, desenvolvida durante esta Tese. Ainda, acrescentaram-se elementos de vulnerabilidade detalhados no Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da epidemia de aids e outras DST do Estado de São Paulo. Os marcadores de vulnerabilidade às DST/HIV foram elaborados a partir de elementos da vulnerabilidade que poderiam contribuir para a transmissão do HIV em mulheres soronegativas para o HIV e que contribuíram para a transmissão do HIV em mulheres soropositivas ao HIV. Considera-se que ter trabalhado com essas duas

realidades foi um artifício que fortaleceu a construção dos marcadores de vulnerabilidade.

O objeto de estudo foi problematizado discorrendo-se sobre a epidemia do HIV na população feminina, com destaque para o surgimento e as contribuições do conceito de vulnerabilidade, além do resgate histórico das ações de prevenção e controle das DST/HIV e sua incorporação nos serviços de Atenção Básica à Saúde, assim como sobre indicadores correntes no contexto de HIV/aids. Para a construção e a validação dos marcadores definiram-se três etapas. **Primeira:** atualização da revisão sistemática 2007-2011. **Segunda:** Elaboração do Manual Operacional (Instrumento nº1), elaboração da Planilha de Avaliação para cada marcador (Instrumento nº2) e elaboração de instrumento para Validação de Conteúdo de cada marcador (Instrumento nº3). **Terceira:** Validação de cada marcador constante dos Instrumentos nº1 e nº2, por consenso de especialistas.

Espera-se que tais marcadores, inéditos no âmbito da prevenção em DST/HIV, somem-se aos esforços que vem sendo empreendidos na prevenção da transmissão do HIV, na especificidade do grupo de mulheres brasileiras.

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 A EPIDEMIA DO HIV EM MULHERES BRASILEIRAS

Como introdução ao tema da epidemia do HIV na população feminina brasileira, inicia-se discorrendo sobre dados epidemiológicos do seu processo de crescimento, no intuito de contextualizar o leitor e de mostrar os diferentes perfis que tornam evidente a maior vulnerabilidade à transmissão do HIV desse segmento populacional. Apresentam-se comparações entre as esferas Federal, Estadual e do Município de São Paulo. Ainda, apresentam-se dados de outras DST e de violência sexual na população feminina. O interesse desta apresentação tem a pretensão de expor aspectos que podem ter contribuído ou podem contribuir, ainda mais, para o crescimento da epidemia de HIV nas mulheres.

No Brasil, ao longo dos 32 anos da evolução da epidemia do HIV/aids identificaram-se diferentes mudanças nos perfis epidemiológicos, que geraram câmbios nos paradigmas sobre os aspectos que determinam a transmissão do vírus e sobre os grupos sociais mais atingidos. Inicialmente, houve maior prevalência de casos na população homossexual e bissexual masculina, em usuários de drogas injetáveis (UDI), em hemofílicos ou politransfundidos, o que criou uma falsa concepção de “*Grupos de risco*”, pois se pensava que o vírus era transmitido apenas às pessoas que pertenciam a tais grupos (Brasil, 1985, 2011a, 2012a).

Contudo, ao longo do tempo, a epidemia vem mostrando que o HIV atinge indiscriminadamente qualquer grupo social, mas sua transmissão é mais presente quando, além dos aspectos de vulnerabilidade individual, o sujeito se depara com contextos que oferece maior vulnerabilidade à infecção. Desta maneira, grupos sociais expostos a contextos de maior vulnerabilidade tornaram-se um contingente cada vez maior no perfil epidemiológico do HIV/aids. Isso é identificado nas mudanças do perfil epidemiológico do HIV/aids no País que evidencia *feminização, envelhecimento, heterossexualização e pauperização*.

Com relação à *feminização*, a primeira notificação de caso de aids em mulheres brasileiras ocorreu em 1982, dois anos após o primeiro caso notificado em homens. Inicialmente, a epidemia em mulheres avançou a passos lentos, uma vez que quatro anos após o primeiro caso de aids em mulheres, a taxa de incidência era de apenas 0,1/100.000 habitantes (hab.). Mas, posteriormente, em 2003, a epidemia ganhou

velocidade, apresentando taxa de incidência de 15,7/100.000 hab., o maior patamar registrado neste segmento populacional. Não obstante, a partir desse ano, observou-se pequena desaceleração da epidemia, refletida na taxa de incidência de 13,2/100.000 hab., em 2010 (Brasil, 2012a).

Embora a taxa de incidência na população masculina mantenha-se maior que na feminina, desde o início da epidemia, é importante destacar que a *feminização* da epidemia refere-se à proporção, cada vez maior, de casos novos de aids notificados na população de mulheres. Tal proporção é observada na Razão masculino/feminino (Razão M/F). A redução de casos novos de aids em homens por cada caso novo de aids em mulheres é observada ao comparar a Razão M/F da União, em 1983 (ano em que se registrou a maior Razão M:F) com a de 2008, pois esta passou de 40 para 1,5. É importante ressaltar que, nos dois anos seguintes, já começa a se observar o resultado do esforço do Governo brasileiro para conter a feminização da epidemia, pois foram notificados 1,6 e 1,7 casos novos de aids em homens para cada caso novo de aids em mulheres, em 2009 e 2010, respectivamente (Brasil, 2012a).

O Estado de São Paulo, cuja incidência de aids em mulheres, em 2010, foi de 10,4/100.000 hab., e o Município de São Paulo, que reportou a mesma incidência de aids em mulheres de 2009 (10,4/100.000 hab.), apresentaram o mesmo perfil da epidemia da aids do âmbito federal: maior número de casos no sexo masculino, maior velocidade de crescimento de casos novos em mulheres com relação aos homens e evidência de diminuição da Razão M/F nos últimos anos. No Estado de São Paulo, a Razão M/F passou de 34 em 1985 para 1,5 em 2005, com aumento para 2,1, em 2011. No Município de São Paulo, essa Razão passou de 26, em 1985, para 1,7 em 2005, com aumento para 2,2, em 2009 (Brasil, 2010a, 2011a).

Tanto no âmbito federal, quanto no Estado e no Município de São Paulo, o maior número de casos notificados, dentre a população feminina, refere-se às mulheres com idade entre 30 a 39 anos. Contudo, ao analisar-se a faixa etária e o sexo, evidencia-se que, a população com 13 a 19 anos, ao final da década de 1990, vem apresentando maior número de casos novos de aids na população feminina quando comparada à população masculina (Brasil, 2010a, 2011a, 2012a).

Um dos aspectos que, provavelmente, influenciou a mudança do perfil da epidemia para a *feminização* relaciona-se ao conhecimento sobre as formas de

transmissão e prevenção, assim como as possibilidades efetivas de realizar práticas de prevenção. Segundo a última “Pesquisa sobre Conhecimento, Atitudes e Práticas na população brasileira (PCAP)”, relacionada às DST/aids e realizada em 2008 pelo Governo brasileiro, quando comparadas aos homens, as mulheres possuem menor conhecimento tanto sobre as formas de transmissão do HIV, quanto sobre o uso do preservativo, como forma de proteção da infecção. Com relação ao ato concreto de se prevenir, isto é, ao uso do preservativo, a proporção de mulheres que declararam seu uso, em todas as relações sexuais dos últimos 12 meses, seja com qualquer parceiro (22,5%) ou com parceria casual (34,6%) foi menor do que a proporção de homens que usaram preservativo com qualquer parceiro (28,3%) ou com parceria casual (51%). Quanto ao uso do preservativo em relações estáveis, em ambos os sexos (21,5% para homens e 17,3% para mulheres), mostra-se menor que em outros tipos de parcerias (Brasil, 2011b).

Embora brasileiros com idades de 50 a 59 anos não sejam os mais atingidos, quando comparados às demais faixas etárias, ao proceder-se à análise ao longo do tempo, em ambos os sexos, observa-se um constante crescimento da taxa de incidência, o que caracteriza o processo de *envelhecimento* da epidemia. Com relação à taxa de incidência na população feminina dessa faixa etária, na esfera Federal, aumentou de 9,5/100.000 hab., em 1998, para 17,9/100.000 hab., em 2008, o que revela quase 100% de crescimento. Contudo, observou-se pequena redução para 16,3/100.000 hab., em 2010. Quando a análise é realizada com dados do Estado de São Paulo, evidencia-se um crescimento de um pouco mais de 400%, pois a incidência em mulheres dessa faixa etária passou de 3,9/100.000 hab., em 1991, para 18,8/100.000 hab., em 2008, com redução em 2010 para 13,6/100.000 hab. No Município de São Paulo, também se observa um aumento constante, ao longo dos anos, na proporção de casos novos de aids em mulheres da mesma faixa etária, embora em proporção menor que no Estado de São Paulo, a qual passou de 6,8%, em 2001, para 13,5%, em 2009 (Brasil, 2010a, 2011a, 2012a).

De igual forma que a *feminização* da epidemia, o seu *envelhecimento* pode ter sido favorecido pelo deficiente conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção, assim como pelo baixo uso do preservativo das mulheres dessa faixa etária. Segundo a PCAP de 2008, pessoas com 50 a 64 anos, possuem menor conhecimento sobre o uso do preservativo como meio de prevenção da transmissão sexual do HIV

(93%), quando comparadas com pessoas de 15 a 24 anos (97%). Quanto ao uso de preservativo, independentemente da parceria, as pessoas com 50 a 64 anos de idade usaram o preservativo em menor proporção, tanto na última relação sexual (16,4%), quanto na última relação com parceria casual (38%), quando comparadas às pessoas com 15 a 24 anos de idade, que manifestaram maior uso de preservativo na última relação sexual (55%) e na última relação sexual com parceria casual (68%) (Brasil, 2011b).

Outra característica atual do perfil da epidemia da aids na população brasileira é a *heterossexualização* pois, desde o final da década de 1990, notificaram-se cada vez mais casos novos de aids na população heterossexual que adquiriu o vírus por via sexual, tanto homens quanto mulheres. Essa se constitui a mais importante característica da dinâmica da epidemia, sobretudo na população feminina, pois a proporção de mulheres heterossexuais que adquiriram o vírus pela categoria de exposição sexual vem sendo cada vez maior, quando comparada aos homens heterossexuais que adquiriram o vírus pela mesma categoria de exposição, nos âmbitos Federal, do Estado e do Município de São Paulo. É importante ressaltar que a proporção de mulheres que adquiriram o vírus por esta categoria de exposição está em constante aumento e, atualmente, é o principal meio de transmissão do vírus na população feminina. Na União, que engloba dados de todos os estados federados, observa-se tendência à redução a partir de 2007, o que reflete a divergência da epidemia nos diferentes estados e o sucesso desigual das ações de prevenção (Tabela 1) (Brasil, 2010a, 2011a, 2012a).

Tabela 1 – Casos de aids notificados na categoria de exposição heterossexual em indivíduos com 13 anos ou mais, segundo União, Estado e Município de São Paulo e sexo, por ano de diagnóstico. São Paulo, 1999-2011

Âmbito das notificações	Sexo	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
		%	%	%	%	%	%	%
União	Homens	33,2	38,1	41,7	44,2	44,4	43,1	40,9
	Mulheres	92,0	92,8	93,3	94,1	83,5	81,4	82,8
Estado de São Paulo	Homens	31,1	35,1	40,1	42,5	42,1	41,6	39,0
	Mulheres	76,2	77,4	81,0	81,7	83,0	85,4	88,4
Município de São Paulo	Homens	---	27,2	31,5	35,8	34,7	34,3	---
	Mulheres	---	67,6	72,4	77,0	77,7	81,3	---

Fonte:

Bol Epidemiol Aids DST do Brasil. 2011:8(1).

Bol Epidemiol DST/Aids do estado de São Paulo. 2011:28(1).

Bol Epidemiol de AIDS/HIV/DST e Hepatite B e C do município de São Paulo. 2010:14(13).

O sucesso desigual das ações de prevenção da transmissão do HIV na população feminina, também se deve ao diferente grau de implantação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da epidemia de Aids e outras DST nas Unidades Federadas que compõem o País. Segundo pesquisa sobre a sua implementação, identificou-se que não ocorreu em seis Estados; em três encontrava-se em fase bastante inicial; em 11 encontra-se implementado, embora sem foco específico nas ações voltadas para mulheres sob maior vulnerabilidade e com problemas em relação à integração das ações; e em apenas quatro Estados, a sua realização é considerada bem sucedida por seus responsáveis (Brasil, 2010b).

Com relação à situação econômica da população que vem sendo mais atingida - utilizando-se a escolaridade como variável *proxi* da situação econômica-, identifica-se que há uma tendência à *pauperização* da epidemia. Isto porque se identifica cada vez maior número de pessoas com aids, de ambos os sexos, com baixo grau de escolaridade. No que tange à população feminina, na esfera Federal, embora se observe que a maior proporção de casos novos de aids deixou de ser representada por mulheres que possuíam de um a três anos de escolaridade, para ser representada por mulheres com quatro a sete anos de escolaridade, esta não supera o nível fundamental. Entretanto, os perfis epidemiológicos do Estado e do Município de São Paulo já são um pouco diferentes da União, pois se observa que a maior proporção de casos novos está representada por mulheres com mais de oito anos de escolaridade, entretanto, não supera o ensino médio (Tabela 2).

Tabela 2 – Proporção de casos novos de aids em mulheres, segundo ano e escolaridade nos âmbitos Federal, do Estado e do Município de São Paulo. São Paulo, 1999-2011

Ano	União Federal		Estado de São Paulo		Município de São Paulo	
	Escolaridade (em anos)	%	Escolaridade (em anos)	%	Escolaridade (em anos)	%
1999	1 a 3	31,1	1 a 3	33,6	4 a 7	33,5
2001	4 a 7	29,4	4 a 7	33,0	4 a 7	28,5
2003	4 a 7	33,8	4 a 7	33,0	4 a 7	30,5
2005	4 a 7	32,0	4 a 7	34,8	4 a 7	30,7
2007	4 a 7	30,5	8 a 11	34,1	8 a 11	34,8

(continua)

(continuação)

Ano	União Federal		Estado de São Paulo		Município de São Paulo	
	Escolaridade (em anos)	%	Escolaridade (em anos)	%	Escolaridade (em anos)	%
2009	4 a 7	28,9	8 a 11	35,5	8 a 11	37,0
2011	4 a 7	28,8	8 a 11	38,0	---	---

(conclusão)

Fonte:

Bol Epidemiol Aids DST do Brasil. 2011:8(1).

Bol Epidemiol DST/Aids do estado de São Paulo. 2011:28(1).

Bol Epidemiol de AIDS/HIV/DST e Hepatite B e C do município de São Paulo. 2010:14(13).

A PCAP de 2008 levantou informações sobre o conhecimento da transmissão e sobre a prevenção do HIV segundo classe econômica, utilizando as variáveis: escolaridade, classe social e localização de residência. No que se refere à escolaridade, identificaram-se diferenças importantes com relação ao conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV: apenas 39,9% dos sujeitos que possuíam primário incompleto e 65,3% dos que possuíam fundamental completo tiveram correto conhecimento sobre o tema. Com relação à classe social, resultados semelhantes foram encontrados: maior proporção de pessoas consideradas nas classes A/B (66,5%) que tiveram correto conhecimento sobre o tema, quando comparadas às pertencentes às classes D/E (46,8%). Da mesma maneira, houve diferenças com relação à localização da residência: maiores taxas de conhecimento na zona urbana (58,6%) que na rural (49,4%) (Brasil, 2011b).

A relação da pobreza com o HIV já é descrita desde a década de 2000, quando se afirmava que pessoas inseridas em um contexto social com deficientes recursos econômicos possuíam maior chance de apresentarem infecção pelo vírus, apontando-se que a deficiente inserção social dificulta o acesso aos serviços de saúde e educação, expõe à maior violência urbana, à falta de oportunidades profissionais, à exposição ao uso de drogas ilícitas, à opressão sexual, entre outras condições que, atuam de forma sinérgica e ampliam as chances de infecção ao HIV e a outras enfermidades (Brasil, 2002).

Há que considerar que, as ações de prevenção às HIV não devem ser limitadas às mulheres com mais baixa escolaridade, entendendo-se a razão direta entre esta e a

pauperização, pois isso pode levar ao crescimento da epidemia no grupo de mulheres com mais de 11 anos de escolaridade. Veja-se que situação como essa favoreceu o crescimento da epidemia nos heterossexuais por se sentirem distantes da doença ao não se considerarem “grupos de risco” ou por não apresentar “comportamento de risco”. Os picos de aumento e diminuição da proporção de casos novos de aids em mulheres com 12 anos ou mais de escolaridade, apresentados no Gráfico 1, mostram a importância da manutenção de ações voltadas, também, para este segmento populacional.

Fonte:

Bol Epidemiol Aids DST do Brasil. 2011;8(1).

Bol Epidemiol DST/Aids do estado de São Paulo. 2011;28(1).

Bol Epidemiol de AIDS/HIV/DST e Hepatite B e C do município de São Paulo. 2010;14(13).

Gráfico 1 – Proporção de casos novos de aids em mulheres, com relação ao número total de casos novos em mulheres, com 12 anos ou mais de escolaridade em Brasil, estado e município de São Paulo. São Paulo – 1998-2011

O uso do preservativo, além de prevenir a transmissão do HIV, também é barreira importante para a prevenção de outras DST. Segundo o PCAP de 2008, 56,5% da população feminina brasileira com 15 a 64 anos declarou antecedentes de DST, incluindo-se a presença de corrimento vaginal. Quando se exclui a presença de corrimento vaginal, 9,5% manifestaram história prévia de DST. Em torno de 7,0% das mulheres reportaram ter apresentado, alguma vez na vida, feridas na vagina; 2,2% manifestaram ter apresentado bolhas e, 1,8% verrugas (Brasil, 2011b).

Com relação à sífilis na gestação, no Estado de São Paulo, aumentou aproximadamente 14 vezes, quando comparado o período de 2005-2010 (de 152 para 2.100 casos notificados). No Município de São Paulo houve um aumento de 2,5 vezes

nas notificações, quando comparado o período de 2007-2009 (312 para 785 casos notificados). Essa maior notificação de casos pode dever-se à inclusão da sífilis na gestação como doença de notificação compulsória, em 2005 (Portaria nº 33 de 14/07/2005 - Ministério da Saúde) (Brasil, 2005a, 2010a, 2011a).

Cabe ressaltar que, embora as DST requeiram abordagem do parceiro, é histórica a ausência do homem na rede de atenção básica à saúde, uma vez que cerca de 80,0% dos usuários destes serviços são mulheres, crianças e idosos (Brasil, 2011a).

O perfil epidemiológico apresentado permite identificar que a epidemia do HIV/aids cresce com maior velocidade na população feminina; a transmissão é principalmente heterossexual e, é multifacetada, uma vez que as mulheres com 30 a 39 anos são mais acometidas pelo vírus. Contudo, há tendência de crescimento em mulheres nas faixas etárias de 13-19 anos e 50-59 anos. Ainda, as mulheres com até 11 anos de escolaridade concentram o grupo que apresenta maior proporção de casos novos de aids, mas a proporção de mulheres acometidas e que tem maior escolaridade não é estável.

Conforme exposto, o conhecimento correto sobre a transmissão e a prevenção do HIV, assim como sobre o uso do preservativo, sem dúvida contribuíram para as mudanças no perfil da epidemia da aids. Não obstante, o conhecimento constitua importante determinante na prevenção da transmissão do HIV, outros aspectos podem ter contribuído para as mudanças do perfil da epidemia na população feminina, como as desigualdades sociais e de gênero, pois ao promover assimetria na capacidade das mulheres de tomar decisões relacionadas à sua saúde sexual e reprodutiva, estas se tornam mais vulneráveis à transmissão das DST/HIV.

Apesar de os direitos sexuais e reprodutivos serem considerados Direitos Humanos já reconhecidos na legislação nacional e em documentos internacionais, diferentes situações dificultam a sua consecução como a *violência psicológica* ou *sexual* dirigida às mulheres, a *dependência econômica* das mulheres e a *ausência de canais* para manifestar queixas, seja pelo diálogo ou pela via legal (Brasil, 2010c).

No Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado em 2006, e integrado ao Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), em 2009, a violência é considerada como:

O uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou venha resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Brasil, 2010d, p.118).

Nesse sentido, considera-se como violência: a violência física, a psicológica/moral, a tortura, a violência sexual, o tráfico de seres humanos, a violência financeira/econômica, a negligência/abandono, dentre outros. Dentre a violência sexual, considera-se: o assédio sexual, o estupro, a exploração sexual e o atentado violento ao pudor, dentre outros (Brasil, 2010d).

Conforme dados do SINAN, de 2011, a maior proporção de violência doméstica, sexual e/ou outras violências registradas na Federação Brasileira, ocorreu na população feminina, que concentrou 65,5% (70.285 casos) dos casos notificados. O Estado que notificou maior número de casos de mulheres vítimas de violência foi São Paulo, com 27% das notificações (18.806 casos), seguido de Minas Gerais com 14% (9.934 casos), Rio Grande do Sul com 9% (6.238 casos), Rio de Janeiro com 7% (4.926 casos) e Pernambuco com 6% (4.360 casos) (SINAN, 2011).

No Estado de São Paulo, no mesmo ano, dentre as violências, a *violência sexual* foi responsável por 15% (2.772 casos) das notificações de violência na população feminina; dessas, 70% (1.953 casos) ocorreram em mulheres com mais de 10 anos. Considerando esse segmento, as faixas etárias com maior proporção de casos de violência sexual foram: de 10-14 anos (26%), de 15-19 anos (16%) e de 20-29 anos (14%). Os agressores foram principalmente homens desconhecidos (40%), amigos/conhecidos (20%), padrasto (8%), pai (7%) e cônjuge (5%). Cerca de 32% das mulheres informaram ter sido vítimas de violência sexual de repetição, ou seja, o evento violento já havia sido perpetrado anteriormente (SINAN, 2011).

1.2 VULNERABILIDADE: CONCEITO PROPOSTO PARA SUPERAR AS LIMITAÇÕES DAS INTERVENÇÕES BASEADAS NA NOÇÃO DE RISCO

Para contextualizar o surgimento do conceito de vulnerabilidade, como proposta para aprimorar as ações de prevenção, discorre-se, a seguir, sobre a evolução da compreensão do comportamento social da epidemia da aids, trazendo à luz as ações

propostas sob o conceito de *grupos de risco*, *comportamentos de risco* e, posteriormente, sob o conceito de *vulnerabilidade*.

Inicia-se, destacando que a rápida instalação da epidemia da aids, em diferentes países, motivou a implantação de medidas de prevenção e controle ao longo dos continentes. No Brasil, implantou-se o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo (PE-DST/Aids-SP), em 1983 e, após três anos, o Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids). Com a implantação deste último, consolidaram-se as ações de prevenção e controle no nível nacional, que tiveram a finalidade de prevenir e controlar a transmissão do vírus e diminuir a morbimortalidade dos sujeitos que já viviam com o vírus (Brasil, 2005b, 2005c).

Com relação às ações de prevenção da transmissão do HIV, estiveram norteadas pela *concepção de risco*, formalizada desde a Epidemiologia do risco de 1945. Por ter a *concepção de risco* caráter probabilístico e pragmático, a análise da epidemia limitou-se à identificação de *associações probabilísticas*, estatisticamente significantes, entre subgrupos populacionais e o acometimento pelo vírus, para determinar as chances de ocorrer a infecção (Ayres et al., 2006).

Seguindo os pressupostos dessa concepção e dado que, no início da epidemia da aids no Brasil, houve predomínio de casos na população homossexual e bissexual masculina, UDI, hemofílicos ou politransfundidos, mesmo antes da implantação do Programa Nacional de DST/Aids, o Governo brasileiro define tais grupos como “*de risco*”. Essa foi a primeira medida governamental ligada à vigilância epidemiológica, publicada por meio da Portaria nº 236/MS de 1985 (Brasil, 1985).

No mesmo ano, com o licenciamento do teste diagnóstico do HIV, dois anos após seu isolamento, facilitou-se a identificação do caráter transmissível da doença e a identificação de anticorpos para o HIV no sangue, que permitiam fazer o diagnóstico da infecção pelo vírus. Esse avanço contribuiu para estabelecer, em 1987/88, a implantação de Serviços de Ambulatórios Especializados (SAE) em HIV/aids, Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), assim como Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) -articulados aos serviços de prevenção e controle de DST da Atenção Básica-. Estes tiveram, dentre suas atribuições, oferecer, de forma gratuita, o teste de HIV, para a detecção de portadores do vírus, de forma anônima e confidencial, e para a realização do aconselhamento prévio ao teste de HIV. Aos bancos de sangue, em 1988,

estabeleceu-se a obrigatoriedade do controle laboratorial do sangue e seus derivados (Brasil, 2005b, 2005c).

As medidas supracitadas redirecionaram as estratégias de prevenção, ao substituir as recomendações de: *abstinência sexual para os grupos de risco, proibição de doação de sangue e proibição de uso de drogas injetáveis* que, até então, embasavam as recomendações governamentais de prevenção, por estratégias de *redução de risco*, com base na difusão universal de informação e no estímulo para incorporar o uso do preservativo e de práticas de “sexo mais seguro”, testagem e aconselhamento e estratégias de redução de danos para os UDI (Ayres et al., 2006; Brasil, 1985).

Posteriormente, com o surgimento do conceito *comportamento de risco*, como novo instrumental para subsidiar as ações que visavam deter a epidemia do HIV, um novo redirecionamento foi dado para as ações de prevenção, em termos de sua abrangência e foco. Quanto à abrangência, as ações de prevenção começaram a ser dirigidas para a população em geral. Com relação ao foco, as ações começaram a ser voltadas para a mudança de comportamentos que expunham às pessoas ao HIV, como relação sexual desprotegida com parceiro de quem se desconhece o *status* sorológico. Dois efeitos positivos deste novo instrumental foram observados: o entendimento de que as ações de prevenção devem almejar *qualquer* pessoa e que a transmissão do HIV não se limitava aos chamados *grupos de risco*, o que contribuiu para diminuir o estigma colocado sobre tais grupos (Ayres et al., 2006).

Desta maneira, foi imperioso o aumento progressivo de programas de prevenção específicos para: homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, população carcerária, população juvenil de escolas e para mulheres grávidas, estas últimas, com vistas a prevenir a transmissão vertical do HIV e da sífilis (Brasil, 2005b, 2005c).

Todas essas ações, dentre outras, contribuíram para o reconhecimento internacional do Programa Nacional de DST/AIDS (PN DST/AIDS) brasileiro. Contudo, apesar de que as ações de prevenção, sob a noção de *comportamento de risco*, tiveram efeito positivo em determinados segmentos populacionais, houve pouco ou nenhum impacto em populações com menor poder social, como os mais pobres, as mulheres, os marginalizados e os moradores da periferia, dentre outros. Isso ficou evidente no surgimento de diferentes perfis epidemiológicos que indicavam o rumo da

epidemia, conforme supracitado, para a “pauperização”, a “feminização”, o “envelhecimento”, além da “heterossexualização” (Ayres et al., 2006; Brasil, 2005c).

Com relação à população feminina, como citado na seção anterior, as mulheres com menor escolaridade são atingidas pelo vírus do HIV em maior proporção. Isso -sem intenção de fazer, nesta seção, uma análise aprofundada- revela que questões estruturais, como deficiente acesso à educação e ao trabalho que, por sua vez, relacionam-se à processos políticos e econômicos, determinam a maior chance da infecção pelo vírus. Ainda, mostrou-se que a maior proporção de mulheres atingidas pelo vírus encontra-se na faixa etária de 30-39 anos e há uma tendência de aumento nas jovens e idosas, sendo que a maioria destas adquiriu o vírus por relações sexuais com homens. Esses dados podem evidenciar que a epidemia do HIV, na população feminina, também é influenciada por padrões culturais que envolvem as relações afetivas e sexuais, como normas sociais, relações de gênero e intergeracionais que, em interação com o acesso à educação e ao trabalho, podem determinar a submissão emocional, cultural ou econômica, com consequente baixo poder de negociação para a adoção de métodos de prevenção às DST/HIV. Ou, ainda, podem influenciar no sentido da mulher sentir-se protegida da transmissão do HIV apenas pelo julgamento do próprio comportamento. Assim, a *feminização* da epidemia começa a ser considerada uma realidade complexa que impõe um desafio a ser superado.

Nesse contexto, começou-se a cunhar as limitações da noção de *comportamento de risco*, acreditando-se que o principal empecilho, para o sucesso das ações de prevenção, foi atribuir responsabilidade da prevenção da transmissão do vírus exclusivamente ao sujeito, por não adotar “sexo seguro”, como destacado nas manifestações dos grupos e movimentos organizados, dentre eles, o movimento pelos direitos das mulheres. Esse movimento evidenciou que a mudança de comportamento não é resultante apenas de “informação e vontade”, mas determinada por coerções, pela disponibilidade de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial, distribuídos desigualmente entre os países, os segmentos sociais, os grupos étnicos, as faixas etárias e os sexos (Ayres et al., 1999, 2006).

A responsabilidade individual da transmissão descontextualizou a análise da transmissão do HIV e dificultou a identificação dos determinantes próprios da mulher (individuais), determinantes presentes do grupo social onde a mulher se insere (sociais)

e determinantes relacionados ao compromisso das instituições sociais para reverter contextos de vulnerabilidade (programática). Nesse sentido, os avanços conquistados com a noção de *comportamentos de risco* apresentaram-se como insuficientes para fortalecer as ações de prevenção. Tal situação deu espaço às proposições que defendiam estratégias de prevenção de alcance social e estrutural como indispensáveis ao controle da epidemia, pois se afirmava que a promoção do uso do preservativo é estratégia insuficiente quando não se abordam questões próprias do grupo social (Ayres et al., 1999, 2006).

Apresentou-se, desta maneira, o desafio para a epidemiologia, no sentido de possibilitar a apreensão e intervenção sobre os determinantes sociais da transmissão do HIV, de forma a agir no plano da prevenção e promoção da saúde, com “estratégias populacionais” e não apenas “estratégias de alto risco”, voltadas à dimensão “social/estrutural” e não apenas “individual/comportamental” (Ayres et al., 2006).

É nesse contexto que o conceito de vulnerabilidade, publicado no livro *Aids in the world*, em 1992, começou a ser cunhado no campo da saúde pública pela “militância”, frente à epidemia da aids e pelo Movimento dos Direitos Humanos. Esse conceito foi considerado um importante aporte pelo seu potencial para contribuir para a superação das limitações observadas com o conceito de *risco*, uma vez que auxilia na captação dos determinantes sociais da transmissão. Os aportes que o conceito de vulnerabilidade trouxe à análise da transmissão do HIV foram: a) considerar que todos os sujeitos são vulneráveis à infecção pelo HIV, nesse sentido, todo sujeito tem direito ao acesso às ações de prevenção; b) compreender o processo saúde-doença como resultado de iniquidades sociais e, c) incluir aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais, além dos aspectos próprios do sujeito (individuais), como determinantes da transmissão do HIV (Ayres et al., 2006, Mann, Tarantola, Netter, 1993).

O conceito de vulnerabilidade foi amplamente difundido, na mesma década, por um grupo de pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard, vinculados, na época, à Coalisão Global de Políticas contra a Aids, embrião do atual Programa das Nações Unidas para a Aids (UNAIDS). Eles propuseram a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e à aids como novo instrumental para analisar as tendências mundiais da epidemia e embasar as ações de prevenção (Ayres et al., 1999, 2006; Mann, Tarantola, Netter, 1993; Mann, Tarantola, 1996).

Conforme afirmam Ayres et al. (2006, p.396):

[...] a noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. As análises de vulnerabilidade buscam, assim, integrar três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos das vidas das pessoas, de comunidades ou, até mesmo, nações, que as tornam mais ou menos susceptíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento ou morte por aids [...]

Entende-se que as estratégias de prevenção, sob o conceito de vulnerabilidade, têm como alvo, *suscetibilidades populacionais* à infecção e buscam promover uma *resposta social*, pois, ao considerar a pessoa como sujeito social, requer de diferentes setores e disciplinas para tentar diminuir a vulnerabilidade. Em outras palavras, consideram-se como parte indissociável das ações de prevenção e cuidado, a intervenção estrutural, a organização comunitária, a construção da cidadania, o ativismo político, a ação jurídica e a defesa dos Direitos Humanos. A expectativa é transformar os contextos e as relações desfavoráveis, com a finalidade de promover a autonomia do sujeito, para favorecer capacidades de resposta. Isso leva a repensar os processos educativos, a abrangência das intervenções, os agentes de intervenção, as expectativas de resposta e o impacto desejado (Ayres et al., 2006).

Até aqui, destacou-se as dificuldades enfrentadas com o conceito de *risco* e a potencialidade do conceito de vulnerabilidade, como proposta para superar contextos que facilitam a transmissão do vírus. Contudo, perante sua complexidade, está posto aos gestores e profissionais de saúde, o desafio para sua operacionalização nas ações de prevenção.

1.3 AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DAS DST/HIV NO BRASIL

Com o intuito de destacar o fortalecimento das ações de prevenção e controle das DST/HIV, que incluem a incorporação do conceito de vulnerabilidade, se descreve as iniciativas do Governo para implementá-las, a descentralização das ações e sua incorporação na Atenção Básica. Também, discorre-se sobre a proposta de intervenção do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras

DST e o desafio posto para operacionalizar as ações de prevenção baseadas no conceito de vulnerabilidade.

No início da epidemia da aids, a demanda crescente por internações de pacientes acometidos pela doença surpreendeu aos gestores de saúde e trouxe à luz a insuficiência da infraestrutura da rede pública para atendê-las, gerando um colapso. Tal situação acentuou-se devido à recusa dos serviços privados em atender tal demanda. Em resposta, iniciou-se o processo de descentralização das ações do Programa de DST/aids que, inicialmente, estiveram centralizadas: a) no Centro de Referência e Treinamento (CRT), que funcionava como unidade hospitalar e assistencial com hospital-dia e, também, como treinador e gerador de normas técnicas para o Estado de São Paulo; b) nos hospitais sob gestão da Secretaria de Estado de São Paulo, nos filantrópicos e nos universitários, com funções de assistência e vigilância e, c) no SAE, que desenvolvia ações de prevenção (França, 2008).

O processo de descentralização, que ocorreu no período de 1983-1988, permitiu a ampliação das ações dos CRT para outros municípios e o estabelecimento de uma rede de atenção ao HIV/aids nos territórios de abrangência dos próprios municípios. Isso possibilitou adequar as ações às peculiaridades locais da epidemia, por meio da gestão municipal, assim como permitiu uma importante expansão e consolidação das ações programáticas com o estabelecimento de parcerias entre os programas municipais e a rede de serviços que estes ofereciam com o Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo (PE-DST/Aids-SP). Desta maneira, estados e municípios começaram a partilhar com o ente federado a tarefa de formular, planejar e implementar políticas, programas, ações e serviços de saúde (França, 2008).

Em 1994, ocorreram importantes acontecimentos para o fortalecimento da Atenção Básica. O primeiro refere-se à implantação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), com a finalidade de reorganizar a atenção à saúde. O segundo diz respeito ao recebimento de recursos advindos de empréstimo do Banco Mundial ao Ministério da Saúde, o que fortaleceu a descentralização e o desenvolvimento do plano estratégico para o enfrentamento da epidemia do HIV/aids (Brasil, 1994; World Bank, 2005).

O PSF foi estruturado com base no acompanhamento de, no máximo, mil famílias ou 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, pelas Unidades de Saúde da

Família (USF). Cada USF é composta minimamente por um médico generalista/especialista em Saúde da Família, um enfermeiro generalista/especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. À esta composição pode-se acrescentar, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: um cirurgião-dentista generalista/especialista em Saúde da Família, um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2012b)

Em 2002, as Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS, dirigidas às mulheres, estabeleceram que a análise da epidemia do HIV/aids na população feminina deveria ser pensada a partir do conceito de vulnerabilidade. Ainda, deveria prever a inclusão dos homens nas ações de prevenção, de modo a contemplar verdadeiramente as relações de gênero (Brasil, 2002).

Posteriormente, as ações programáticas de HIV/aids, que foram estruturadas em sistemas verticais, foram integradas ao conjunto de ações da Atenção Básica, seguindo com a proposta de utilizar o conceito de vulnerabilidade como instrumento norteador das ações de prevenção, no intuito de torná-las mais efetivas. Isso possibilitou a consolidação das ações relacionadas ao HIV/aids na estruturação do conjunto de ações voltadas ao cuidado da saúde da população (Brasil, 2006).

A descentralização foi favorecida com a incorporação das ações de HIV/aids no âmbito da Atenção Básica, uma vez que, por ser considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como fundamento, possibilitar o acesso universal, com qualidade e resolubilidade à população do território adscrito (Brasil, 2007a).

Em decorrência do reconhecido potencial do conceito de vulnerabilidade para fortalecer as ações de prevenção da transmissão do HIV, o Governo brasileiro adotou o conceito de vulnerabilidade como eixo para a análise da epidemia brasileira e para o planejamento das ações de prevenção, por meio da Política Nacional de DST/Aids, e do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, este último, criado em 2007, mas que já conta com duas versões revisadas, a de 2009 e a de 2011. Esta recomenda reunir esforços intra e intersetoriais para reduzir as vulnerabilidades que tornam as mulheres mais susceptíveis à infecção, como as de ordem sociopolítica, individual e programática, que implicam na limitação de acesso à informação, aos serviços, aos insumos de prevenção, ao diagnóstico da infecção, ao tratamento e ao apoio às pessoas (Brasil, 2007b, 2009, 2011c).

Essas limitações, somadas aos aspectos socioculturais relacionados às desigualdades de gênero, são os principais desafios para a efetiva implementação do Plano, que tem como marco, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e se estrutura a partir das iniciativas históricas de organismos governamentais e movimentos sociais em todas as regiões do País. O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST visa ampliar, por meio de ações intra e intersetoriais, a área de promoção aos direitos sexuais e reprodutivos, o diagnóstico, a assistência, a prevenção e o tratamento de DST/HIV/aids e o apoio às mulheres que vivem com HIV e aids (Brasil, 2007b, 2009, 2011c).

O Plano definiu como princípios (Brasil, 2011c):

- ❖ Reconhecer que as desigualdades de gênero, em interação com a pobreza, o racismo, a violência, o estigma e, também, a discriminação relacionada à orientação sexual e à identidade de gênero e à pessoa com deficiência, o estilo de vida e a prostituição incrementam as vulnerabilidades das mulheres adolescentes, jovens, adultas e idosas às DST/HIV/aids;
- ❖ Reconhecer que o enfrentamento à feminização da epidemia de aids e outras DST implica no desenvolvimento de ações integradas, que envolve as três esferas de gestão, instituições não governamentais e movimentos sociais.

Dentre suas diretrizes, define (Brasil, 2011c):

- ❖ Intervenções nos contextos de vulnerabilidade, por meio da implementação de Políticas para as Mulheres; de Saúde Integral das Mulheres; de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres; de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem; de saúde no Sistema Penitenciário; de Saúde Integral da População Negra; de Atenção Básica e, de Promoção da Saúde;
- ❖ Garantia da efetivação dos direitos humanos, que inclui os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em todas as fases da vida;
- ❖ Promoção da igualdade e equidade de gênero, com garantia da participação e envolvimento de homens em todas as faixas etárias;
- ❖ Enfrentamento das barreiras materiais e/ou simbólicas, que dificultam o acesso à informações corretas, ações, serviços e insumos, incluindo aquelas relacionadas ao gênero, idade, cor da pele, raça e etnia, deficiência, condições

socioeconômicas, denominação religiosa, orientação sexual, estilo de vida, uso de álcool e outras drogas e,

- ❖ Fortalecimento da mobilização e ampliação da participação das mulheres, de todas as faixas etárias, no controle social das ações integradas, intra e intersetoriais (formulação, monitoramento e avaliação dos planos integrados).

Partindo das linhas gerais do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST da União, o Estado de São Paulo elaborou seu Plano Estratégico, em que se definem os contextos de vulnerabilidades das mulheres ao HIV, além de metas e ações para a consecução de seus objetivos (Brasil, s.d.).

No Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, no Estado de São Paulo, elencam-se elementos de vulnerabilidade, relacionados a aspectos socioeconômicos e culturais e a aspectos da vulnerabilidade programática, conforme o Quadro 1 (Brasil, s.d.).

Quadro 1 – Contextos de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV/aids no Estado de São Paulo. São Paulo – 2012

VULNERABILIDADE DAS MULHERES	
Aspectos Socioeconômicos e culturais	
Todas as mulheres com relações sexuais desprotegidas e/ou com baixa percepção de risco para as infecções pelas DST/HIV/aids, com especial atenção para aquelas:	
<ul style="list-style-type: none"> • Em situação de pobreza e de exclusão sexual • Pertencentes a grupos que, historicamente exibem estereótipo, que são estigmatizadas e discriminadas (adolescentes, lésbicas, transexuais, índias, negras, profissionais do sexo, dentre outras) • Com dificuldades em se reconhecer e ser reconhecidas como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos • Residentes em áreas rurais, aglomerados urbanos e assentamentos irregulares • Em situação de rua ou usuárias de drogas • Inseridas em relações desiguais ou em situação de violência, do ponto de vista de gênero • Subjugadas por dogmas e preconceitos ligados à práticas religiosas 	
Aspectos relacionados com a vulnerabilidade programática	
Refere-se às dificuldades:	
<ul style="list-style-type: none"> • Em acessar os equipamentos sociais (escola, espaços de lazer, espaços de promoção e desenvolvimento social) • De acesso e acessibilidade às ações e serviços de saúde • Em reconhecer as mulheres, nas várias fases do ciclo de vida, como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos 	

(continua)

(continuação)

VULNERABILIDADE DAS MULHERES	
Aspectos relacionados com a vulnerabilidade programática	
• Em ampliar o diálogo com a sociedade em geral e articular com a sociedade civil (informação, comunicação e participação social)	
• Em envolver os homens (definição de mensagens e estratégias de comunicação)	
• Em desenvolver estratégias para advogar por e influenciar setores e em cuidar de forma integral	
• De integração entre os técnicos envolvidos, mais diretamente, nas ações de saúde e as prioridades políticas estabelecidas pelos dirigentes (vulnerabilidade política dos trabalhadores)	
• Em capitalizar as ações integrais com equidade	
• Em garantir a continuidade e a sustentabilidade das ações (técnica e financeiramente)	
• De perceber contextos específicos de vulnerabilidade locais/regionais	
• Dos profissionais de saúde para reconhecer os contextos locais de vulnerabilidade (análises situacionais para além da análise dos dados epidemiológicos)	
• Para integrar os diversos setores da saúde e de capacitação da atenção básica para a abordagem do tema (promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção de DST, aconselhamento, etc.)	
• Ampliar o diálogo com os conselhos gestores e outros (corresponsabilização, gestão partilhada)	
• Ampliação do diálogo com profissionais da saúde (sensibilização, corresponsabilização)	

(conclusão)

Fonte: Brasil. Secretaria de Estado da Saúde, Coordenação de Controle de Doenças, Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, Área Técnica de Saúde da Mulher. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DST/AIDS no Estado de São Paulo. São Paulo; s.d.

Conforme apresentado, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DST, ao incorporar o conceito de vulnerabilidade, propõe integrar programas e setores, com foco na prevenção e promoção da saúde e garantia dos direitos humanos, no sentido de juntar esforços para ações mais abrangentes que abordem aspectos sociais e estruturais. Contudo, revela o caráter complexo da transmissão do HIV e coloca um desafio que vem sendo enfrentado pelos gestores e profissionais de saúde, para a operacionalização das ações de prevenção e controle com base no conceito de vulnerabilidade.

Esse desafio fica evidente nas limitações que vem sendo apontadas para a incorporação de ações de prevenção sob o conceito de vulnerabilidade, pois ainda nelas prevalece a noção de *grupos e comportamentos de risco*, em consequência, têm como principal alvo, a mudança de comportamento, por meio do repasse de informações de caráter prescritivo, autoritário e diretivo. Ainda, os estudos apontam que há carência de prioridade no desenvolvimento de ações de prevenção (Ayres, 2002; Ayres et al., 2006; Paiva, Pupo, Barboza, 2006; Ferraz, 2009; Brasil, 2009).

Cirino (2011) desenvolveu estudo junto a gerentes de 11 UBS e 23 equipes da ESF de um Município de São Paulo e identificou:

1) Com relação ao reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV

- Para a maioria das equipes da ESF, os conceitos de *comportamentos de risco* e *grupos de risco* se sobrepunham ao conceito de vulnerabilidade, em decorrência, apontaram a *promiscuidade*, o *uso de drogas lícitas e ilícitas* e a *prática de sexo sem preservativo* como aspecto que aumenta as chances de infecção pelo vírus.
- A maioria das equipes limitou-se a compreender a vulnerabilidade em sua dimensão individual ao HIV.
- Os gerentes não reconheceram os homens homossexuais e mulheres adultas casadas ou em relacionamento estável como grupos sociais vulneráveis ao HIV. E, a maioria deles, não reconheceu as mulheres idosas como vulneráveis à infecção.
- A maioria dos profissionais das equipes da ESF utilizou, como marcador da vulnerabilidade, a crescente procura pelo teste de gravidez nas unidades de saúde, o alto índice de gravidez na adolescência e a baixa adesão ao uso do preservativo pelos idosos.

2) Com relação às ações de prevenção

- A maior parte esteve embasada na noção de *risco*, mostrando-se limitadas, pontuais, sem planejamento, descontínuas, de caráter autoritário e médico-centrado.
- Voltadas principalmente à população adolescente e visaram a mudança do comportamento individual por meio do repasse de informações, uso do preservativo e oferta do teste de HIV.
- Em sua maioria, não incluíam homens homossexuais adultos.
- Não eram consideradas como prioridade da ESF.
- Eram limitadas pela dificuldade da equipe em abordar temas ligados à sexualidade.

- Não eram realizadas em conjunto com equipamentos sociais. As poucas ações informadas junto aos equipamentos sociais foram articuladas com escolas, mas eram esporádicas e pontuais.

Observa-se que, apesar do movimento político para fortalecer as ações de prevenção da transmissão das DST/HIV sob a noção de vulnerabilidade, há muitos desafios para a implementação de ações de prevenção da transmissão das DST/HIV na Atenção Básica à Saúde. Dentre estes, destacam-se os que se referem à identificação de vulnerabilidades às DST/HIV.

Contudo, considera-se que a ESF tem todo o potencial para superar esses desafios, conforme atribuições de seus processos de trabalho, estipulados na Portaria 648, de 28 de março de 2006:

Conhecer a estrutura e a funcionalidade das famílias que influenciam os processos saúde-doença dos indivíduos, da família e da própria comunidade; *analisar* a situação de saúde da população adscrita, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; *programar* e implementar atividades, segundo os critérios de risco à saúde, priorizando a solução dos problemas de saúde mais frequentes, com trabalho interdisciplinar e em equipe; *promover* ações integrais de caráter intersetorial, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins; *monitorizar* as ações implementadas para seu aprimoramento e, *estimular* o vínculo com a comunidade, assim como, sua participação no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações (Brasil, 2007b).

1.4 INDICADORES PARA O CONTROLE DO HIV/AIDS

Em 2010, na Assembleia Geral das Nações Unidas para o HIV e Aids (UNGASS), o Brasil, dentre outros 188 Estados Membros, adotaram a Declaração de Compromisso sobre o HIV/Aids, quando foram definidos oito Objetivos para o Desenvolvimento do Milênio (ODM). Um dos ODM propõe deter e reverter o crescimento da epidemia do HIV/aids, para 2015. O compromisso, até 2010, foi avançar no acesso universal à prevenção e começar a reverter a propagação do HIV. No entanto,

muitos países não atingiram tal compromisso, conforme previsto, em 2008, pelo ONUSIDA (ONUSIDA, 2008).

Em 2011 discutiu-se o progresso na resposta global à aids, em Nova Iorque, na Reunião de Alto Nível da UNGASS, definindo-se uma nova Declaração Política de compromisso dos Estados Membros, incluindo o Brasil. Nesta, elencaram-se seis novas metas globais a serem cumpridas até 2015, dentre elas: *reduzir pela metade a transmissão sexual do HIV* (Brasil, 2012c).

Com vistas a monitorar o progresso dos países no enfrentamento da epidemia, no que diz respeito aos ODM, o UNAIDS elaborou indicadores para avaliar as ações desenvolvidas pelos Estados Membros. A partir desses indicadores, o Governo brasileiro desenvolveu o Sistema de Monitoramento de Indicadores do PN DST/AIDS – MONITORAIDS, em 2004. Este, gerenciado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites virais (HV), monitora os efeitos das estratégias de prevenção e controle do HIV/aids, DST e hepatites virais no País (Brasil, 2004).

O MONITORAIDS se alimenta de dados de Sistemas de Informação do PN DST/Aids e de inquéritos, como a PCAP, além de outras fontes oficiais, traçando uma análise do panorama da epidemia no País. Considera-se que o MONITORAIDS tem restrita sensibilidade para identificar elementos de contextos de vulnerabilidade que limitam a capacidade das mulheres de tomar decisões relacionadas à sua saúde sexual, pois desconsideram: as possibilidades efetivas das mulheres de acessar, carregar ou negociar o uso do preservativo; e o percentual de mulheres economicamente dependentes, inseridas precariamente no mercado laboral ou desempregadas, não motivadas ou sem condições para abordar temas de DST junto ao parceiro.

Contudo, considera-se que o sucesso ou o fracasso das ações de prevenção dependem do enfoque dos programas de prevenção e da força do compromisso coletivo com os direitos humanos e a igualdade de gênero, dentre outros aspectos (UNAIDS, 2010).

Com vistas a identificar indicadores ou marcadores* de vulnerabilidade feminina às DST/HIV, que abordem os aspectos supracitados, em julho de 2010, realizou-se uma revisão nas bases de dados LILACS e PubMed. Identificou-se que, dos 203 estudos recuperados, os únicos indicadores relacionados à temática referiram-se ao

* na continuidade desta tese será abordado o conteúdo específico do que se considera como marcadores.

MONITORAIDS e aos elaborados pela UNGASS. Entretanto, conforme dito, nenhum se referiu a indicadores ou marcadores que abordassem a lacuna de conhecimento supracitada, para subsidiar ações de prevenção.

O Programa Estadual de DST/aids do Estado de São Paulo, vem trabalhando na construção de indicadores de vulnerabilidade para a aids, propondo o **Painel Paulista de Indicadores de Aids**, produto do projeto “**Construindo uma Matriz de Vulnerabilidade**”. O Painel Paulista de Indicadores de AIDS constitui-se de indicadores individuais, programáticos e sociais (Painel ..., 2011).

Os **individuais** visam identificar a *escolaridade*, a *faixa etária*, a *categoria de exposição*, assim como a *razão de sexo*, dentre os casos de aids. Também visa identificar aspectos relacionados à maior chance de relações sexuais desprotegidas, como o *uso de drogas* e a *gravidez precoce* (Painel ..., 2011).

Integram os indicadores **programáticos**: os *recursos* destinados à prevenção ou à assistência às pessoas com HIV/aids, e *repassados* às organizações da sociedade civil; e os recursos destinados ao Plano de Ação e Metas do Programa de DST/aids. Outros são: CTAs /100.00 hab.; exames CD4 e carga viral realizados por paciente com aids em tratamento; internações SUS por doenças relacionadas ao HIV/aids e por doenças inflamatórias pélvicas; o percentual de casos de aids em adultos e de casos de tuberculose que realizaram teste para detecção do HIV; o percentual de escolas públicas no município que desenvolvem ações de prevenção às DST/aids, saúde sexual e reprodutiva, gravidez na adolescência e drogas; o percentual de pessoas com HIV com início tardio de seguimento clínico no SUS e, a razão entre casos de aids em menores de 13 anos e de mulheres de 15 a 49 anos. Incluem-se, ainda, como indicadores programáticos, o número de Serviços Ambulatoriais para Aids; taxa de cobertura da Atenção Básica, da ESF e ACS. Outros indicadores dizem respeito à identificação de taxa de procedimentos de DST/aids realizados na Atenção Básica/100.00 hab. (Painel ..., 2011).

Os indicadores **sociais** permitem identificar aspectos relacionados às condições de vida e ao acesso aos bens e serviços de saúde. Dentre estes, podem ser citados: o Produto Interno Bruto (PIB) municipal per capita; as despesas municipais destinadas à saúde; a renda familiar per capita; o grau de urbanização; o Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS, que relaciona dados reais à situação de riqueza,

escolaridade e longevidade; a distribuição de renda; a média de anos de estudo da população; a participação das mulheres no mercado de trabalho; o equilíbrio entre a participação de homens e mulheres; a porcentagem de domicílios em condições habitacionais mínimas e adequadas; a disponibilidade de médicos vinculados ao SUS; a taxa e o ritmo de crescimento populacional, além da incidência da Tuberculose (Painel ..., 2011).

Esses indicadores são de grande importância para identificar grupos populacionais mais vulneráveis às DST/aids, e fundamentar o planejamento de ações para tais grupos e, desta forma, garantir estratégias que promovam a equidade em saúde (Painel ..., 2011).

Contudo, constata-se ausência de indicadores/marcadores que possam auxiliar o profissional de saúde na identificação de elementos que podem induzir à vulnerabilidade que, especificamente, contribuem para limitar a capacidade das mulheres na tomada de decisões relacionadas à sua saúde sexual.

Assim, considerando que:

- uma das principais características da resposta brasileira, perante este problema de saúde pública, é a sua estruturação fortemente ancorada no referencial dos direitos humanos, que inclui os direitos sexuais (Brasil, 2002);
- a promoção do sexo seguro, como principal estratégia da política de prevenção das DST/HIV no País, baseia-se na defesa e promoção dos direitos sexuais, especialmente no que diz respeito ao direito de cada cidadão vivenciar plenamente sua sexualidade, tendo acesso aos meios necessários para tal (Brasil, 2002).

Entende-se que é necessário:

- desenvolver ações que visem a mudança dos elementos que podem induzir à vulnerabilidade, que limitam a capacidade das mulheres de tomar decisões relacionadas à sua saúde sexual.

Neste sentido, o presente estudo foi desenvolvido para buscar responder a seguinte pergunta:

Como os profissionais de saúde podem identificar elementos que podem induzir à vulnerabilidade e que limitam a capacidade das mulheres na tomada de decisões relacionadas à sua saúde sexual, de forma a subsidiar ações de prevenção da transmissão do HIV na Atenção Básica à Saúde?

2 Justificativa

2 JUSTIFICATIVA

Conforme apresentado nas quatro seções da Introdução:

- a população feminina é cada vez mais atingida pelas DST/HIV;
- o conceito de vulnerabilidade apresenta-se como importante instrumento para fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde sexual;
- ainda que vários esforços têm sido empreendidos para o fortalecimento das ações de prevenção e controle das DST/HIV, ainda há limitações para operacionalizar o conceito de vulnerabilidade na população feminina;
- a ESF tem potencial para superar as limitações das ações de prevenção e controle das DST/HIV, na Atenção Básica à Saúde;
- os indicadores de vulnerabilidade já existentes no âmbito das DST/HIV são importantes para monitorar as ações de prevenção e controle das DST/HIV, contudo, não auxiliam na identificação de contextos que limitam a capacidade das mulheres para tomar decisões relacionadas à sua saúde sexual.

Nesse sentido, está posta a necessidade de incorporar, na prática dos profissionais de saúde, ações dirigidas a tais elementos que podem induzir à vulnerabilidade e que limitam a capacidade das mulheres na tomada de decisões relacionadas à sua saúde sexual. Isso evidencia uma demanda por instrumentos que subsidiem práticas renovadas dos profissionais de saúde e que os aproximem dos contextos de vulnerabilidade.

A presente investigação tem a finalidade de contribuir para a identificação de elementos que podem induzir à vulnerabilidade, ao propor marcadores de vulnerabilidade às DST/HIV, elaborados a partir de evidências científicas e de elementos de vulnerabilidade detalhados no Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de aids e outras DST do Estado de São Paulo, validado por consenso de especialistas.

3 Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Validar marcadores de vulnerabilidade de mulheres brasileiras às DST/HIV para serem aplicados na Atenção Básica à Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Atualizar a revisão sistemática sobre elementos de vulnerabilidade de mulheres brasileiras ao HIV
- Selecionar marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, correntes na literatura, para serem aplicados na Atenção Básica à Saúde, que identifiquem elementos de vulnerabilidade que podem limitar a capacidade das mulheres na tomada de decisões relacionadas à sua saúde sexual.

4 Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo de desenvolvimento metodológico, que tem como propósito, construir e validar marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV. Estudos metodológicos, segundo Polit e Hungler (1995), referem-se às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise de dados, tratando da elaboração, validação e avaliação de instrumentos e técnicas de pesquisa.

4.2 MARCO REFERENCIAL

4.2.1 Referencial Teórico: Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade, adotado neste estudo, refere-se ao proposto por Ayres et al. (2006), os quais partiram da proposta de Mann e Tarantola (1996). Esses autores propõem atribuir a infecção pelo HIV e o adoecimento pela aids, a aspectos sociais, ao compromisso político dos governantes e de instituições sociais, além de aspectos próprios das pessoas.

O conceito de vulnerabilidade não visa distinguir a probabilidade de um indivíduo qualquer se expor ao HIV, mas busca avaliar, objetivamente, as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem em adquirir o HIV ou desenvolver a aids, dado o conjunto de características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema. Nesse sentido, os elementos de vulnerabilidade são organizados em três dimensões: *individual, social e programática* (Ayres et al., 1999).

Seguidamente, discorrer-se-ão sobre as três dimensões da vulnerabilidade. Mas, dada a temática de estudo, será apresentada a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e não ao adoecimento pela aids, embora tais vulnerabilidades tenham diversos aspectos em comum, mantém peculiaridades.

Dimensão individual da vulnerabilidade

A *dimensão individual*, à diferença do conceito de risco, considera todos os sujeitos suscetíveis à infecção pelo HIV, e está relacionada ao modo de vida dos sujeitos e ao contexto social onde o sujeito se insere. Isto porque o contexto social pode contribuir para fortalecer o sujeito contra a infecção pelo HIV ou contribuir para aprofundar a sua vulnerabilidade (Ayres et. al., 2006).

Um dos aspectos considerados na vulnerabilidade individual refere-se ao grau e qualidade da informação que o sujeito possui *sobre a transmissão e prevenção do HIV*, assim como sobre seus *direitos sexuais e reprodutivos*. Também, considera o grau e a qualidade da informação sobre a *redução de danos* no caso das pessoas usuárias de drogas e a informação sobre a *disponibilidade de instituições de saúde, serviços, programas e apoio social*, de forma a possibilitar articular suas necessidades de informação e prevenção e o interesse de fortalecer a saúde sexual, além dos meios que possibilitem satisfazê-los (Gráfico 2).

O significado atribuído à informação acessada, a capacidade de elaborá-la e a possibilidade de transformar tal informação em interesse ou intenção de prevenção é influenciada pela *escolaridade e aspectos culturais próprios do sujeito* e do *contexto* onde se insere (família, relações de amizade, relações profissionais, cultura do parceiro e outras relações construídas na vida em sociedade). Desta maneira, a intenção de prevenção também se relaciona à capacidade e às habilidades para superar barreiras culturais e contextos de vulnerabilidade, como a violência e coerção, quando o indivíduo tem de enfrentá-las. Os aspectos culturais dizem respeito, sinteticamente, às normas e crenças religiosas, normas sociais, relações de gênero e relações intergeracionais (Gráfico 2).

Para que a intenção de prevenção torne-se atitude, isto é, torne-se uma ação concreta de prevenção, incorporada na prática cotidiana da pessoa e que seja mantida através do tempo, depende de habilidades assim como de contextos sociais favoráveis à prevenção, como os tipos de relações de gênero e contextos econômicos, dentre outros, que propiciem um ambiente favorável para promover a negociação de sexo seguro (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Elementos de vulnerabilidade de mulheres à infecção pelo HIV, nas dimensões individual, social e programática. São Paulo – 2012

Nesse sentido, quando o sujeito não tem acesso à informação atualizada e de qualidade (entendendo como acesso, a possibilidade de compreender e a capacidade de assimilar as informações), quando aspectos referentes à escolaridade e à cultura, tanto do próprio indivíduo quanto do contexto, limitam a intenção de prevenção, ou quando o contexto social limita a ação concreta de prevenção, a vulnerabilidade à infecção é aprofundada.

Destaca-se que os processos educativos, sob o conceito de vulnerabilidade, devem ser de caráter *construtivista*, isto é, ter como ponto de partida os saberes e as experiências dos sujeitos, de forma que estes possam apropriar-se de informações que para eles façam sentido. Em decorrência, o processo educativo deve superar o “repasse de informações”, que ocorre de forma unilateral, para promover um enfoque educacional que privilegie o *compartilhamento e/ou a troca bilateral de informação* e saberes, com vistas a identificar meios convenientes à construção de respostas pelos sujeitos, que correspondam às peculiaridades de seu contexto (Ayres et.al., 2006).

Desta maneira, destacamos três estágios de prevenção: a informação, a intenção de prevenção e a ação de prevenção. Os três estágios de prevenção são influenciados pela dimensão social e o estágio de intenção de prevenção, também é influenciado por aspectos educacionais e culturais do próprio sujeito (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Estágios para desenvolver ações de prevenção à infecção pelo HIV e aspectos que a influenciam. São Paulo – 2012

Assim, as intervenções teriam de ser direcionadas para identificar se existem interesses e possibilidades para que, de fato, o sujeito coloque em prática as ações de prevenção, considerando os aspectos do contexto social, de forma a examinar o sujeito em seu contexto e não isolá-lo do mesmo.

Dimensão social da vulnerabilidade

A dimensão social da vulnerabilidade refere-se ao contexto social onde as pessoas se desenvolvem e considera o quanto a estrutura jurídica-política e as diretrizes governamentais favorecem a defesa dos direitos humanos e, por tal, como contribuem para o *acesso a bens e serviços*, assim como, o quanto influenciam os *aspectos culturais* e o *exercício da cidadania*. Todos esses elementos determinam a exposição e/ou a prevenção à transmissão do HIV nos seus três níveis (*acesso à informação, intenção de prevenção e ação de prevenção*). Isto é, nesta dimensão focam-se aspectos contextuais que contribuem para aprofundar ou diminuir a vulnerabilidade individual ao HIV, pois é a partir do contexto social que se pode entender as práticas de exposição e/ou de prevenção da transmissão do HIV (Gráfico 2).

O acesso aos bens e serviços inclui o setor de educação, saúde (insumos de prevenção, diagnóstico e tratamento; recursos humanos e materiais), justiça, lazer, meios de comunicação e redes sociais de apoio. Considera-se, em relação ao âmbito cultural, as relações de gênero, as relações entre gerações, as relações de raça/etnia, as atitudes da coletividade diante da sexualidade, as normas e crenças religiosas, as normas sociais, o estigma por motivos de orientação sexual ou por consumo de substâncias (pode limitar o acesso à prevenção, assistência e o apoio adequado por parte das pessoas que podem ser as mais necessitadas), a discriminação, assim como a limitação na liberdade de pensamento e expressão. Com relação ao exercício da cidadania, abrange a participação política da coletividade no planejamento e na avaliação de políticas, seu poder de influenciar as decisões políticas, a sua participação no diagnóstico de vulnerabilidades e na busca de caminhos de superação, assim como a promoção da independência econômica de todo cidadão (Gráfico 2).

Dimensão programática da vulnerabilidade

Nesta dimensão se analisa o compromisso político dos governos e de instituições sociais para assegurar que a sociedade disponha de *recursos materiais e recursos humanos de qualidade*, em nível de gestão e operacionalização, em instituições de educação, justiça, recreação, cultura, saúde e bem-estar social, que contribuam para a não exposição do sujeito ao HIV, de forma a promover o acesso aos bens e serviços. Ademais, considera o compromisso dessas instituições para *integrar a prevenção, a promoção e a assistência*, por meio de ações *de caráter integral, multi/intersectorial multi/interdisciplinar*, adequadas ao grupo social para o qual são voltadas e que adotem como princípio, o constante *monitoramento, avaliação e retroalimentação de políticas e ações*. Ainda integra o compromisso para realizar o diagnóstico de vulnerabilidades e promover que este norteie as agendas dos movimentos sociais organizados e o planejamento de ações dos técnicos, autoridades e governos. Também considera o compromisso no planejamento de ações que promovam a *percepção e a superação*, por indivíduos e grupos sociais, *de contextos de vulnerabilidade*, nas dimensões individual e social (Gráfico 2).

A vulnerabilidade programática pode ser identificada no nível nacional, regional ou local, seja por governos federais, estaduais, municipais ou mesmo por organizações não governamentais (Ayres et al., 1999)

Conforme apontado por Ayres et al. (1999), o plano programático da vulnerabilidade exerce uma função de ligação entre os planos individual e social. Por um lado, porque o programa tem responsabilidade pelo fornecimento de informação, recursos materiais e suporte de varias ordens para os sujeitos. Por outro lado, porque o programa tem a capacidade de catalisar/amplificar as necessidades e contradições socialmente postas.

A partir desse entendimento, postula-se uma nova função daqueles que atuam nas instituições, dentre eles, os profissionais de saúde, como trabalhadores que operacionalizam os objetivos e as ações dos programas e serviços: a de serem mediadores entre as pessoas e seus contextos sociais (Ayres et al., 2006).

Tudo isso, para possibilitar o acesso às informações e serviços e que essas sejam transformadas em intenção de prevenção e, posteriormente, em ação concreta de prevenção (Gráfico 3).

A intenção de promover a superação de contextos de vulnerabilidade expressa o esforço das instituições para possibilitar o acesso aos bens e serviços e promover a transformação dos contextos culturais, supracitados, que sejam desfavoráveis à prevenção, assim como promover o exercício da cidadania e a autonomia dos sujeitos, de forma que o sujeito seja partícipe dessa transformação.

Nesse sentido, o horizonte das ações, sob o conceito de vulnerabilidade, não se limitam à prevenção, mas tem direção no sentido da promoção da saúde e essa, por sua vez, se acopla ao referencial de direitos humanos, que permite uma relação dialógica entre sujeitos, seus valores e contextos culturais. Á exemplo, cita-se os indicadores de saúde sexual, por serem, frequentemente, índices *próxis* da promoção de direitos humanos (Paiva, 2002, 2006).

À guisa de exemplo, Ayres et al. (1999, 2006) destacam que, na dimensão programática, é importante identificar: o quanto as instituições propiciam aos sujeitos transformar suas relações, valores e interesses para emancipar-se das situações de vulnerabilidade? O quanto as instituições fornecem subsídios aos indivíduos para sua própria avaliação de cada um dos fatores de exposição? O quanto as instituições se esforçam para que o diagnóstico de vulnerabilidades norteie as agendas dos movimentos sociais organizados e o planejamento de ações por parte de técnicos, autoridades e governos?

Características das dimensões da vulnerabilidade

Dado que a vulnerabilidade está vinculada aos modos de viver que, por sua vez, dizem respeito ao contexto social onde o sujeito se insere, tem como característica a **dinamicidade**. Isso quer dizer que a vulnerabilidade pode apresentar mudanças ao longo do tempo, de forma a tornar mais ou menos vulnerável o sujeito, conforme surgirem mudanças na vida em sociedade, ou conforme a sociedade demande pela satisfação dos direitos humanos referentes à saúde, à educação, à alimentação, ao trabalho, à cultura e ao lazer, dentre outros (*vulnerabilidade social*). As situações de vulnerabilidade ainda podem sofrer mudanças em decorrência do compromisso dos governantes e das instituições sociais para planejar ações que visem diminuir os contextos de vulnerabilidade social, dentre as quais, o acesso à informação, ao trabalho, à cultura, ao lazer, aos serviços de saúde, de educação, dentre outros (*vulnerabilidade*

programática). Tudo isso pode gerar mudanças na forma de apreensão da própria cultura, na capacidade de assimilar informações sobre a prevenção da transmissão do HIV, na intenção de prevenção e na possibilidade de realizar uma ação de prevenção (*vulnerabilidade individual*).

Conforme destacado por Paiva et al. (2002), a cultura, o contexto sociopolítico do país e da comunidade, os programas de saúde, o desenvolvimento e aspectos relacionados à educação da comunidade influenciam os sujeitos para o reconhecimento dos contextos que os tornam vulneráveis. Também, influenciam para que o sujeito use as informações sobre a prevenção da transmissão do HIV em seu benefício, isto é, realize uma ação concreta de prevenção.

Disso, infere-se que a vulnerabilidade à infecção ou a superação dos contextos de vulnerabilidade é produto da interação entre elementos das três dimensões, isto é, há uma **interdependência** entre as mesmas, que se constitui na segunda característica da vulnerabilidade.

Essas duas características já são apontadas na literatura sobre vulnerabilidade (Mann, Tarantola, 1996; Ayres et al., 1999, 2006). No presente estudo, aponta-se uma terceira característica: a **peculiaridade** dos contextos de vulnerabilidade, isto é, sujeitos que pertencem ao mesmo grupo social como mulheres migrantes, por exemplo, embora se identifique elementos de vulnerabilidade semelhantes ao grupo “mulheres migrantes”, há elementos peculiares de cada sujeito diferente do outro. Em decorrência, as ações de prevenção devem partir do diagnóstico da vulnerabilidade e devem ser avaliadas constantemente, de forma a identificar sua pertinência.

Como exemplo das características da vulnerabilidade, documento da ONUSIDA (1998) registra que uma pessoa que pode não ser muito vulnerável ao HIV, pode tornar-se vulnerável, por exemplo, como resultado da perda de emprego, que pode obrigar o sujeito a deslocar-se a outra cidade ou a outro país em busca de trabalho. A saída do sujeito do contexto familiar e social gera desintegração familiar e perda de apoio que poderia advir dos equipamentos sociais dispostos em sua cidade, com relação à saúde, educação, moradia, etc., o que pode aumentar a vulnerabilidade à infecção pelo vírus. Contudo, o efeito do desemprego não pode ser o mesmo para todos. Para um membro de família da Índia rural, a perda de emprego pode não levar, necessariamente, às

mesmas consequências que a falta de emprego pode gerar em um sujeito de um país mais industrializado ou em contextos urbanos.

Para seguir exemplificando as características das dimensões da vulnerabilidade, utilizaram-se estudos identificados em revisão sistemática (De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, 2008), apontando-se os que melhor exemplificam as suas características.

Um estudo trata sobre a vulnerabilidade das mulheres migrantes, desenvolvido em 11 cidades de fronteira, cidades portuárias ou áreas que congregavam populações em constante mobilidade na Guatemala, México, Nicarágua, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Belize ou Panamá. Nesse estudo, as mulheres com poucos recursos econômicos, ao migrarem para outro país, motivadas pela falta de emprego, inserem-se de forma ilegal em um novo contexto social, onde não contam com a coesão familiar e social que possuíam em seu país de origem e, a partir da situação de ilegalidade (**dinamicidade**), acabam por integrar situações que aumentaram a vulnerabilidade à infecção pelo HIV (**interdependência**). Entretanto, tais situações não foram iguais para todas as mulheres migrantes em situação de ilegalidade (**peculiaridade**) (Gráfico 4).

Fonte: Bronfman MN, Leyva R, Negroni MJ, Rueda CM. Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action. AIDS. 2002;16 Suppl 3:S42-9.

Gráfico 4 – Situações de vulnerabilidade de mulheres migrantes, geradas por situação de ilegalidade no país, 2002

Outro estudo analisa como questões políticas, culturais e econômicas (**interdependência**), que ocorreram no período de 1980-2000, na região Subsaariana da África, geraram mudanças na vida de algumas mulheres (**dinamicidade e peculiaridade**) e limitaram a superação de contextos de vulnerabilidade e favoreceram a maior vulnerabilidade à infecção das mulheres.

Fonte: Buvé A, Bishikwabo-Nsarhaza K, Mutangadura G. The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. Lancet. 2002;359(9322):2011-7.

Gráfico 5 – Situações de vulnerabilidade de mulheres da região Subsaariana, geradas por questões políticas, culturais e econômicas, 2002

O terceiro estudo, desenvolvido em Terezina, Piauí, em 2006, exemplifica como questões culturais e o acesso à informação convergem (**interdependência**) para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV em algumas mulheres (**peculiaridade**).

Fonte: Sousa MCP. Questão de gênero nas ações de prevenção do HIV / AIDS em mulheres, desenvolvidas pela equipe de saúde da família no município de Teresina – PI [dissertação]. Recife: Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco; 2007.

Gráfico 6 – Situações de vulnerabilidade, geradas pelo limitado acesso à informação sobre o HIV. Teresina-PI, 2007

Os estudos apresentados evidenciam a dinamicidade, a interdependência e a peculiaridade da vulnerabilidade de mulheres inseridas em certos grupos sociais. Desta maneira, conforme destacado no documento da ONUSIDA (1998), as ações de prevenção não devem ser direcionadas a identificar os elementos da vulnerabilidade, mas compreender como esses interagem e como divergem dos contextos e culturas.

É evidente que a racionalidade da ação pública em saúde deve definir objetos de intervenção mais vinculados às formas socialmente delimitadas de “experimentar o adoecimento” que as doenças em si mesmas. Além disso, as estratégias e ações devem ser mais abertas à dinâmica e complexidade dessas experiências que a lógica meio-fins abstrata do planejamento e programação tradicionais. Nesse sentido, os indicadores de morbidade e mortalidade continuarão sendo subsídios insubstituíveis, mas não podem ser os únicos, nem os mais importantes do ponto de vista da definição de prioridades e estratégias. Como exemplo, a incorporação da discussão sobre a sexualidade nos currículos das escolas públicas pode mostrar-se mais estratégica que a distribuição de camisinhas e, a instalação de uma delegacia da mulher pode ter mais impacto sanitário que a implantação de uma unidade básica centro de saúde (Ayres et al., 1999).

Destaca-se que as raízes do conceito de vulnerabilidade o tornam um referencial que possibilita dar um passo à frente no compromisso com a saúde das populações de modo geral e não apenas com o enfrentamento da epidemia do HIV/aids, pois tem estreita relação com os Direitos Humanos, área de onde o conceito é oriundo (Ayres et al., 1999).

Mann e Tarantola (1996) propõem utilizar a Declaração Universal dos Direitos Humanos como norte para o enfrentamento da epidemia do HIV. Isto porque se considera que os direitos humanos possibilitam realizar um diagnóstico mais apropriado da vulnerabilidade, ao vincular a epidemia do HIV às raízes sociais mais profundas, estimulando as pessoas para a transformação da realidade, além de favorecer a transdisciplinaridade e a intersectorialidade da abordagem do HIV. Em decorrência, o enfrentamento da epidemia, desde o olhar dos direitos humanos, permite definir objetivos e estratégias mais pertinentes para o enfrentamento. No entanto, dentre as desvantagens, pondera-se que pode extrapolar a competência do setor de saúde (Ayres et al., 1999).

Nesse sentido, o horizonte das ações para evitar a transmissão do HIV, sob o conceito de vulnerabilidade, não se limita à prevenção, mas tem direção no sentido da promoção da saúde, pois essa se acopla ao referencial de direitos humanos. Veja-se que os indicadores de saúde sexual são frequentemente índices, *próxis* da proteção ou da promoção de direitos humanos ou, pelo contrário, de sua violação, e podem expressar aspectos relacionados às dimensões individual, programática e social da vulnerabilidade. Dado que a sexualidade é influenciada por diferenças de poderes e hierarquias, valores e culturas, contextos políticos e econômicos, diferenças entre grupos da mesma geração e de diferentes gerações, raças e etnias, preferências e culturas, a prevenção, a educação ou o cuidado, devem ser um encontro de *experts*, de um lado o cidadão, como especialista de sua própria experiência cotidiana e, do outro lado, o profissional de saúde, como portador do saber tecnocientífico. A finalidade das ações para a promoção da saúde sexual é gerar impacto nos planos cultural e simbólico e não, diretamente, nas condutas individuais (Paiva, 2006).

O conceito de vulnerabilidade convida a:

Desenvolver desenhos de estudos que resgatem, de alguma forma, planos de síntese teórica menos subordinados às ciências biomédicas, abrindo espaço para inferências originárias e destinatárias de planos substantivamente populacionais de análise e inferência, recorrendo à ajuda de disciplinas como a demografia, a geografia, a psicologia, etc. (Ayres et al., 1999, p. 66).

Como caminho para a síntese transdisciplinar propõe-se:

A hibridização dos desenhos de estudo, conhecidos como “quali-quantit”. A vantagem é que, exigindo um investimento teórico menos pretensioso do que aquele envolvido na “subversão” das barreiras disciplinares, a combinação de métodos quantitativos com qualitativos permite também expandir o poder de inferência dos estudos, associando o poder generalizador dos primeiros com a fineza interpretativa dos segundos (Ayres et al., 1999, p. 67).

4.2.2 Referencial Metodológico: Marcadores de vulnerabilidade

No presente estudo utilizou-se o termo marcador, mas como sua definição ainda é incipiente no contexto da Saúde Coletiva, inicialmente, apresenta-se o conceito de indicador, no intuito de ressaltar as diferenças entre ambos.

Os indicadores são de uso corrente na área da saúde uma vez que, ao serem qualitativos ou quantitativos, podem abordar aspectos tangíveis e intangíveis, proporcionando informações relevantes para avaliar uma situação, um programa, um serviço (estrutura, processos e resultados), aspectos individuais, coletivos, políticos, econômicos, situação de saúde, aspectos culturais, nível de conhecimento, dentre outros. Nesse sentido, os indicadores configuram-se como importante instrumento de gestão (Minayo, 2009; Nemes, 2001).

O indicador pode ser um número absoluto (ex. número de mulheres infectadas pelo HIV/ano); uma relação entre dois eventos (ex. número ações de prevenção multisetoriais/número total de ações de prevenção) ou, uma qualidade (ex. atitude dos enfermeiros perante o aconselhamento) (Tanaka, 2004).

A terminologia “marcador” cunha-se no âmbito clínico para mostrar que a presença de uma ou mais mudanças imunológicas, histológicas ou outras, consideradas marcadores, podem aumentar as chances de desenvolver determinados quadros clínicos,

como no caso da aids e do câncer mas, também, podem auxiliar no estabelecimento de prognóstico (Queiroz, 2003; Margolick et al., 2010).

No campo de estudo das ciências sociais, emprega-se *marcadores identitários* ou marcadores sociais da diferença, direcionados ao estudo de dinâmicas culturais, com o intuito de explicar como são constituídas socialmente as desigualdades e hierarquias entre as pessoas. Estes marcadores representam a classe social, idade, gênero, escolhas sexuais, religiosidade, processos políticos e culturais, os migratórios, o racismo, dentre outros, os quais se articulam, “como construções locais, históricas e culturais [...]” (Simões et al., 2008, p.10).

À respeito do uso do termo “marcador”, junto ao referencial da vulnerabilidade, já se encontram estudos como o de Takahashi (2006) e Cavalcante (2012). Para Cavalcante (2012), que desenvolveu uma tese sobre marcadores de vulnerabilidade à não adesão ao tratamento da tuberculose, os marcadores são sinalizadores qualitativos de vulnerabilidades na adesão ao tratamento da doença. A autora aponta que são potenciais sentinelas de alarme que possibilitariam deflagrar intervenções cujo norte é a abordagem integral dos indivíduos.

A partir da contribuição de Cavalcante (2012) e do conceito de vulnerabilidade proposto por Ayres et al. (1999)- destacando que os marcadores não se limitam ao âmbito da tuberculose nem do HIV/aids, mas podem ser usados para a análise de qualquer fenômeno de saúde -, neste presente estudo assume-se que os marcadores se fundamentam nos pressupostos do conceito de vulnerabilidade. Isto é, não se restringem a aspectos próprios do sujeito, mas também ao contexto social onde se insere e tem como característica a dinamicidade e a interdependência, por serem sensíveis às mudanças da vida em sociedade. Acresce-se a esse entendimento, a interpretação de que não se considera que apenas um marcador aumente as chances da ocorrência de determinado fenômeno de saúde, mas sim a associação e relação entre diversos marcadores.

Nesse sentido, a diferença entre indicador e marcador reside no conceito teórico que os fundamentam, isto é, a diferença reside em como são interpretados os dados recolhidos por esses. Quando se usa o termo “indicador”, espera-se que a presença de um ou mais indicadores evidenciem a maior chance de ocorrer o fenômeno de saúde (ou de doença) ou indiquem a instalação do fenômeno. Essa análise é mais relacionada à

multifatorialização dos processos de saúde-doença e fatores de risco. No entanto, quando se usa o termo “marcador”, é necessário compreender como aspectos próprios do sujeito e do contexto onde se insere interagem e podem induzir ao aparecimento do fenômeno de interesse. Ainda, é necessário considerar que os marcadores não são estáticos, o que requer seu constante monitoramento e, dado que dizem respeito à vida em sociedade, requerem de ações interdisciplinares e intersetoriais. Tal prerrogativa está posta na determinação social do processo saúde-doença e no conceito de vulnerabilidade.

Desta maneira, considera-se que a opção do pesquisador pelo termo “indicador” ou “marcador” dependerá de sua visão de mundo. É nesse sentido que nesta Tese usou-se o termo “marcador” por compreender a saúde e a doença na perspectiva da determinação social, que requer da leitura processual e da dialética.

Contudo, dada a inexistência de substrato operacional relativo à construção de marcadores, utilizou-se o referente a indicadores para atingir o objetivo proposto. Ressalva-se que o conteúdo utilizado para a construção dos marcadores diz respeito à vulnerabilidade e não ao risco.

5 Etapas do estudo

5 ETAPAS DO ESTUDO

5.1 PROCEDIMENTOS PARA COMPOSIÇÃO DO INSTRUMENTO

5.1.1 PRIMEIRA ETAPA: Procedimentos para a atualização da Revisão Sistemática

a) Estratégias de busca para identificar estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV: período 1997-2011

A construção do Instrumento de Marcadores de Vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV embasou-se em revisão sistemática desenvolvida no Mestrado, intitulada “Vulnerabilidade feminina ao HIV: Metassíntese” (De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, 2008). Nesta, foram identificados estudos publicados no período de 1996–2007. . Essa revisão sistemática foi atualizada nesta Tese de Doutorado, acrescentando-se, ainda, elementos de vulnerabilidade extraídos do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST do Estado de São Paulo.

A seguinte pergunta norteou o desenvolvimento da atualização da revisão sistemática:

Quais os elementos considerados na caracterização e análise da vulnerabilidade de mulheres brasileiras ao HIV?

Critérios de inclusão

Definiram-se como critérios de inclusão, estudos publicados entre 2007 a 2011:

- a) publicados em inglês, português ou espanhol que abordaram os elementos da vulnerabilidade à infecção pelo HIV de mulheres;
- b) que tinham utilizado de grupos de pessoas do sexo masculino e/ou feminino, adultos (18-44 anos), com resultados da vulnerabilidade feminina apresentados separadamente;
- c) que consideraram como amostra, mulheres soropositivas ou soronegativas para o HIV; brasileiras; de qualquer raça, etnia ou classe social; heterossexuais; não privadas da liberdade; não usuárias de drogas e, não trabalhadoras sexuais (tendo em vista que, para estas últimas, há vulnerabilidade potencial intrínseca);

- d) que abordaram a vulnerabilidade ao HIV de mulheres, na perspectiva de profissionais da saúde, coordenadores de DST/Aids, ativistas, líderes religiosos, entre outros.
- e) que adotaram os pressupostos da vulnerabilidade ao HIV (correspondentes aos adotados no presente estudo);
- f) procedentes de tese de livre-docência, tese de doutorado, dissertações de mestrado e artigos e,
- g) sobre políticas públicas brasileiras, assim como análise das ações de prevenção desenvolvidas no âmbito de serviços de saúde, referentes à sua influência na vulnerabilidade de mulheres ao HIV.

Fonte de busca de dados

A atualização da revisão sistemática visou identificar estudos publicados nas mesmas fontes de dados utilizadas no estudo de mestrado: CINAHL, PubMed, OVID, Web of Science, LILACS, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da CAPES e Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo.

Optou-se por continuar a busca nessas fontes de dados seguindo os mesmos critérios:

- desenvolver busca exaustiva nas diferentes áreas de conhecimento
- utilizar uma base específica da área de enfermagem (CINAHL);
- valer-se das bases multidisciplinares norte-americanas (PubMed, OVID, Web of Science); uma base latino-americana (LILACS); uma base multidisciplinar para a identificação específica de teses e dissertações brasileiras junto à CAPES (Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – BDTD); um acervo multidisciplinar para a identificação de Teses, Dissertações e Tese de Livre-Docência da Universidade de São Paulo (DEDALUS).

Estratégia de busca junto ao PUBMED

Dado que o termo Medical Subject Headings (MeSH) - termo designado aos descritores nesta base de dados- correspondente à vulnerabilidade é: *Population*

vulnerables, realizou-se a busca utilizando-se: *HIV infections* e *population vulnerables* como descritores. Ainda, para tentar recuperar os estudos sobre vulnerabilidade que não fizeram uso do descritor “*Population vulnerables*”, utilizaram-se palavras referentes à vulnerabilidade no título ou resumo. Para tal, usou-se o símbolo de truncagem “*” junto a *vulnera** para recuperar todas as variações do sufixo “vulnera”, como vulnerability, vulnerável, etc. Acrescentaram-se, também, termos MeSH de exclusão, de forma a tornar a estratégia de busca (EB) mais específica. Tais descritores e a palavra livre permitiram a construção da seguinte EB, que identificou 358 resultados (Quadro 2):

Quadro 2 – Estratégia de busca utilizada para recuperar estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV, na base de dados PubMed. São Paulo – 2011

ESTRATÉGIA DE BUSCA				
("HIV Infections/ethnology" [Mesh] OR "HIV Infections/prevention and control" [Mesh] OR "HIV Infections/transmission" [Mesh])	AND	("Vulnerable Populations" [Mesh] OR vulnera*)	NOT	("Homosexuality" [Mesh] OR "Homosexuality, Female" [Mesh] OR "Homosexuality, Male" [Mesh] OR "Transsexualism" [Mesh] OR "Drug Users" [Mesh] OR "Substance Abuse, Intravenous" [Mesh] OR "Prostitution" [Mesh] OR "AIDS Vaccines" [Mesh] OR "Anti-HIV Agents" [Mesh] OR "Anti-HIV Agents" [Pharmacological Action] OR "Child" [Mesh] OR "Child Abuse, Sexual" [Mesh] OR "Infant" [Mesh] OR "Infant, Newborn" [Mesh] OR "Adolescent" [Mesh] OR "Infectious Disease Transmission, Vertical" [Mesh] OR Aged" [Mesh] OR "Pregnant Women")

Estratégia de busca na WEB OF KNOWLEDGE

Esta base de dados não possui descritores, mas oferece outros booleanos, além de OR, NOT e AND, como SAME. Isto auxilia na recuperação de estudos, em que os termos procurados aparecem na mesma oração. Selecionaram-se palavras livres de inclusão relacionadas à temática: a palavra vulnerabilidade foi, igualmente, considerada com truncagem - e de exclusão, no intuito de tornar a EB mais específica, como aparece no Quadro 3.

Quadro 3 – Estratégia de busca utilizada para recuperar estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV, na base de dados Web of Knowledge. São Paulo – 2011

ESTRATÉGIA DE BUSCA		
(HIV SAME vulnera*)	NOT	((Lesbian OR Gay OR Bisexual OR Transgendered OR Transgender OR Homosexual OR Adolescents OR Young OR Youth OR Children OR Child OR Childhood OR Infant OR Aged OR Drugs OR Drug) OR (Men SAME men) OR (New SAME born) OR (Sex SAME workers) OR (Sexual SAME work) OR (Pregnant SAME Women) OR (Mother SAME child) OR (AIDS SAME Vaccines)))

Esta base de dados organiza os resultados recuperados segundo tipo de publicação. Os 116 estudos recuperados corresponderam à: meeting abstract (13), review (9), editorial material (7), proceedings papers (6) e articles (85). Assim, selecionaram-se os artigos e estudos de revisões, recuperando-se 94 resultados.

Estratégia de busca na CINAHL

Esta base possui descritores chamados de *Títulos CINAHL*. Identificou-se o Título CINAHL *vulnerability* e três relacionados ao HIV, tendo sido todos considerados na inclusão e, para recuperar estudos que não usaram *vulnerability*, também se utilizou a palavra livre *vulnerabilidade*, com truncagem. Para tornar a EB mais específica, acrescentaram-se Títulos CINAHL de exclusão, o que permitiu a identificação de 88 resultados (Quadro 4).

Quadro 4 – Estratégia de busca utilizada para recuperar estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV, na base de dados CINAHL. São Paulo – 2011

Estratégia de busca		
(((((MH "HIV Infections/EH/PC/TM") AND (MH "Vulnerability")) AND ((MH "HIV Infections/PC/EH/TM") AND TI vulnera*)) AND ((MH "HIV Infections/PC/EH/TM") AND AB vulnera*))	NOT	((MH "Adolescence") OR (MH "Child") OR (MH "Child Abuse, Sexual") OR (MH "Infant") OR (MH "Infant, Newborn") OR (MH "Aged") OR (MH "Pregnancy") OR (MH "Prostitution") OR (MH "Homosexuality") OR (MH "Homosexuals") OR (MH "Homosexuals, Male") OR (MH "Lesbians") OR (MH "Bisexuality") OR (MH "Transsexualism") OR (MH "Transsexuals") OR (MH "Substance Abusers") OR (MH "Intravenous Drug Users") OR (MH "AIDS Vaccines") OR (MH "Disease Transmission, Vertical") OR (MH "Anti-HIV Agents")))

Estratégia de busca no LILACS

Os descritores na base de dados LILACS são conhecidos como termos Descritores em Ciências da Saúde (*DeCS*). Identificaram-se três termos *DeCS* para HIV e vulnerabilidade, respectivamente. Continuando o raciocínio para tentar recuperar estudos que não usaram termos *DeCS*, considerou-se, também, vulnerabilidade como palavra livre. Foram, ainda acrescentados os termos *DeCS* de exclusão correspondentes. Nesta base de dados, devido à impossibilidade de combinar diferentes EB, foram realizadas três EB de forma separada, usando os termos *DeCS* e palavras livres, que podem ser identificadas conforme segue (Quadro 5):

Quadro 5 – Estratégias de busca utilizada para recuperar estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV, na base de dados LILACS. São Paulo – 2011

1º ESTRATÉGIA DE BUSCA				
"infecções por HIV/EH" OR "infecções por HIV/PC" OR "infecções por HIV/TM" [DeCS]	AND	"vulnerabilidade" OR "vulnerabilidades" or "vulnerabilities" or "vulnerability" or "vulnerabilizacao" or "vulnerabilizacion" or "vulnerabilization" or "vulnerable" or "vulnerables" or "vulneraveis" or "vulneravel" [Palavras do resumo]	AND NOT	"adolescente" OR "crianca" OR "abuso sexual da crianca" OR "recem-nascido" OR "idoso" OR "gravidez" OR "prostituicao" OR "homossexualidade" OR "homossexualidade feminina" OR "homossexualidade masculina" OR "Transexualismo" OR "vacinas contra aids" OR "abuso de drogas" OR "abuso de drogas intravenosas" OR "transmissao vertical de doenca infecciosa" OR "agentes anti-hiv" [DeCS]
2º ESTRATÉGIA DE BUSCA				
"infecções por HIV/EH" OR "infecções por HIV/PC" OR "infecções por HIV/TM" [DeCS]	AND	"vulnerabilidade" OR "vulnerabilidades" OR "vulnerabilities" OR "vulnerability" OR "vulnerabilizacao" OR "vulnerabilizacion" OR "vulnerabilization" OR "vulnerable" OR "vulnerables" OR "vulneraveis" OR "vulneravel" [palavras do título]	AND NOT	"adolescente" OR "crianca" OR "abuso sexual da crianca" OR "recem-nascido" OR "idoso" OR "gravidez" OR "prostituicao" OR "homossexualidade" OR "homossexualidade feminina" OR "homossexualidade masculina" OR "Transexualismo" OR "vacinas contra aids" OR "abuso de drogas" OR "abuso de drogas intravenosas" OR "transmissao vertical de doenca infecciosa" OR "agentes anti-hiv" [DeCS]
3º ESTRATÉGIA DE BUSCA				
"infecções por HIV/EH" OR "infecções por HIV/PC" OR "infecções por HIV/TM" [DeCS]	AND	"vulnerabilidade" OR "vulnerabilidade e saude" OR "vulnerabilidade em saude" [DeCS]	AND NOT	"ADOLESCENTE" OR "crianca" OR "abuso sexual da crianca" OR "recem-nascido" OR "idoso" OR "gravidez" OR "prostituicao" OR "homossexualidade" OR "homossexualidade feminina" OR "homossexualidade masculina" OR "Transexualismo" OR "vacinas contra aids" OR "abuso de drogas" OR "abuso de drogas intravenosas" OR "transmissao vertical de doenca infecciosa" OR "agentes anti-hiv" [DeCS]

As três EB permitiram identificar 27 estudos, distribuídos da seguinte forma: 1^a EB: 17 estudos, 2^a EB: 7 estudos e 3^a EB: 3 estudos.

Estratégia de busca na OVID

Esta base de dados não possui descritores, desta forma, para elaborar a EB utilizaram-se palavras livres e a palavra vulnerabilidade foi usada com truncagem, conforme o Quadro 6. Essa EB permitiu a identificação de 44 resultados.

Quadro 6 – Estratégias de busca utilizada para recuperar estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV, na base de dados OVID. São Paulo – 2011

ESTRATÉGIA DE BUSCA		
(vulnera* AND HIV)	NOT	(Lesbian OR Gay OR Bisexual OR Transgendered OR Transgender OR Homosexual OR Adolescents OR Young OR Youth OR Children OR Child OR Childhood OR Infant OR (New AND born) OR Aged OR (Sex AND workers) OR (Sexual AND work) Or Drugs OR Drug OR (Pregnant AND Women) OR (AIDS AND Vaccines)))

Estratégia de busca na CAPES–BDTD

Esta Biblioteca Digital não oferece o uso de descritores, nesse sentido, a busca foi desenvolvida usando as palavras HIV e Vulnera*, como assunto, obtendo-se 211 resultados.

Estratégia de busca no DEDALUS

Este acervo, da Universidade de São Paulo, também não oferece a inclusão de descritores na busca. Desta maneira, foram consideradas palavras livres na EB, recuperando-se 44 resultados, conforme : (HIV AND vulnerabilidade) and (Tese AND Dissertação).

b) Seleção de estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV: período 1997-2011

A busca em todas as fontes permitiu a recuperação de 866 resultados, distribuídos da seguinte maneira: PubMed (358), Web of Knowledge (94), CINAHL (88), LILACS (27), OVID (44), CAPES-BDTD (211) e DEDALUS (44).

As referências da PubMed, Lilacs, Web of Science, CINAHL e Ovid foram exportadas para o EndNoteWeb®, *software* gerenciador de referências bibliográficas. Este *software* permitiu a identificação de 46 referências recuperadas em mais de uma base de dados, sendo excluídas. Posteriormente, foram identificadas, de forma manual, 15 referências recuperadas nas EB junto ao DEDALUS e CAPES-BDTD, as quais já se encontravam incluídas nas bases anteriores, tendo sido, também, excluídas. Neste sentido, encontraram-se 61 referências duplicadas.

Após a leitura do título, do resumo e do estudo na íntegra, das 805 EC restantes, selecionaram-se 07 EC para compor o presente estudo, uma vez que foram excluídos os estudos quantitativos ou que;

- empregaram o termo vulnerabilidade, mas que usaram o conceito de risco para a análise dos dados;
- consideraram como amostra mulheres não brasileiras;
- versaram sobre a vulnerabilidade das pessoas soropositivas a comorbidades
- abordaram a vulnerabilidade ao HIV dos profissionais de saúde que atendem pacientes soropositivos, homens, casais homossexuais, casais sorodiscordantes, pacientes com problemas mentais, trabalhadores sexuais masculinos ou femininos e, mulheres privadas da liberdade
- trataram da vulnerabilidade à reinfecção de casais sorodiscordantes;
- abordaram a vacina como meio de prevenção do HIV em diferentes grupos vulneráveis.

O processo de seleção é apresentado no Gráfico 7.

Gráfico 7 – Processo de exclusão e inclusão de estudos, segundo leitura de título, resumo ou leitura na íntegra. São Paulo, 2011

Seguindo os mesmos critérios, selecionaram-se 09 EC das 54 identificadas no estudo de mestrado “Vulnerabilidade feminina ao HIV: Metassíntese”, pois nessa foram incluídos estudos desenvolvidos com mulheres de diferentes países (De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, 2008).

Desta maneira, em ambas as revisões sistemáticas identificaram-se 16 estudos (Apêndice 1). Os resultados de cada estudo, referentes aos elementos da vulnerabilidade de mulheres ao HIV, foram registrados na mesma Ficha de Resumo usada no mestrado, constituída de: tipo de publicação e de estudo, afiliação do primeiro autor, localização geográfica em que o estudo foi realizado, idioma, objetivos, características da população e resultados.

A avaliação dos estudos abrangeu a Avaliação Individual e Análise Comparativa.

c) Avaliação dos estudos

Avaliação individual

A Avaliação Individual foi realizada com as 07 publicações identificadas na atualização da revisão sistemática. Nessa, não se excluiu nenhum estudo, dado que o interesse foi apreciar a metodologia das mesmas no tocante ao rigor metodológico, à credibilidade e à relevância dos resultados, por meio da adaptação específica para esta pesquisa, dos instrumentos fornecidos pelo *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) para estudos qualitativos (The University of Kent, 2006) (Anexo 1).

O instrumento para a apreciação dos estudos qualitativos é composto por nove itens que classificam os estudos em dois grupos, os de boa qualidade, com menor risco de *viés* metodológico (grupo A) e os de regular qualidade, com maior risco de *viés* metodológico (grupo B). Dado que o CASP permite a escolha dos itens que os estudos deveriam cumprir para serem considerados no grupo A e no B, os parâmetros aqui estabelecidos para cada grupo foram determinados seguindo o mesmo critério adotado na dissertação de mestrado: para os estudos serem classificados como grupo A, tiveram que satisfazer seis a nove itens e, no grupo B, de um a cinco itens. O processo de apreciação dos estudos também foi desenvolvido seguindo os mesmos passos: codificação dos estudos, antes de proceder à sua avaliação, atribuindo-se a letra “E” mais o número do estudo analisado. Desta forma, atribuiu-se a codificação de E1 até E7. A avaliação foi desenvolvida pela pesquisadora e por um membro do Grupo de Pesquisa “Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva”, de forma independente.

O resultado da avaliação dos nove estudos selecionados da dissertação de mestrado foi acrescido aos obtidos nesta tese. Assim, os estudos corresponderam aos códigos de E1 até E16.

Avaliação comparativa

Realizou-se a leitura reiterativa dos resultados de cada estudo, contidos na Ficha de Resumo, extraindo-se os elementos de vulnerabilidade. Para assegurar a validade interpretativa* deste procedimento, todos os elementos de vulnerabilidade foram revistos, em conjunto com uma pesquisadora do Grupo de Pesquisa “Vulnerabilidades,

* Compreende o reconhecimento da correspondência entre os dados registrados pelo revisor, sua interpretação e o conteúdo do estudo.

Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva”, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, buscando corrigir erros na análise e ajustar a denominação dos elementos de vulnerabilidade. Nesse processo, mantiveram-se o país e ano em que foi desenvolvida a pesquisa, a procedência e a faixa etária da população, além do estado sorológico das mulheres, no intuito de manter o contexto em que o elemento de vulnerabilidade foi identificado. Em seguida, procedeu-se à reunião dos elementos presentes em mais de um estudo, atribuindo-se, para o conjunto de elementos, uma denominação segundo seu tema central.

5.1.2 SEGUNDA ETAPA: Procedimentos para a seleção e a construção dos Instrumentos de Marcadores de Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV

Dada a semelhança, em termos das vias de transmissão do HIV e outras DST e, uma vez que os contextos que tornam a mulher vulnerável ao HIV, também favorecem sua vulnerabilidade às DST, foram construídos marcadores voltados ao amplo campo das DST/HIV.

A construção dos Instrumentos de Marcadores de Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV foi realizada a partir dos elementos da vulnerabilidade, identificados nos 16 estudos selecionados da revisão sistemática, em dois momentos:

- Seleção e construção dos marcadores
- Elaboração dos instrumentos dos marcadores: Manual Operacional (Instrumento nº1) e Planilha de Avaliação (Instrumento nº2)

5.2 PROCEDIMENTOS PARA A VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DOS MARCADORES DE VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS DST/HIV

Os Instrumentos dos Marcadores de Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV, construídos na etapa anterior, foram submetidos à Validação de Conteúdo, método baseado em julgamento de Especialistas sobre se o instrumento cobre adequadamente o construto teórico abordado e se são capazes de mensurá-lo. Neste caso, julgou-se se os marcadores abordavam aspectos da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV e se eram capazes de mensurar a vulnerabilidade. Para esta validação, conhecida também como

Validação Teórica, os Especialistas emitiram julgamento com vistas a obter consenso (Polit, Beck, Hungler, 2004).

Na literatura não há consenso a respeito do número adequado de especialistas para constituir o grupo de avaliação. De fato, o número de especialistas pode ser definido de forma arbitrária e depende da acessibilidade que os pesquisadores têm às pessoas relacionadas ao tema do instrumento sob avaliação. Há autores que recomendam um mínimo de dois e máximo de dez Especialistas (Lynn, 1986), outros recomendam de oito a 140 Especialistas (Westmoreland et al., 2000). Já outros autores consideram que não há um número ideal, pois depende do fenômeno em estudo e dos critérios definidos pelo pesquisador, para a seleção dos especialistas (Williams, Webb, 1994). Contudo, é fundamental considerar a experiência e a qualificação dos especialistas na análise do tema proposto (Polit, Beck, Hungler, 2004).

Neste estudo, por se tratar de um tema de conhecimento específico, isto é, sobre a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, optou-se em privilegiar, ao invés da quantidade de especialistas, o seu alto grau de conhecimento sobre o conceito de vulnerabilidade, sobre promoção da saúde, sobre construção de indicadores e sua experiência em avaliação das práticas de prevenção em DST/HIV.

O primeiro contato com os Especialistas foi presencial ou por telefone, ocasião em que foram apresentados os objetivos do estudo e as etapas a serem percorridas para a validação dos instrumentos. Questionou-se sobre sua anuência, ou não, à composição do grupo de especialistas e, após aceitação para participação da validação, seguiram-se as seguintes fases:

1ª Fase – Avaliação da primeira versão dos instrumentos: a primeira versão dos instrumentos dos marcadores foi impressa e entregue pessoalmente ou enviada por correspondência aos Especialistas (Instrumentos nº 1 e nº 2, para cada marcador) (Apêndice 2-9), em abril de 2012. Junto com os instrumentos, os Especialistas receberam o *Instrumento para Validação de Conteúdo* (Instrumento nº 3, para cada marcador) (Apêndice 10-13) e um documento contendo *Instruções Gerais*, que detalhava os procedimentos a serem seguidos para a avaliação dos instrumentos (Apêndice 14). Solicitou-se aos Especialistas analisar os marcadores contidos nos Instrumentos nº 1 e nº 2, utilizando o Instrumento nº 3 e devolução do material preenchido para a

pesquisadora. Também, receberam o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, em que se explicitava a participação voluntária, os objetivos e a finalidade do estudo, em duas vias, solicitando-se sua assinatura e devolução de uma via para a pesquisadora (Apêndice 15).

2ª Fase – Oficina com os Especialistas para discussão das mudanças: realizada em maio de 2012, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com os Especialistas, a pesquisadora, a orientadora e alguns membros do Grupo de Pesquisa *Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva*. A oficina tinha como objetivo, discutir a síntese das mudanças nos marcadores, realizadas pela pesquisadora, com base nas observações levantadas pelos Especialistas, na 1ª Fase. Nesta ocasião, chegou-se a discutir apenas o item “descrição” do Manual Operacional. Com a autorização dos Especialistas, a discussão foi gravada e transcrita, posteriormente, para registro das sugestões.

3ª Fase – Avaliação da segunda versão dos instrumentos: a segunda versão dos instrumentos nº1 e nº2, de cada marcador, incorporou as sugestões de mudanças registradas na 1ª e 2ª Fases da validação, assim como elementos de vulnerabilidade extraídos do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST do Estado de São Paulo. Essa versão foi enviada por correio ou entregue pessoalmente, em agosto de 2012 e continha as mudanças realizadas pela pesquisadora, com base nas observações levantadas durante a 1ª e 2ª Fase da validação. Junto com os instrumentos, os Especialistas receberam um documento de *Instruções Gerais* (Apêndice 16) sobre os procedimentos a serem seguidos nesta fase. Também, receberam o *Instrumento para Validade de Conteúdo* (Instrumento nº 3, para cada marcador), modificado conforme as mudanças nos instrumentos nº1 e nº2. Novamente solicitou-se análise dos instrumentos nº1 e nº2, utilizando-se o Instrumento nº3. Os instrumentos preenchidos foram devolvidos à pesquisadora para síntese.

O Instrumento para Validação de Conteúdo (Instrumento nº3) contemplou o julgamento dos seguintes pontos:

1) Avaliação do construto operacional do Manual Operacional

Referiu-se à avaliação do construto operacional do Manual Operacional de cada marcador, no sentido de avaliar se a construção de cada um de seus itens favorece sua aplicação e mensuração de forma inequívoca. Os itens do Manual Operacional foram: descrição, tipo de vulnerabilidade a que se refere o marcador, fonte de informação e critérios para avaliar os dados obtidos sobre o componente do marcador. A avaliação contemplou respostas afirmativas e negativas para cada item e em caso de resposta negativa, solicitaram-se comentários e sugestões para seu aprimoramento;

2) Avaliação dos atributos do conjunto de componentes do Marcador

Referiu-se à avaliação do conteúdo do conjunto do Marcador, enquanto medida da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV. Para tal, solicitou-se o julgamento sobre se o conjunto dos componentes de cada marcador era: *Atribuível* (reflete a vulnerabilidade às DST/HIV), *Acessível* (as informações podem ser acessadas e sem custo), *Comunicável* (a relevância da medida pode ser comunicável e compreendida), *Preciso* (mede o que se pretende medir) e *Exequível* (a medida é aplicável). Para a valoração de tais atributos estabeleceu-se a seguinte escala psicométrica: não contempla o atributo (1); contempla o atributo, mas requer revisão (2) e, contempla o atributo (3).

3) Avaliação dos atributos de cada componente do marcador

Avaliou-se se cada componente do marcador (detalhados na Planilha de Avaliação) satisfazia os seguintes critérios: *Simplicidade* (expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações), *Clareza* (utiliza frases com expressões simples e inequívocas), *Pertinência* (expressa atributo não diferente do definido), *Precisão* (cada componente é distinto dos demais que cobrem o marcador). Desta maneira, a valoração de tais critérios consistiu de respostas negativas (quando não satisfazia o critério) ou respostas positivas (quando sim, o satisfazia). Quando se obteve resposta negativa, se solicitou sugestões ou comentários para seu aprimoramento;

4) Avaliação da relevância de cada componente do Marcador

Esta avaliação consistiu em definir se cada componente do marcador era relevante na avaliação da vulnerabilidade de mulheres brasileiras às DST/HIV. Para tanto, cada Especialista registrou seu julgamento, utilizando a seguinte escala psicométrica: (1) não relevante, (2) pouco relevante, (3) relevante e (4) muito relevante. Quando a avaliação não indicou que o componente era muito relevante, solicitaram-se sugestões ou comentários para seu aprimoramento.

Com relação à concordância de julgamentos positivos, não há um único critério na literatura, há autores que recomendam estabelecer uma porcentagem de concordância de ao menos 80% (Pasquali, 1999) e, outros, de 90% (Polit, Beck, 2006). Já Salmond (1994), a partir de revisão da literatura, encontrou níveis de consenso que variam entre 50 a 80%. Segundo Williams e Webb (1994), o nível de consenso é arbitrário e proposto pelos pesquisadores. Estudos brasileiros que se utilizaram de Julgamento de Especialistas para validar instrumentos definiram nível de consenso mínimo de 75% de julgamento favorável, correspondendo às opiniões favoráveis de seis entre nove especialistas (Fernandes, 2005), e opiniões favoráveis de seis entre oito especialistas (Silva, 2005).

No presente estudo optou-se por utilizar o nível de consenso de julgamentos favoráveis de pelo menos 60%, que correspondeu ao julgamento favorável de quatro dos seis Especialistas que participaram da 1ª Fase da validação e de três dos cinco Especialistas que participaram da 2ª Fase. Quando se obteve níveis de consenso inferiores à 60%, foram consideradas as observações levantadas pelos Especialistas para fazer reajustes. Quando houve recomendação de exclusão de algum marcador ou de alguns de seus componentes, foi acatada, após deliberação conjunta com a Sra. Orientadora da presente pesquisa.

Nos julgamentos com escalas psicométricas, foram considerados aprovados quando se obteve 60% nas pontuações 2 e/ou 3, para a avaliação dos atributos do conjunto de componentes do marcador e 3 e/ou 4, para a avaliação da relevância de cada componente do marcador.

6 Procedimientos éticos

6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº 1020/2011/CEP-EEUSP) e da Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo (Parecer nº 028/12 – CEP/SMS, CAAE: 026.0.196.000-11) (Anexos 2 e 3).

Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre os seus objetivos e finalidade e, após tomarem ciência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 15), que esclarecia a participação voluntária, em conformidade com a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

7 Resultados e discussão

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 COMPOSIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE MARCADORES DA VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS DST/HIV

7.1.1 PRIMEIRA ETAPA: RESULTADOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA

Caracterização dos estudos obtidos na Revisão Sistemática

A construção dos Marcadores foi subsidiada nos elementos de vulnerabilidade de mulheres, identificados a partir de revisão sistemática de estudos sobre a temática, desenvolvidos no Brasil e daqueles extraídos do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST do Estado de São Paulo.

Conforme citado na seção anterior, de ambas as revisões sistemáticas, selecionaram-se 16 estudos, publicados no período de 1996-2011 (Apêndice 1).

Na Avaliação Individual dos estudos, em que se realizou a apreciação do rigor metodológico, da credibilidade e da relevância dos resultados, utilizando o instrumento CASP, todos os estudos foram classificados como pertencentes ao grupo A. Esse resultado pode ser reflexo das exigências que os editores das revistas consideram para aceitar artigos e, ainda, pelo fato de terem sido incluídas dissertações de mestrado e teses de doutorado, que fornecem informações detalhadas sobre a metodologia e resultados da pesquisa desenvolvida.

No tocante ao ano, preferiu-se considerar o ano em que a pesquisa foi desenvolvida, ao invés de seu ano de publicação, dado o interesse de relacionar os elementos de vulnerabilidade identificados com as características temporais da epidemia. Contudo, quando esse dado não foi obtido, considerou-se o ano de publicação. Seguindo esse critério, os estudos foram agrupados considerando-se o ano do estudo ou de publicação, distribuídos segundo os temas que compunham a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV. Para o agrupamento, quando o estudo foi desenvolvido no decorrer de um determinado período, considerou-se o ano de início da pesquisa. Quanto ao agrupamento segundo as temáticas abordadas, houve casos em que um mesmo estudo foi considerado em mais de uma temática, quando os resultados refletiam amplos elementos da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV. Desta maneira, os estudos integraram três grupos: 1996-2000, 2001-2005 e 2006-2011. O terceiro grupo concentrou maior quantidade de estudos (oito estudos), que

corresponderam a 50% dos estudos incluídos, com maior proporção de estudos desenvolvidos no Estado do Rio de Janeiro. Os estudos que constituíram este grupo trataram, quase na mesma proporção, sobre como as normas sociais e a gestão de saúde aumentam a vulnerabilidade de mulheres ao HIV (Quadro 7).

A proporção, cada vez maior, de estudos sobre vulnerabilidade de mulheres ao HIV, acompanha o desenvolvimento da epidemia na população feminina e as ações propostas para seu enfrentamento. Com relação ao desenvolvimento da epidemia, os dados epidemiológicos mostram aumento progressivo da incidência do HIV em mulheres, no primeiro período, de 1996 a 2000, tendo passado de 9,3/100.00 hab. à 13,0/100.00hab. No segundo período, de 2001 a 2005, a incidência aumentou de 13,6/100.00hab. a 14,3/100.00 hab. Contudo, no último período, de 2006 a 2011, diminuiu de forma muito tênue, de 13,6/100.00 hab. a 13,2/100.00 hab. O último resultado coincide com a implementação, em 2007, do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, que concretiza a institucionalização do uso do conceito de vulnerabilidade como instrumento norteador para a análise e planejamento das ações de prevenção na população feminina brasileira. Já havia iniciativas brasileiras sobre a introdução do conceito de vulnerabilidade, em 2002, pelas Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS, dirigidas às mulheres e, à população em geral, pela Política Nacional de DST/Aids (Brasil, 2002, 2005b, 2007b, 2009, 2012c).

Nesse sentido, a maior proporção de estudos registrados no terceiro período, também pode ser decorrência da crescente motivação dos pesquisadores para desvendar aspectos da vulnerabilidade de mulheres ao HIV, dado o avanço da epidemia na população feminina e devido à institucionalização do conceito de vulnerabilidade, que favoreceu uma análise mais ampla do que poderia proporcionar o conceito de *risco*, ao incorporar a análise do contexto social onde o sujeito se insere. Seguindo essa lógica, os temas normas sociais e gestão de saúde, contém os elementos que favorecem a vulnerabilidade de mulheres ao HIV, expressam o potencial desse conceito para captar aspectos que extrapolam a dimensão individual, à que se limitava sob o conceito de risco, uma vez que esses temas dizem respeito a elementos de vulnerabilidade da dimensão individual, mas também da dimensão social e programática.

Quadro 7 – Estudos distribuídos por temas de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV segundo período de realização-publicação e local em que foram desenvolvidos. São Paulo – 2012

Temas de vulnerabilidade/ Período de realização- publicação e local	1996-2000	2001-2005	2006-2011
Normas Sociais	E9 (Maringá/PR) E13 (São Paulo/SP)	E1 (Grande Florianópolis/S C) E10 (Ribeirão Preto/SP) E11(Bahia/BA)	E2 (Vila Macambinho II/PI) E3 (Rio de Janeiro/RJ) E4 (Rio de Janeiro/RJ) E6 (não especifica a cidade/PR) E7 (Costa Verde/RJ) E12 (Teresina/PI)
Subtotal	02 estudos	03 estudos	06 estudos
Gestão de Saúde	E15 (Brasil) E16 (São Paulo/SP)	E14 (Brasil)	E2 (Vila Macambinho II/PI) E5 (Marília, SP) E8 (Brasil) E7 (Costa Verde/RJ) E12 (Teresina/PI)
Subtotal	02 estudos	01 estudo	05 estudos
Total de publicações	04 estudos	04 estudos	08 estudos*

*Três estudos trouxeram elementos da vulnerabilidade das duas temáticas

Como pode ser observado no Quadro 8, para os estudos que tinham como sujeitos, pessoas do sexo feminino, embora tenha sido estabelecido como critério de inclusão, mulheres com idade de 18 a 44 anos, incluíram-se estudos que identificaram elementos de vulnerabilidade de mulheres com maior ou menor idade em relação a esse segmento, pois vários estudos de interesse extrapolaram a faixa etária previamente estabelecida.

Em relação à apresentação do estudo, a maioria encontrava-se na forma de dissertações. Isto porque, nos casos em que se identificou que um artigo era parte constituinte de uma tese ou dissertação, preferiu-se incluir essas últimas quando houve a possibilidade de acessá-las, por considerar que continham maiores informações sobre população de estudo e resultados. Ao todo, incluíram-se dez teses e dissertações (Quadro 8).

Nos artigos analisados identificou-se o registro da área de concentração da pesquisa ou categoria profissional dos autores. Em relação a esta última, observa-se que há predomínio de estudos desenvolvidos por enfermeiros (seis estudos) e psicólogos (cinco estudos). Quanto à área de concentração da pesquisa, duas encontravam-se informadas, com a mesma proporção de estudos (dois para cada): Saúde Pública e Saúde Coletiva (Quadro 8).

Em revisão sistemática (De-La-Torre-Ugarte-Guanilo, 2008) sobre o mesmo tema-objeto da presente investigação, além dos estudos desenvolvidos por profissionais de enfermagem e psicologia, foram identificados estudos desenvolvidos por profissionais do campo da *Sociologia* (Ackermann, 2003; Moreno, 2007; Bandyopadhyay, Thomas, 2002; Omorodion, Gbadebo, Ishak, 2007); *Economia* (Booyesen, Summerton, 2002; Ghosh, Kalipeni, 2005; Barnett et al., 2000); *Antropologia* (Epele, 2002; Grimberg, 2001) e, *Política e Economia em Saúde* (Dandona et al., 2005; Theodore et al., 2004).

O fato de ter sido identificado que parece ser maior o envolvimento dos enfermeiros e dos psicólogos com a investigação da vulnerabilidade de mulheres brasileiras ao HIV, talvez indique a necessidade de que profissionais de outras áreas também se integrem a essa dinâmica, para contribuir com o aprofundamento da vulnerabilidade de mulheres brasileiras às DST/HIV, sob diferentes perspectivas, de forma a gerar subsídios para o aprimoramento das ações de prevenção, uma vez que a abordagem multidisciplinar pode ser importante estratégia para superar o atendimento centrado na racionalidade clínica. Segundo Bertolozzi et al. (2012), o conceito de vulnerabilidade tem sido foco de debate na Saúde Coletiva, apresentando importante instrumental para subsidiar a transformação dos perfis epidemiológicos, ao colocar como horizonte, a vida saudável dos sujeitos. Isso impõe a necessidade de trabalho em equipe de saúde, no sentido de conjugar saberes interdisciplinares para possibilitar o entendimento da realidade de vida dos sujeitos, que é complexa, por envolver a trama de constituição da sociedade, com suas contradições e tensões constitutivas.

Os 16 estudos incluídos na revisão sistemática trazem à luz elementos da vulnerabilidade de mulheres ao HIV na dimensão individual, social e programática, a partir da perspectiva de 137 mulheres brasileiras, quatro Coordenadores de DST, 63 enfermeiras e 50 médicos. Dois estudos analisaram as ações de prevenção ao HIV. Os estudos que analisaram a vulnerabilidade, a partir da perspectiva de mulheres, corresponderam à 75% (12 estudos) do total, sendo que seis desses foram desenvolvidos junto à soropositivas ao HIV (Quadro 8). A inclusão, tanto de estudos desenvolvidos com mulheres soropositivas ao HIV, quanto com mulheres soronegativas, foi considerada como artifício que fortaleceu a construção dos marcadores de vulnerabilidade, partindo-se do pressuposto que o elemento de vulnerabilidade é mais robusto quando identificado em mulheres soronegativas ao HIV, como elemento que

pode aumentar sua vulnerabilidade. Já no caso das mulheres soropositivas ao HIV, como elemento que *as tornou* vulneráveis à infecção.

Estudo	Tipo de estudo	Afiliação do 1º autor	Amostra		
			Sujeitos/Objeto de estudo	HIV	Faixa etária
E1	Artigo	Enfermagem	07 mulheres	HIV+	20-40
E2	Artigo	Saúde Coletiva	20 mulheres	NE	20-49
E3	Artigo	Enfermagem	12 mulheres	NE	18-38
E4	Dissertação	Enfermagem	15 mulheres	NE	18-40
E5	Dissertação	Enfermagem	03 Coordenadores de DST/Aids§	--	--
E6	Dissertação	Psicologia	04 mulheres ativistas	HIV+	31-45
E7	Dissertação	Psicologia	06 mulheres; 10 profissionais de saúde; 01 Coordenador Estadual de DST/Aids	NE	17-22£
E8	Artigo	Psicologia	Resposta brasileira à epidemia de aids relacionada às metas para 2005, na “Declaração de Compromisso sobre HIV e Aids das Nações Unidas”	--	--
E9	Artigo	Psicologia	26 mulheres	HIV+	22-59
E10	Tese	Psicologia	10 mulheres	HIV+	21-35
E11	Artigo	Enfermagem	06 mulheres	NE	19-32
E12	Dissertação	Saúde Coletiva	13 mulheres	NE	20-49
E13	Tese	Enfermagem	08 mulheres	HIV+	19-37
E14	Dissertação	Saúde Pública	63 enfermeiros; 41 ginecologistas	--	--
E15	Dissertação	Ciências da comunicação	09 médicos; 10 mulheres	HIV+	23-48£
E16	Dissertação	Saúde Pública	Ações de prevenção de HIV em Centro de Aconselhamento	--	--

Legenda

* Ano de desenvolvimento da pesquisa

§ O estudo questionou aos Coordenadores sobre as Diretrizes Político-Institucionais do Programa de DST/Aids (1998 a 2008)

£ Idade das mulheres que participaram do estudo

NE: Não específica

Quadro 8 – Caracterização dos estudos sobre vulnerabilidade de mulheres brasileiras ao HIV. São Paulo – 2012

Elementos de vulnerabilidade de mulheres ao HIV

Os 16 estudos incluídos trouxeram importantes contribuições para aprofundar o conhecimento sobre a vulnerabilidade de mulheres brasileiras ao HIV, no que se refere às dimensões individual, social e programática.

A análise aqui desenvolvida corresponde à Avaliação Comparativa, em que se extraíram os elementos de vulnerabilidade identificados nos resultados dos estudos registrados na Ficha de Resumo. Posteriormente, realizou-se a análise taxonômica, que abrange um processo analítico e indutivo, com vistas a construir categorias taxonômicas, segundo as associações sugeridas pelos próprios elementos da vulnerabilidade, no intuito de destacar suas peculiaridades e tornar visível a amplitude conceitual (Sandelowski, Barroso, 2007).

Por meio de leitura reiterativa, padronizou-se a expressão das taxonomias da vulnerabilidade identificadas. A partir da análise das taxonomias constatou-se que os elementos influenciam a vulnerabilidade feminina ao HIV ao estabelecer interações/associações entre elementos de uma ou mais dimensões, resultando na maior vulnerabilidade feminina ao HIV. Nesse sentido, esses resultados explicitam a interdependência das dimensões da vulnerabilidade, conforme destacado por Ayres et al. (2006).

Segundo o elemento de vulnerabilidade que gerou as interações expressas nas taxonomias, definiram-se os temas centrais: *Normas Sociais e Gestão de Saúde*.

Com relação ao tema central *Normas Sociais*, as taxonomias evidenciam diferentes associações de elementos da vulnerabilidade referentes às normas sociais que limitam a mulher de ter autonomia sobre a própria sexualidade, privilegiando os desejos e comportamentos sexuais masculinos, em detrimento dos femininos. Também, identificaram-se representações sociais de mulheres sobre relacionamentos estáveis e padrões de subjetividade, em que a confiança no parceiro e o fato de estar em relacionamento estável, colocaram as mulheres em situações de vulnerabilidade, pois tal condição favoreceu a sensação de proteção das mulheres em relação à infecção por alguma DST, não se considerando, portanto, nos nomeados “grupos de risco”. Tal condição parece limitar as mulheres de questionarem-se a respeito da própria vulnerabilidade à infecção. Esses elementos da vulnerabilidade às DST/HIV foram identificados, no período de 1998 a 2008, em mulheres, com idades entre 17 a 59, de

diferentes cidades do território brasileiro como Rio de Janeiro, Santa Catarina, Piauí, Paraná, São Paulo e Bahia (Quadro 9).

Dentre os elementos que limitaram a mulher para tomar a iniciativa de propor o uso do preservativo **quando iniciava um relacionamento**, embora com conhecimentos adequados sobre prevenção/transmissão do HIV, encontram-se os motivados por normas tradicionais de gênero para a sexualidade feminina. Trata-se de normas que determinam um **“papel passivo da mulher perante sua própria sexualidade”**, tendo que aguardar a iniciativa do parceiro quanto ao uso do preservativo, embora ciente que o companheiro consumia drogas ou tinham relacionamento sexual com outras mulheres. O papel passivo socialmente esperado e atribuído à mulher em relação à sua própria sexualidade também parece limitar as mulheres ao fato de portar preservativo em seus pertences pessoais, pelo temor de serem rotuladas como “prostitutas” ou “mulher que transa com vários homens”. Este resultado foi identificado em um estudo desenvolvido no Rio de Janeiro, no período de 2006 a 2007, junto às mulheres de 17 a 22 anos (E7) (Quadro 9).

Com relação às mulheres em relacionamentos **que se tornaram estáveis**, o uso do preservativo foi abolido por deixá-lo de considerar necessário e motivado por diferentes elementos da vulnerabilidade. O primeiro, refere-se ao **“sentimento de proteção”** da infecção pelo HIV que o relacionamento estável oferece à mulher e ao fato de não se considerar nos denominados “Grupos de risco”. Esse sentimento de proteção limita a mulher em questionar-se sobre sua vulnerabilidade ao HIV, embora com adequado conhecimento sobre os meios de prevenção e transmissão (E7). O sentimento de proteção em relacionamento estável, em alguns casos, foi devido à **crença que o homem preserva a saúde da esposa** e usa preservativo em relacionamentos sexuais com outras mulheres (E12). Algumas mulheres, dado o **inadequado conhecimento sobre prevenção e transmissão das DST/HIV**, alternaram o uso do preservativo segundo períodos de desconfiança da fidelidade do parceiro (E2). Tais resultados foram identificados em estudos desenvolvidos no Rio de Janeiro (E7, E3, E4), Santa Catarina (E1), Paraná (E6, E9), São Paulo (E10), Bahia (E11), Piauí (E2, E12), no período 1998 a 2008, com mulheres com idades entre 17 a 59 anos, as quais, na época de realização dos estudos, se desconhecia seu estado sorológico ou eram sabidamente soropositivas ao HIV (E1, E6, E9, E10) (Quadro 9).

Outro elemento de vulnerabilidade, que limitou a iniciativa das mulheres em relacionamentos estáveis a não se prevenirem da infecção pelo HIV, foi o fato da **mulher considerar natural a múltipla parceria do companheiro**, dado que esse tipo de comportamento era considerado culturalmente esperado. Isto levou mulheres, com idades de 20 a 49 anos, a desconsiderar sua vulnerabilidade, situação que favoreceu a infecção pelo vírus em algumas delas (E6, E13). Os estudos que identificaram estes elementos de vulnerabilidade foram desenvolvidos no Piauí (E2), Paraná (E6) e em São Paulo (E13), no período de 2006 a 2008 (Quadro 9).

Também o **preconceito com mulheres que portam preservativo na bolsa**, limitou a iniciativa de mulheres em relacionamentos estáveis para usá-lo, em situações em que ela estava ciente da múltipla parceria do companheiro e tendo manifestado conhecimentos adequados sobre prevenção e transmissão do HIV (E7). Isso, pelo temor de serem rotuladas como “prostitutas” ou “mulher que transa com vários homens”. Esses elementos de vulnerabilidade foram identificados em estudos desenvolvidos no Rio de Janeiro, no período de 2006 a 2007, junto às mulheres de 17 a 38 anos (E3, E7) (Quadro 9).

Outro elemento de vulnerabilidade, que limitou às mulheres a adotar ações de prevenção em relacionamento estáveis, foi a **negação do companheiro para usar preservativo**, com base no fato de que o seu uso leva à diminuição do prazer sexual. Diante dessa situação, a mulher privilegia os desejos do companheiro e se submete, em alguns casos, pelo temor de sofrer violência física ou psicológica (E6, E11). Tais achados foram encontrados nos estudos desenvolvidos no Piauí (E2), Rio de Janeiro (E3), Paraná (E6) e na Bahia (E11), no período de 2002 a 2008, junto às mulheres de 18 a 49 anos, em alguns casos, soropositivas ao HIV (E6) (Quadro 9).

Quadro 9 – Taxonomias que expressam os elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central **Norma Social**. São Paulo – 2012

CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	TEMA CENTRAL: NORMA SOCIAL
E7	Local da pesquisa: Costa Verde, RJ Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2006-2007 População: 06 mulheres; 10 profissionais de saúde e 01 Gestor da Coordenação Estadual de DST/Aids HIV: NE Faixa etária: 17-22 anos (das mulheres)	Taxonomia: Limitações para uma atitude “ativa” da mulher perante sua sexualidade associado à não percepção da vulnerabilidade ■Algumas das mulheres reconheceram que, desde o início, assumiam relacionamentos sexuais desprotegidos com os turistas. Isso foi favorecido pelas normas tradicionais de gênero para a sexualidade feminina: ter poucos parceiros, ser mais “passiva”, esperar a iniciativa do parceiro para o uso do preservativo, não levar preservativo na bolsa.
		Taxonomia: Relacionamento relativamente estável associado à limitações da mulher para carregar preservativos, e a múltipla parceria do companheiro ou uso de drogas ■As mulheres, com conhecimentos adequados sobre prevenção/transmissão do HIV, em alguns casos, se limitaram a ter iniciativa para propor o uso do preservativo, pois manifestaram receio de desaprovação social, caso decidam portar preservativo na bolsa, porque poderiam ser rotuladas de “prostitutas” ou “mulher que transa com vários homens”. Tal situação limitou o uso do preservativo, embora cientes que os companheiros consumiam drogas ou relacionavam-se sexualmente com outras mulheres. Ou, em alguns casos, a limitação esteve relacionada à “confiança na pessoa”, o que se vinculou a parceiro saudável, soronegativo e fiel.
E1	Local da pesquisa: Grande Florianópolis, SC. Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2004-2005 População: 07 mulheres HIV: (+) Faixa etária: 20-40 anos	Taxonomia: Sentimento de “proteção” para adquirir o HIV em relacionamento estável, associado à relação da infecção pelo HIV à “grupo de risco” e múltipla parceria do companheiro ■As mulheres que adquiriram o vírus, por parceiro de relacionamento estável, apresentavam valores tradicionais, como a concepção de proteção da infecção pelo HIV em relacionamentos estáveis. Tal situação motivou a desconsideração do uso do preservativo como meio de proteção à infecção pelo HIV. ■A concepção de <i>grupos de risco</i> permanece presente nas mulheres, o que traz a ideia da não vulnerabilidade, uma vez que todas viviam relacionamentos estáveis e, portanto, consideravam-se fora dos chamados “grupos de risco”.
E2	Local da pesquisa: Vila Macambinho II, PI. Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2006 População: 20 mulheres HIV: NE Faixa etária: 20-49 anos	Taxonomia: Naturalização da múltipla parceria do companheiro associada à não negociação do uso do preservativo ■A maioria das mulheres suspeita da infidelidade do parceiro, mas a aceitam como algo “natural”, pois considera o comportamento do homem culturalmente marcado como propenso à múltipla parceria.
		Taxonomia: Negação do companheiro para usar o preservativo associado à relações sexuais desprotegidas ■Algumas mulheres, embora em conflito, dialogaram com o parceiro sobre a prevenção do HIV/Aids, particularmente sobre o uso do preservativo, mas os homens se opunham. Nesses casos, a mulher aceita relações sexuais desprotegidas, mediante um crédito de confiança, ficando o parceiro “intimado” a ser fiel, sob ameaça de retaliações da mulher.
		Taxonomia: Sentimento de proteção em relacionamento estável associado à baixa autopercepção da vulnerabilidade ■Em alguns casos, a confiança no próprio comportamento sexual – monogâmico- é uma justificativa para a sua autopercepção de baixa vulnerabilidade. Ou, alternaram períodos de exigência do uso e do não uso do preservativo, a depender do seu nível temporário de suspeita em relação ao comportamento sexual do parceiro.

(continua)

(continuação)

CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	TEMA CENTRAL: NORMA SOCIAL
E3	<p>Local da pesquisa: RJ</p> <p>Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2006</p> <p>População: 12 mulheres (universitárias e docentes)</p> <p>HIV: NE</p> <p>Faixa etária: 18-38 anos</p>	<p>Taxonomia: Sentimento de “proteção” para adquirir o HIV em relacionamento estável associado à relação da infecção pelo HIV à “grupo de risco” e não uso do preservativo</p> <p>▪ Muitas mulheres não se consideraram em risco, pois se sentiam protegidas pelo casamento, que parece garantir a imunidade à doença. Tais mulheres apontavam que apenas os jovens e mulheres que vivem de forma “liberal” (sair muito, beber bebidas alcoólicas), integravam o “grupo mais vulnerável”.</p> <p>Taxonomia: Dificuldade para negociar o uso do preservativo associada à representação do seu uso com promiscuidade</p> <p>▪ As mulheres manifestaram dificuldade em exigir o preservativo pelo temor de que o parceiro interprete inadequadamente tal exigência, na medida em que este acredita que a mulher que exige preservativo é promíscua ou o está acusando de promíscuo. Assim, propor o uso do preservativo poderia gerar situação de desconfiança entre o casal.</p> <p>Taxonomia: Negação do companheiro para usar o preservativo associado ao privilégio dos desejos do companheiro</p> <p>▪ Outras dificuldades referem-se à resistência masculina para usar preservativo, alegando diminuição da ereção e prazer ou não negociação do uso do preservativo para não querer decepcionar o parceiro, pois a mulher sabe que o preservativo diminui o prazer sexual.</p>
E4	<p>Local da pesquisa: RJ</p> <p>Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2008</p> <p>População: 15 mulheres (estudantes de nível superiores, servidoras técnico-administrativas, docentes, doméstica, enfermeira, publicitária e dentista)</p> <p>HIV: NE</p> <p>Faixa etária: 18-44 anos</p>	<p>Taxonomia: Sentimento de “proteção” para adquirir o HIV em relacionamento estável, associado à relação da infecção pelo HIV à “grupo de risco”, à desconsideração da vulnerabilidade e ao não uso do preservativo</p> <p>▪ As mulheres tinham a visão de que as casadas não apresentam risco de infecção pelo HIV, devido ao relacionamento estável, e que apenas alguns grupos como jovens, homossexuais e mulheres com múltipla parceria, são vulneráveis às DST/aids. Embora cientes do aumento de mulheres casadas com HIV ou em relacionamentos estáveis, não adotam práticas preventivas, aumentando sua vulnerabilidade às DST/aids, e mesmo aquelas que tiveram DST anteriormente, não percebem o risco, devido ao relacionamento estável, tendo assim relações sexuais sem proteção.</p>
E6	<p>Local da pesquisa: PR</p> <p>Ano de publicação: 2008</p> <p>População: 04 mulheres ativistas</p> <p>HIV: HIV+</p> <p>Faixa etária: 31-45 anos</p>	<p>Taxonomia: Sentimento de “proteção” para adquirir o HIV em relacionamento estável associado à relação da infecção pelo HIV à “grupo de risco” e ao não uso do preservativo</p> <p>▪ A vulnerabilidade à infecção deveu-se à associação da transmissão do vírus com determinados “grupos de risco” (usuários de drogas, prostitutas e homossexuais). Isso contribuiu para que, mesmo de posse de informações nos anos 1990, permanecessem estagnadas no paradigma dos “grupos de risco”, não se considerando em risco à transmissão do HIV, mesmo com parceiro usuário de drogas, tendo, portanto, relações sexuais desprotegidas.</p> <p>▪ Os ideais de fidelidade no relacionamento, geralmente pautados em ideias como: quem ama confia e, portanto, não é necessário usar preservativo; que “homem é só um”; e que a “mulher não deve se separar, pois corre o risco de ficar sozinha”, favoreceram a não negociação do uso do preservativo. Ao exigir um preservativo, as mulheres estariam rompendo com ideais românticos e correr o risco de perder o amor.</p>

(continua)

(continuação)

CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	TEMA CENTRAL: NORMA SOCIAL
E6	Local da pesquisa: PR Ano de publicação: 2008 População: 04 mulheres ativistas HIV: HIV+ Faixa etária: 31-45 anos	Taxonomia: Parceria fixa associada à, não negociação do uso do preservativo associada à submissão da mulher e à naturalização da múltipla parceria do companheiro ▪A dificuldade em negociar o uso do preservativo, em algumas mulheres, foi motivada pelo temor em sofrer violência física ou psicológica. As mulheres associam a masculinidade à traição. Embora contrarie a confiança estabelecida entre o casal, o fato de que o homem busque relacionamentos extraconjugais é considerado algo natural e esperado.
E9	Local da pesquisa: Maringá, PR. Ano de desenvolvimento da pesquisa: 1998-1999 População: 26 mulheres HIV: (+) Faixa etária: 22-59 anos	Taxonomia: Confiança na monogamia do parceiro em relacionamento estável, associada à não percepção da vulnerabilidade ▪As mulheres que adquiriram o vírus em relacionamentos estáveis, julgavam-se pouco ou não vulneráveis à infecção pelo HIV, pois tinham confiança no companheiro. Isso deixou a mulher com sentimento de proteção e a não considerar a vida pregressa do parceiro. Tal situação, somada à falta ou insuficiente informação sobre a transmissão e a prevenção do HIV, antes do diagnóstico, favoreceu atitude não ativa (proteger-se ou não de forma consciente).
E10	Local da pesquisa: Ribeirão Preto, SP. Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2002 Procedência da população: 10 mulheres HIV: (+) Faixa etária: 21- 35 anos	Taxonomia: Confiança na monogamia do parceiro em relacionamento estável, associada ao não uso do preservativo e à bigamia do parceiro ▪As mulheres, antes de adquirir o HIV, não se perceberam vulneráveis, principalmente, por cumprir papel que delas se espera: “o amor monogâmico”, acreditando que existia amor, confiança e respeito entre o casal, portanto, não pertenciam a nenhum “grupo de risco”. Apesar de estar presente a traição dos homens, deu-se maior importância a outras “coisas” construídas e obtidas na vida conjugal.
E11	Local da pesquisa: BA Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2002 Procedência da população: 06 mulheres HIV: NE Faixa etária: 19-32 anos	Taxonomia: Sentimento de proteção em relacionamento estável, associado à não percepção da vulnerabilidade ▪O fato das mulheres estarem em espaço privado/doméstico foi determinante para menor preocupação com a proteção, por acreditarem em menor vulnerabilidade às DST. Taxonomia: Submissão da mulher pelo temor de sofrer violência, associada à não negociação do uso do preservativo ▪As mulheres ficaram em situação passiva (não negociação do uso do preservativo) quando o homem encontrava-se embriagado.
E12	Local da pesquisa: Teresina, PI Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2006 População: 13 mulheres HIV: NE Faixa etária: 20-49 anos	Taxonomia: Confiança na monogamia no relacionamento estável, associado à não percepção da vulnerabilidade ▪As mulheres associaram fortemente a prevenção do HIV à confiança/desconfiança no comportamento sexual do parceiro, o que foi citado como um dos obstáculos para a prevenção, baseado na confiança mútua. ▪A mulher desconfia do homem, em relação a relacionamentos extraconjugais, mas confia que o homem se protege fora. Com a mulher não há necessidade do uso do preservativo.
E13	Local da pesquisa: SP Ano de publicação: 2000 População: 08 mulheres HIV: (+) Faixa etária: 19-37anos	Taxonomia: Naturalização da múltipla parceria do parceiro associada à não percepção da vulnerabilidade ▪As mulheres soropositivas manifestaram que, em alguns casos, antes de serem infectadas, tinham certeza da múltipla parceria do parceiro, sendo cúmplices do comportamento extraconjugal do parceiro.

(conclusão)

É evidente que, ainda que seja consenso que o acesso às informações sobre os meios de transmissão e prevenção das DST/HIV é importante componente da política de prevenção, a redução das chances da infecção não se resume à tal acesso. Essa relação indireta entre o conhecimento e a diminuição das chances de exposição às DST/HIV pode ser exemplificada ao identificar-se que, embora o conhecimento da população brasileira, com mais de 15 anos, em 2008, sobre as formas de transmissão das DST/HIV apresente-se bastante alto (96,6% da população sexualmente ativa sabem que o uso de preservativo é a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV), nem sempre se concretizou no uso do preservativo: apenas 45,5% das mulheres sexualmente ativas utilizaram preservativo na última relação sexual com parceiro casual e 17,3% na última relação sexual com parceiro fixo (Brasil, 2011b, 2011c, 2012c).

Conforme a literatura sobre vulnerabilidade, a transformação da informação obtida em práticas efetivas de prevenção remete ao plano social da vulnerabilidade que abarca, além do acesso à informação, acesso aos serviços de saúde de qualidade, aspectos sociopolíticos e culturais, grau de liberdade de pensamento e expressão, condições de bem-estar social como moradia, acesso aos bens de consumo, nível de escolarização, dentre outros aspectos (Ayres, 2002; Ayres et al., 2006). Conforme apresentado no Quadro 9, o contexto cultural onde a mulher se insere exerce um papel primordial na forma como a epidemia vem se desenvolvendo na população feminina brasileira.

Por ser a exposição sexual (heterossexual), a categoria de transmissão do HIV por excelência na população feminina, a principal questão cultural vinculada com as maiores chances de transmissão diz respeito às relações entre homens e mulheres, conhecidas como *relações de gênero* (Brasil, 2012c).

As relações de gênero são construídas na sociedade, em que se delimitam papéis diferentes para homes e para mulheres, sendo que esses apresentam mudanças a través do tempo e segundo a sociedade. Historicamente, essas diferenças vêm se expressando de forma desfavorável às mulheres, transformando-se em desigualdades que prejudicam a sua autonomia, inclusive para tomar decisões sexuais e reprodutivas (Brasil, 2011c; Follador, 2009).

A expressão da sexualidade, em todas as sociedades, é alvo de normas morais e religiosas, que vão atribuindo diferentes formas de expressar a sexualidade para homens

e mulheres, desde a infância. Na sociedade brasileira, a sexualidade feminina foi histórica e culturalmente limitada em suas possibilidades de vivência, devido a tabus, mitos, preconceitos e relações desiguais de poder entre homens e mulheres que implica em timidez, passividade, fragilidade, dependência, submissão, fidelidade e sempre à procura de satisfazer as necessidades sexuais dos companheiros (Brasil, 2010c; Guimarães, 1996).

Na sociedade brasileira há uma compreensão do homem como provedor, associado à ideia de potência sexual, que legitima valores machistas durante o processo de negociação do preservativo. Aliado a isso, a visão da mulher associada à passividade e dependência, conforme supracitado, afirma os modelos dicotomizados de heterossexual-monogâmica-fechada, para a mulher, e de heterossexual-aberta-à-múltipla parceria, para o homem (Sampaio et al., 2011; Souza Filho, Beldarrain-Durandegui 2012).

Com relação à sexualidade e a vulnerabilidade às DST/HIV, a mulher, com base no sentimento de cumprir seu papel social de companheira fiel, comportamento culturalmente correto, sente-se afastada dos *grupos de risco* e protegida da infecção pelo HIV, por considerar que a infecção está distante de sua realidade (Alexandre, 2010; Cunha, Moreira, Lôbo, 2012). Este embasamento histórico e cultural da sexualidade feminina brasileira pode explicar os resultados apresentados no Quadro 9, em que a mulher tem maior vulnerabilidade às DST/HIV por assumir uma posição passiva ante sua sexualidade e por acreditar que apenas cumprir com os valores sociais atribuídos à ela irá protegê-la da infecção por alguma DST/HIV.

A violência conjugal, uma modalidade de violência de gênero, é um problema de Saúde Pública no Brasil, que não discrimina idade, religião, nível de escolaridade ou camada social. Essa resulta das diferenças de poder entre os cônjuges, expressa o desejo do homem de controlar e dominar a parceira e, geralmente, tem como motivação o ciúme, o alcoolismo, a recusa de manutenção das relações sexuais pela mulher, a infidelidade, uso de drogas, o desgaste da relação, dentre outros. Essa envolve atos repetitivos que vão se agravando, em frequência e intensidade, como coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, agressões físicas e sexuais, ameaças e até mesmo a morte. Mulheres em essa situação demoram para tomar a decisão de romper a relação com o parceiro violento devido, principalmente, à dependência emocional, mas

do que a econômica. Além do medo permanente, esse tipo de violência pode resultar em danos físicos, em psicológicos e em maior vulnerabilidade da mulher às DST/HIV, conforme dados do Quadro 9 (Brasil, 2010c; Cunha, 2008).

A partir do exposto, é evidente que as desigualdades de gênero, expressas pela cultura passiva da mulher diante sua sexualidade e pela violência sexual à que é submetida, constituem aspectos estruturantes da vulnerabilidade das mulheres às DST/HIV, o que torna imperante adotar as normas sociais como norte das ações de prevenção (Brasil, 2002, 2011c; UNAIDS, 2010).

A violência sexual é uma violação aos direitos humanos e, por ser uma questão de saúde pública, corresponde à Atenção Básica atendê-la, por essa ter papel primordial como ordenadora do cuidado, principalmente por considerar a proximidade entre a equipe de saúde e a família. Contudo, a atenção é condição que requer abordagem intersetorial, multiprofissional e interdisciplinar (Brasil, 2010c).

Nesse sentido, considera-se primordial compreender o contexto de vida das mulheres e as influências desse contexto sobre sua vulnerabilidade às DST/HIV. Para tanto, a abordagem familiar, configura-se como importante estratégia, uma vez que ao permitir conhecer as interações e/ou tensões familiares pode auxiliar o profissional de saúde a formular hipóteses mais próximas da realidade sobre aspectos de vulnerabilidade. Para que as intervenções sejam sensíveis e transformadoras das questões de gênero, essas devem garantir discussões junto à população masculina e feminina, de forma a promover e incentivar o autoconhecimento da mulher e do homem, no sentido de conhecer-se a si próprio, em termos de valores e relações com os outros e em identificar as potencialidades e dificuldades de diversas ordens que aumentam a vulnerabilidade às DST/HIV. Tais discussões, também, contribuirão para que os profissionais de saúde entendam como, nesse contexto, homens e mulheres são socializados, como se relacionam e de que forma exercem sua sexualidade (Brasil, 2010c; UNAIDS, 2010).

A reflexão sobre gênero e prevenção da transmissão do HIV na população feminina apresenta o desafio de superar a chamada “cegueira de gênero”, que fez com que em grande medida, as mulheres tenham sido invisíveis na epidemia; que sua importância como grupo vulnerável tenha sido subestimada; que as ações dirigidas às mulheres em grande parte se limitem à prevenção da transmissão perinatal – tratando a

mulher como meio, e não como finalidade da assistência e da prevenção. E, sobretudo, à dificuldade de reconhecer e lidar com o diferencial de poder entre homens e mulheres como fator determinante da transmissão do HIV (Brasil, 2002).

Segundo UNAIDS (2010), o sucesso ou o fracasso da prevenção das DST/HIV na população feminina dependerão do enfoque dos programas de prevenção e da força de compromisso coletivo com os direitos humanos e a igualdade de gênero.

Dado que a prevenção das DST/HIV é uma problemática complexa, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como objetivo promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das DST/HIV/aids na população feminina, assim como, promover a atenção às mulheres em situação de violência doméstica e sexual, organizando redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica e articulando a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/aids (Brasil, 2011d).

No Quadro 10, apresentam-se os elementos de vulnerabilidade associados ao tema *Gestão de Saúde*, que dizem respeito às limitações das ações de prevenção que, direta ou indiretamente, influenciam a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV.

Com relação às limitações no planejamento das ações de prevenção, identificou que esse planejamento prioriza a prevenção e a assistência à mulher grávida, a prevenção da gravidez ou a prevenção do câncer de colo uterino, dando menos importância à prevenção das DST/HIV em mulheres não grávidas e em determinada fase da vida como adolescentes, adultas e idosas, sejam solteiras ou em relacionamentos estáveis, limitando seu acesso às ações de prevenção. Limitações que vêm sendo observadas por estudos desenvolvidos desde o ano 1998 até 2006 (E2, E7, E8, E12, E14, E15) (Quadro 10).

Outros elementos, referentes ao planejamento das ações, que limitaram a prevenção das DST/HIV em mulheres, referiram-se ao fato de que: tais ações apresentam-se **descontínuas** (E2, E7) e reiteram a concepção de **grupos de risco**, desconsiderando o princípio de que toda mulher é vulnerável e isto é modulado pelo contexto social em que está inserida e no qual os relacionamentos ocorrem (E5, E8, E12, E14, E15); tem **prioridade as ações assistenciais** às de prevenção, (E5, E7, E14); as ações apresentam-se limitadas quanto à **incorporação de questões de DST/HIV de forma transversal**, nos projetos de educação permanente (E5); estão limitadas no que

se refere à articulação entre a **avaliação** das ações programáticas e a tomada de decisão na condução da política estadual de DST/aids (E8); estão limitadas quanto ao **trabalho intersetorial** entre os setores de saúde e de educação, o que prejudicou a inserção ou a intensificação da prevenção na rede pública de ensino (E7); estão limitadas no tocante à incorporação da influência do **cenário sociocultural** na análise da dinâmica das DST/HIV da comunidade (E7) e pelo fato de ter baixa articulação entre gestores, nos espaços de formulação, pactuação e controle social das políticas de saúde (E8), além de apresentar deficiente **controle social** por parte dos Conselhos Gestores e Conselhos Municipais de Saúde, com relação às políticas locais em DST/Aids (E7). Ainda, identificou-se que são limitadas as ações desenvolvidas junto ao setor privado em relação à educação, saúde e empresas que não estão organizadas em Conselho Empresarial (E8, 2006). Tais elementos foram identificados em estudos desenvolvidos em São Paulo, Rio de Janeiro, Piauí e em um estudo que analisou a resposta brasileira à epidemia de aids em relação às metas estabelecidas para 2015, e todos os estudos foram desenvolvidos no período de 2006 a 2009 (Quadro 10).

No que se refere aos elementos da vulnerabilidade relacionados à execução das **ações de prevenção pela equipe de saúde**, identificou-se que há dificuldades em **abordar queixas sexuais** durante a visita domiciliária (E7); há limitada incorporação da noção de **direitos sexuais e reprodutivos** nas práticas de prevenção (E7, E12), como o direito ao **aconselhamento** que, em algumas instituições de saúde, **não foi realizado** em nenhum dos momentos preconizados: pré e pós-teste de HIV (E7, E8, E14), sendo que algumas instituições apresentam **inadequação das instalações físicas** dos serviços de saúde para a realização do aconselhamento, o que desproveu a mulher e o profissional de saúde da devida privacidade para o desenvolvimento do aconselhamento (E14). No tocante às fontes de informação que a mulher possuía sobre a prevenção de DST/HIV, identificou-se a Unidade Básica de Saúde como terceira fonte de informação, depois da televisão e a escola. Algumas mulheres **desconheciam o trabalho do PSF**, em relação à prevenção do HIV/aids (E12) ou **desconheciam se a UBS oferecia o teste anti-HIV** (E7). Tais limitações foram encontradas nos estudos analisados, realizados no Rio de Janeiro, Piauí e, também, em um estudo que analisou a resposta brasileira à epidemia de aids em relação às metas estabelecidas para 2015. Todos os estudos foram desenvolvidos durante o período de 2003 a 2007 (Quadro 10).

Com relação aos **recursos humanos e tecnológicos** que limitam as ações de prevenção das DST/HIV, os estudos trouxeram à luz elementos da vulnerabilidade que tratavam sobre: **insuficiente número de profissionais** para desenvolver ações de prevenção; alta **rotatividade** dos profissionais, o que dificultou o estabelecimento de vínculo e cobrança para cumprir **metas quantitativas**, como número de consultas individuais, o que levou os profissionais a priorizarem ações assistenciais (E7); também os estudos analisados tratavam de programas **sem equipe de prevenção** ou equipe apenas constituída por um profissional (E8) e, identificaram-se **limitações para o acesso ao preservativo**, uma vez que houve quantidade insuficiente, horário de funcionamento restrito dos submódulos da ESF, oferecimento do preservativo apenas quinzenalmente e, exigência de cadastro para obter preservativos (E7). Essas limitações foram encontradas em um estudo desenvolvido no Rio de Janeiro e em outro que analisou a resposta brasileira à epidemia de aids em relação às metas estabelecidas para 2015. Ambos os estudos foram desenvolvidos no período de 2006 a 2007 (Quadro 10).

Ainda, neste tema central, um estudo, desenvolvido em 2006, identificou limitação da pauta do **direito à prevenção** nas agendas dos movimentos sociais e nas instâncias colegiadas de controle social, como elemento da vulnerabilidade. O estudo aponta, como direito à prevenção: a mobilização pelo acesso a insumos de prevenção, como preservativos; o acesso à informação, à educação ou ao aconselhamento de qualidade; o acesso ao tratamento de qualidade das DST e, às ações que promovam a saúde sexual e reprodutiva (E8) (Quadro 10).

Todos os elementos relacionados à Gestão da Saúde convergiram para a deficiente ou falta de acesso à informação sobre prevenção das DST/HIV e aos meios de prevenção, que podem influenciar a não percepção da vulnerabilidade às DST/HIV e na concretização de ações de prevenção (Quadro 10).

Quadro 10 – Elementos de vulnerabilidade feminina ao HIV, segundo o tema central Gestão da Saúde. São Paulo – 2012

CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	TEMA CENTRAL: GESTÃO DA SAÚDE
E2	<p>Local da pesquisa: Vila Macambinho II, PI.</p> <p>Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2006</p> <p>População: 20 mulheres</p> <p>HIV: NE</p> <p>Faixa etária: 20-49 anos</p>	<p>Taxonomia: Ações de prevenção esporádica associadas à não inclusão das mulheres não grávidas</p> <ul style="list-style-type: none"> As mulheres manifestaram a necessidade de maior informação, pois o Programa Saúde da Mulher está centrado na saúde reprodutiva, que prevê acompanhamento, apenas, no momento da gestação até o nascimento da criança. Ações esporádicas como a do Dia Mundial de Luta contra a Aids, no Carnaval ou em situações emergenciais.
E5	<p>Local da pesquisa: SP</p> <p>Ano de publicação: 2009</p> <p>População: 03 coordenadores de DST/Aids (análise das diretrizes político-institucionais do Programa de DST/Aids de Marília, no período de 1998 a 2008).</p> <p>HIV: NA</p> <p>Faixa etária: NA</p>	<p>Taxonomia: Não cumprimento de metas no Plano Operativo Anual e no Plano de Ação e Metas, associado à permanência do conceito de risco nas ações e à priorização das ações assistenciais, em detrimento das de prevenção</p> <ul style="list-style-type: none"> Não realização de algumas metas postas no Plano Operativo Anual e no Plano de Ação e Metas. A maioria das ações está baseada no conceito de risco e restringe as ações ao âmbito assistencial, sendo desafio, a realização de práticas preventivas. <p>Taxonomia: Falta de ações intersetoriais associadas a: deficiente articulação entre o planejamento, a avaliação e o monitoramento do Programa, à inclusão de alguns grupos populacionais; e à de incorporação das questões de DST/aids nos projetos de educação permanente</p> <ul style="list-style-type: none"> Pouca integração dos diferentes serviços que compõem a rede de saúde e mecanismos para fomentar ações intersetoriais. Há necessidade de aperfeiçoamento do planejamento, formas de avaliação e monitoramento do Programa Existem grupos que carecem de intervenção, como a população jovem universitária, a população da construção civil, a população das indústrias, os não moradores da cidade, presidiários e seus familiares e cortadores de cana. Há necessidade de incorporar questões de DST/aids, que vem sendo desenvolvidas na região, de forma transversal, nos projetos de educação permanente.
E7	<p>Local da pesquisa: RJ</p> <p>Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2006-2007</p> <p>População: 06 mulheres e 10 profissionais de saúde e 01 Coordenador Estadual</p> <p>HIV: NE</p> <p>Faixa etária: 17-22 anos (das mulheres)</p>	<p>Taxonomia: Limitado acesso ao preservativo e teste Anti-HIV, associado ao deficiente vínculo com os profissionais de saúde e às ações de promoção esporádicas</p> <ul style="list-style-type: none"> As mulheres citaram como barreiras de acesso ao preservativo: quantidade insuficiente, horário de funcionamento restrito dos submódulos da ESF; oferecimento do preservativo quinzenalmente e, exigência de cadastro para obter preservativos. O atendimento quinzenal também foi indicado como barreira à maior proximidade com os serviços e profissionais de saúde. As mulheres avaliaram como negativo o fato de observarem ações de prevenção apenas em momentos específicos: Carnaval ou Dia Internacional do Combate à aids. A maioria das mulheres não tinha certeza se a UBS oferecia o teste anti-HIV. Algumas se interessaram em realizar o teste no âmbito privado, na perspectiva de manutenção do sigilo, qualidade melhor da técnica, espaço mais acolhedor, considerando que o profissional “conversa mais com o paciente”.

(continua)

(continuação)

CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	TEMA CENTRAL: GESTÃO DA SAÚDE
E7	<p>Local da pesquisa: RJ</p> <p>Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2006-2007</p> <p>População: 06 mulheres e 10 profissionais de saúde e 01 Coordenador Estadual</p> <p>HIV: NE</p> <p>Faixa etária: 17-22 anos (das mulheres)</p>	<p>Taxonomia: Baixo investimento em ações de prevenção, associado à falta de controle social e às dificuldades de trabalho intersetorial</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitada divulgação do número de casos HIV/aids e de ações de prevenção no município, devido às questões políticas e econômicas, pelo receio de corromper a imagem do município turístico em virtude do crescimento da epidemia na região. ▪ Dificultaram as ações de prevenção: a insuficiência de profissionais e de equipamentos, alta rotatividade dos profissionais, problemas administrativos e de gestão, dentre os níveis de complexidade da rede SUS e cobrança por parte dos gestores pelo cumprimento de metas quantitativas (número de consultas individuais). ▪ Deficiente controle social por parte dos Conselhos Gestores e Conselhos Municipais de Saúde, com relação às políticas locais em DST/Aids. ▪ Dificuldades na interlocução entre o Programa Estadual de DST/Aids e a Coordenadoria de Educação do Estado, o que prejudica a inserção ou a intensificação das ações de prevenção na rede pública de ensino, e as estratégias de aproximação entre os setores de saúde e educação (intersetorialidade).
		<p>Taxonomia: Falta de preparo dos profissionais em orientação sexual, associada à maior valorização das ações curativas, ao não reconhecimento da influência do contexto social local sobre a vulnerabilidade, ao desconhecimento do Estado como responsável pela promoção dos direitos sexuais e ao desconhecimento de órgãos que fiscalizam o Estado</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A maioria dos ACS manifestou desconforto em abordar queixas sexuais durante a visita domiciliar. ▪ A dificuldade dos profissionais de saúde, para desenvolver ações de prevenção, deveu-se à: maior valorização das ações “curativas” frente às “preventivas” e às diretrizes do PSF, que focaliza a organização dos recursos e da atenção em função das prioridades de agravos e grupos de maior risco. ▪ A noção de direitos sexuais e reprodutivos não integrava o repertório norteador das práticas dos profissionais dos módulos do PSF e o Estado não foi citado como responsável pela promoção e respeito aos direitos sexuais; desconhecimento do Conselho Tutelar, enquanto órgão que fiscaliza o Estado. ▪ As necessidades em saúde sexual e reprodutiva das mulheres eram percebidas como necessidades de prevenção da gravidez e prevenção do câncer de colo uterino. O preservativo foi indicado como necessidade, apenas, dos homens. ▪ Os profissionais não reconheceram que o cenário sociocultural das comunidades anfitriãs de turismo exercia algum tipo de influência sobre as interações sexuais entre as pessoas. O cenário turístico não parece ser visível como fator a ser considerado na dinâmica das cenas sexuais e na vulnerabilidade às DST/HIV da população local. ▪ Além das dificuldades de implementação, os profissionais não tinham como prática, o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV.

(continua)

(continuação)

CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	TEMA CENTRAL: GESTÃO DA SAÚDE
E8	<p>Local da pesquisa: Brasil</p> <p>Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2006</p> <p>Objeto de estudo: Resposta brasileira à epidemia de aids em relação às metas estabelecidas para 2015</p> <p>HIV: NA</p> <p>Faixa etária: NA</p>	<p>Taxonomia: Baixa articulação entre os gestores de saúde, associada à desarticulação entre monitoramento, avaliação de programas e definição de políticas e à insuficiência das ações de prevenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de atividades para os conselheiros municipais de saúde ou de educação, indicando baixa articulação entre gestores, nos espaços de formulação, pactuação e controle social das políticas de saúde. ▪ Desarticulação entre monitoramento e avaliação das ações programáticas no âmbito estadual e na tomada de decisões na condução da política estadual de DST/AIDS. Isto pode dificultar maior assertividade e efetividade dos processos de negociação política nos municípios e conselhos de saúde, e nos fóruns interinstitucionais, com setores externos à área da saúde, e nas ONGs. ▪ As informações disponíveis sobre as atividades de prevenção são insuficientes e a tomada de decisão pelos gestores nas diferentes esferas governamentais é, por vezes, contraditória, tornando precário o monitoramento das ações.
		<p>Taxonomia: Prioridade das ações assistenciais em relação às de prevenção nos serviços públicos de saúde e no controle social, associada à falta de diagnóstico situacional sobre as DST, à falta ou inadequação do planejamento das ações de prevenção e controle e à exclusão de grupos populacionais específicos das ações de prevenção e diagnóstico do HIV</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Primeiro se organiza a assistência e depois a prevenção. ▪ Pouco ativismo pelo “direito à prevenção”: o direito à prevenção ainda está pouco pautado nas agendas dos movimentos sociais e nas instâncias colegiadas de controle social (mobilização pelo acesso aos insumos de prevenção, como preservativos e seringas; acesso à informação, à educação ou ao aconselhamento de qualidade, acesso ao tratamento de qualidade das DST e às ações que promovam a saúde sexual e reprodutiva). ▪ Falta informação sobre casos de DST, observar e analisar a qualidade das ações governamentais da prevenção, e interpretação das mudanças nos planos individual e coletivo. ▪ Faltam trabalhos junto às populações migrantes, itinerantes e ações desenvolvidas no setor privado (educação, saúde, e empresas não organizadas no Conselho Empresarial). ▪ Falta incorporação do teste anti-HIV para as mulheres não gestantes
		<p>Taxonomia: Falta de capacitação para desenvolver ações de aconselhamento, associada à falta de profissionais nas equipes de prevenção</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nem sempre o aconselhamento é um momento democrático de discussão personalizada sobre dúvidas, riscos, atitudes e contextos sociais; muitas vezes, é prática de saúde ignorada, banalizada ou realizada sem fundamentação teórica nos SAE ou na rede básica. ▪ Houve programas sem equipe de prevenção ou equipe constituída por apenas uma pessoa.

(continua)

(continuação)

CÓDIGO	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	TEMA CENTRAL: GESTÃO DA SAÚDE
E12	Local da pesquisa: Teresina, Piauí Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2006 População: 13 mulheres HIV: NE Faixa etária: 20-49 anos	Taxonomia: Não abordagem das relações de gênero nas ações de promoção e prevenção, associada à falta de acesso à informação, à falta de vínculo entre as mulheres e os profissionais de saúde e à concepção de risco nas ações de prevenção <ul style="list-style-type: none"> Os profissionais de saúde não abordam relações de gênero nas ações de prevenção. Dentre as principais fontes de informação sobre o HIV/aids, identificou-se a TV como a principal, seguida da escola e, por último, a unidade básica de saúde. Algumas mulheres relataram não ter tido nenhuma informação sobre HIV/aids na unidade de saúde do bairro onde viviam ou relataram não conhecer o trabalho do PSF, em relação à prevenção do HIV/aids. Ausência de integração entre a comunidade e a equipe de PSF, o que se evidencia na falha de adesão ao programa, e nas atividades educativas. Os profissionais de saúde consideram que não é necessário o uso do preservativo em mulheres casadas ou com parceiro único.
E14	Local da pesquisa: Brasil Ano de desenvolvimento da pesquisa: 2003 População: 63 enfermeiros; 41 ginecologistas HIV: NA Faixa etária: NA	Taxonomia: Planejamento das ações de prevenção que exclui mulheres não grávidas, associado às atividades de aconselhamento vinculadas aos grupos de risco, além da percepção negativa do aconselhamento pelos profissionais e a não realização do aconselhamento e inadequação das instalações dos serviços de saúde para a realização do aconselhamento <ul style="list-style-type: none"> As ações de prevenção são dirigidas a prevenir a transmissão materno-infantil do HIV. Os médicos tiveram um discurso normatizador sobre o aconselhamento; pouco envolvimento com a complexidade da temática, o aconselhamento voltava-se apenas a pessoas consideradas de risco ou limitava-se à informações sobre diagnóstico e tratamento. O aconselhamento é considerado como um ato desagradável, tanto para a mulher que está sujeita a realizar o teste anti-HIV quanto para o profissional que o realiza. Mas, geralmente, os enfermeiros não aconselhavam, inclusive antes do teste anti-HIV, e não discutiam situações de risco. Os profissionais de saúde devolvem à paciente a responsabilidade de sua saúde, enfatizando a necessidade de adotar determinados comportamentos: uso sistemático e correto do preservativo. A grande maioria das unidades de saúde não possui sala específica para o aconselhamento e o atendimento ocorre sem privacidade.
E15	Local da pesquisa: Brasil Ano de desenvolvimento da pesquisa: 1998 População: 09 médicos; 10 mulheres HIV: (+) (das mulheres) Faixa etária: 23-48 anos	Taxonomia: Concepção de “risco” pelos profissionais e mulheres, associada à não percepção da vulnerabilidade ao HIV <ul style="list-style-type: none"> Os médicos afirmaram que, quando solicitavam o teste para a detecção do HIV, fazia diferença entre homens e mulheres e afirmavam privilegiar as gestantes.
E16	Local da pesquisa: São Paulo Ano de desenvolvimento da pesquisa: 1996 Objeto de estudo: Ações sobre HIV em um CTA HIV: NA Faixa etária: NA	Taxonomia: Falta de coordenação entre os serviços públicos, associada à não satisfação das necessidades de saúde do usuário <ul style="list-style-type: none"> Há falta de comunicação entre os serviços públicos, o que gerou peregrinação dos usuários pela rede pública. Há uma rede informal de divulgação sobre o tipo de atendimento oferecido pelo Centro de Atenção e Aconselhamento em AIDS/DST, uma vez que os usuários manifestaram conhecer o serviço por meio do “boca a boca”.

(conclusão)

Como destacado na Introdução deste estudo, as ações programáticas relacionadas ao HIV/aids são integradas ao conjunto de ações da Atenção Básica à Saúde, adotando-se o conceito de vulnerabilidade como instrumento norteador das ações de prevenção (Brasil, 2006). Contudo, os elementos de vulnerabilidade, apresentados no Quadro 10, trazem à luz diferentes limitações para operacionalizar o conceito de vulnerabilidade nesse âmbito de Atenção, além de limitações quanto ao cumprimento das diretrizes de Prevenção das DST/Aids entre as mulheres na Atenção Básica. Dado que esta tem como diretrizes considerar o sujeito na sua integralidade e em sua inserção sociocultural, as atividades rotineiras de atenção à saúde da mulher devem incorporá-las (Brasil, 2002, 2012b).

Segundo as diretrizes para políticas públicas sobre HIV/aids, dirigidas às mulheres, o atendimento deve abranger tanto a promoção e a prevenção, quanto o diagnóstico e o tratamento (Brasil, 2002, 2012b). No entanto, segundo os estudos, os profissionais de saúde priorizam as ações assistenciais, sendo cobrados por parte dos gestores para cumprir metas quantitativas, à exemplo do número de consultas individuais. Desta maneira, as ações de prevenção ficam deslocadas a um segundo plano, conforme apresentado no Quadro 10. Isso, talvez, porque a resposta brasileira à aids é mensurada com base em metas quantitativas, sendo que as referentes à prevenção dizem respeito à disponibilização gratuita de preservativo, masculino e feminino, e gel lubrificante, pelos serviços de saúde e pelas organizações parceiras da sociedade civil. A avaliação da resposta brasileira à aids, também, inclui porcentagem de pessoas com conhecimento adequado sobre formas de prevenção e transmissão, e porcentagem de pessoas com mais de um parceiro nos últimos 12 meses, dentre outros (Brasil, 2012c). No entanto, apenas estas não são suficientes para aprimorar as ações de prevenção na população feminina, pois a limitada incorporação do contexto sociocultural na análise da transmissão das DST/HIV, obstaculiza o seu sucesso (Ayres et al., 2006).

A priorização de ações voltadas ao diagnóstico do HIV na mulher grávida e a prevenção da transmissão vertical do vírus, conforme identificado pelos estudos, pode dever-se, também, ao fato de que, dentre os indicadores que mensuram a resposta brasileira ao HIV/aids, um diz respeito à eliminação da transmissão vertical do HIV e, outro, à redução das mortes maternas em decorrência da aids. Contudo, isso pode favorecer o descuido dos profissionais em relação à prevenção das DST/HIV nas

mulheres, em diferentes fases da vida, o que pode ter favorecido o fenômeno de feminização da epidemia do HIV/aids (Brasil, 2011c, 2012c).

Considerando que, para o enfrentamento da feminização da epidemia da aids, e também em relação às DST, o papel da Atenção Básica, através da Saúde da Família, é estratégico, as equipes devem desenvolver ações, garantindo sua continuidade, além da longitudinalidade do cuidado, em parceria com serviços da comunidade, visando a intersetorialidade, visando o estabelecimento de um processo contínuo de educação. Ainda, a equipe deve inserir, de forma transversal, ações de prevenção das DST/HIV nas diferentes atividades realizadas, como acolhimento, atividades em grupo, planejamento familiar, pré-natal, etc. (Brasil, 2002; Plano..., 2008). Não obstante, os estudos indicaram que há limitada incorporação de questões de DST/HIV de forma transversal, nos projetos de educação permanente e há limitações para desenvolver trabalho intersetorial entre os setores de saúde e de educação. Ainda, há descontinuidade no cuidado, talvez, pela alta rotatividade dos profissionais que, por sua vez, dificulta o estabelecimento de vínculo com a população e a longitudinalidade do cuidado.

As estratégias de prevenção das DST/aids em mulheres enfatizam a realização do aconselhamento para esse grupo populacional, nos serviços de planejamento familiar, no pré-natal e no atendimento ginecológico, dentre outros, com a finalidade de abordar, além de formas de prevenção e transmissão das DST/HIV, aspectos relacionados à sexualidade feminina. Para tanto, é necessário proceder à abordagem de gênero, e sobre a percepção da vulnerabilidade feminina e prevenção das DST/aids, nos treinamentos das equipes de saúde. Ainda, enfatiza-se a utilização de estratégias de educação de pares, amplamente utilizada nos projetos de prevenção com usuários de drogas, profissionais do sexo, mulheres soropositivas ao HIV, dentre outros grupos. Também, coloca-se a necessidade de identificar populações vulneráveis ao HIV/aids na área de abrangência da ESF e promover a sua redução (Brasil, 2002, 2006). As dificuldades dos profissionais, conforme apontado nos estudos, em abordar queixas sexuais; em incorporar a noção de direitos sexuais e reprodutivos nas práticas de prevenção, como no aconselhamento; em adotar o conceito de vulnerabilidade ao invés de *grupos de risco* para planejar as ações de prevenção; além das limitações para realizar o aconselhamento e ações de prevenção continuamente,, indicam as dificuldades para operacionalizar as estratégias de prevenção das DST/HIV e para afirmar a Atenção Básica como principal porta de entrada no sistema de saúde.

A partir do exposto, verificam-se diferentes limitações para a operacionalização das ações de prevenção de DST/HIV. Segundo Cirino (2011), a excessiva demanda dos programas, considerados prioritários da ESF, como o programa de hipertensão, o programa de diabetes, o programa de saúde infantil e o de gestantes, apresentam-se como entraves para o processo de trabalho da ESF com relação ao desenvolvimento de ações de prevenção ao HIV/aids, uma vez que termina por gerar sobrecarga de trabalho.

Assim, afirma-se que, apesar dos importantes avanços nas ações de prevenção das DST/HIV na população feminina, ainda há desafios a serem superados. Contudo, considera-se que a ESF tem potencialidade para tal, dado seu foco de atenção na família, o que favorece a consecução do princípio da longitudinalidade e da integralidade do cuidado.

7.1.2 SEGUNDA ETAPA: seleção dos Marcadores e construção dos Instrumentos de Marcadores de Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV

Seleção e construção dos Marcadores

Na sessão anterior, apresentou-se a *associação* dos elementos da vulnerabilidade de mulheres ao HIV em forma de taxonomias, para proporcionar uma visão mais clara sobre as diversas teias de *associações* desses elementos. Para a seleção dos marcadores, os elementos da vulnerabilidade foram desprovidos dessa *associação*, com a finalidade de selecionar marcadores que sejam operacionalizáveis na Atenção Básica e que facilitem aos profissionais de saúde captar os elementos que atuam nos contextos de vulnerabilidade.

Para a seleção dos marcadores, inicialmente, agruparam-se os elementos de vulnerabilidade às DST/HIV, segundo sua semelhança e, posteriormente, identificou-se um termo que abrangeu o conjunto dos elementos de vulnerabilidade agrupados, denominando-o de “marcador”. Os elementos de vulnerabilidade que o constituíram foram denominados “componentes do marcador”. Seguindo esse processo identificaram-se quatro marcadores:

- Não abertura no relacionamento para discutir sobre o uso do preservativo
- Desconsideração ou não reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV

- Dificuldades de acesso às ações e meios de prevenção
- Débil ativismo na defesa dos direitos à prevenção.

Conforme apresentado no Quadro 11, para a definição da primeira versão dos marcadores, a pesquisadora e a Orientadora do estudo, avaliaram os componentes seguindo os critérios: 1) ser passíveis de mensuração prospectiva; 2) ter relevância na construção da vulnerabilidade feminina às DST/HIV, isto é, maior potencial para gerar vulnerabilidade às DST/HIV e, 3) ser passível de ser utilizado pelos profissionais de saúde da Atenção Básica, a partir do trabalho intersetorial e interdisciplinar (Campbell et al., 2003).

Quadro 11 – Primeira versão dos Marcadores de vulnerabilidade às DST/HIV, segundo critérios de seleção. São Paulo – 2012

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	1	2	3
Marcador 1 (M1): Não abertura no relacionamento para discutir sobre o uso do preservativo			
O parceiro nega-se a usar o preservativo	✓	✓	✓
Não negociação do uso do preservativo por relacioná-lo à promiscuidade	✓	✓	✓
A mulher não negocia o uso do preservativo pelo medo de sofrer violência física ou psicológica	✓	✓	✓
A mulher se sente limitada, pelas normas de gênero, em participar ativamente na sua vida sexual e reprodutiva	✓	✓	✓
A própria mulher ou pessoas de seu entorno social possuem preconceito com a mulher que porta preservativo em seus pertences pessoais	✓	✓	✓
A mulher desconhece as formas de transmissão e de prevenção às DST/HIV, o que favorece sua atitude passiva	✓	✓	✓
A mulher desconhece a situação da saúde sexual do parceiro/companheiro	✓	✓	✓
A mulher não exige usar o preservativo para não decepcionar o parceiro	✓	✓	✓
Marcador 2 (M2): Desconsideração ou não reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV			
A mulher naturaliza a múltipla parceria do companheiro ou possui insegurança sobre a mesma	✓	✓	✓
A mulher associa infecção por DST/HIV a “grupos de risco” e “proteção” a relacionamentos estáveis	✓	✓	✓
A mulher alterna entre períodos de exigência do uso e do não uso de preservativo	✓	✓	✓
A mulher se submete(eu) a relacionamento sexual desprotegido com parceiro desconhecido, seja por coerção ou pela dependência econômica do homem	✓	✓	✓
A mulher não tem acesso à informação sobre ações de prevenção do HIV	✓	✓	✓
A mulher desconsidera o uso do preservativo pelo desejo de ter filhos	✓	✓	✓
A mulher desconsidera o uso do preservativo, embora tenha apresentado quadros anteriores de DST	✓	✓	✓

(continua)

(continua)

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	1	2	3
A mulher manifesta barreiras culturais que limitam ações efetivas de prevenção relacionadas a: relações de gênero, relações entre gerações, normas e crenças religiosas ou normas sociais.	✓	✓	✓
Marcador 3 (M3): Dificuldades de acesso às ações e meios de prevenção			
Ações de prevenção são esporádicas (carnaval, dia internacional da aids, etc.)	✓	✓	✓
O Programa Saúde da Mulher está centrado na gestante	✓	✓	✓
Ações de intervenção excluem alguns grupos populacionais, como mulheres não consideradas nos “grupos de risco” e migrantes	✓	✓	✓
Diretrizes do PSF focalizam a organização dos recursos e da atenção em função das prioridades de agravos e grupos de maior risco.	✓	✓	✓
Ações de prevenção desenvolvidas sob o conceito de “risco”.	✓	✓	✓
Atendimento quinzenal da unidade de saúde	✓	✓	✓
Dificuldade dos Agentes Comunitários de Saúde para abordar queixas sexuais	✓	✓	✓
Não reconhecimento do cenário turístico, pelos profissionais de saúde, como aspecto a ser considerado na dinâmica da vulnerabilidade às DST/HIV da população local	✓	✓	✓
O aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV não é realizado pelos profissionais da saúde	✓	✓	✓
Maior valorização das ações “curativas (assistenciais)” frente às “preventivas” pelos profissionais da saúde (ex. aconselhamento)	✓	✓	✓
As ações de prevenção não são integrais, multi/intersetoriais e multi/interdisciplinares	✓	✓	✓
Falta de incorporação das questões de DST/HIV de forma transversal, nos projetos de educação permanente	✓	✓	✓
Falta de recursos físicos ou humanos para a realização do aconselhamento	✓	✓	✓
Não preocupação com a criação de vínculo com a usuária	✓	✓	✓
As ações de prevenção são planejadas sem conhecer as vulnerabilidades das mulheres às DST/HIV	✓	✓	✓
Marcador 4 (M4): Débil ativismo na defesa do direito à prevenção			
O direito à prevenção está pouco pautado nas agendas dos movimentos sociais e nas instâncias colegiadas de controle social	✓	✓	x
O direito à prevenção está pouco pautado nas agendas das instâncias colegiadas de controle social	✓	✓	x
Ausência do controle social nas políticas locais em DST/Aids	✓	✓	x

(conclusão)

Legenda

- 1: ser passíveis de mensuração prospectiva
- 2: ter relevância na construção da vulnerabilidade feminina ao HIV, isto é, maior potencial para gerar vulnerabilidade às DST/HIV
- 3: ser passível de ser utilizado pelos profissionais de saúde da Atenção Primária, a partir do trabalho intersetorial e interdisciplinar

Considerou-se que todos os componentes dos marcadores M1, M2 e M3 satisfizeram os critérios de seleção. Para três componentes do marcador M4, considerou-se que não poderiam ser utilizados pelos profissionais de saúde da Atenção Básica à Saúde. Contudo, decidiu-se mantê-los e submetê-los à avaliação dos Especialistas para sugestões quanto à sua inclusão, modificação ou exclusão.

Elaboração dos instrumentos

A construção de cada marcador de vulnerabilidade das mulheres às DST/HIV orientou-se pela construção conceitual, denominada **Manual Operacional**. Conforme McGlynn e Asch (1998), o Manual Operacional, compreende: o quê se avalia, como deve ocorrer a coleta de informações e sua mensuração. A finalidade deste construto é uniformizar a avaliação da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV e obter legitimidade da representação dos dados.

Além do Manual Operacional, elaborou-se uma **Planilha de Avaliação** e um **Instrumento para Validação de Conteúdo**.

Manual Operacional (Apêndice 2-5)

Este instrumento, nomeado de Instrumento n° 1, foi elaborado tendo em consideração:

- **Nome do Marcador e código de identificação:** cada um dos quatro marcadores foi identificado com um código: M1, M2, M3 e M4, respectivamente.
- **Descrição:** enuncia e justifica o aspecto a ser avaliado e sua importância para determinar a vulnerabilidade de mulheres ao HIV (porque avaliar).
- **Tipo de marcador:** identifica se é marcador referente à vulnerabilidade individual, social ou programática.
- **Fontes de informação:** explicita a forma de coleta de dados, necessária para a mensuração de cada marcador, definida segundo critérios que propiciem maior fidedignidade e ou acessibilidade possível. De acordo com o tipo de indicador, as fontes podem ser entrevistas, discussões sobre o tema em grupos focais e revisão de documentos, como relatório de atividades.

- **CrITÉrios de avaliação:** descreve como o dado deve ser coletado e qualificado. Os critérios foram padronizados em Presente (P), Não presente (NP) e Não se Aplica (NA).

A Planilha de Avaliação (Apêndice 6-9)

Este instrumento, nomeado Instrumento nº 2, foi elaborado considerando:

- **Nome do Marcador e código de identificação**
- **Código do componente do marcador:** todos os componentes de cada marcador receberam um código representado pelo número do marcador, seguido de uma letra. Ex. 1A, 1B, 1C, ou 2A, 2B, 2C, etc.
- **Componente do marcador:** cada marcador foi constituído por mais de um componente.
- **CrITÉrios para avaliação:** espaço para registrar se o componente estava Presente (P), Não presente (NP) ou Não se aplica (NA) no contexto social das mulheres que estão sendo avaliadas, de forma a identificar sua vulnerabilidade às DST/HIV.
- **Observações:** espaço destinado ao registro de informação que o profissional de saúde, que aplica o instrumento, considere importante para entender a vulnerabilidade da mulher que está avaliando.

Instrumento para a Validação de Conteúdo (Apêndice 10-13)

Nomeado de Instrumento nº 3, esteve voltado ao registro das avaliações dos Especialistas, com relação aos Instrumentos nº 1 e nº 2. Apresenta-se dividido em três partes: a primeira, para avaliar os aspectos considerados no Manual Operacional (Instrumento nº 1); a segunda, para avaliar o conjunto dos atributos do marcador e, a terceira, para avaliar os atributos e a relevância de cada componente do marcador, que consta na Planilha de Avaliação de cada marcador (Instrumento nº 2).

Conforme mencionado na seção anterior, junto com os instrumentos, os Especialistas receberam um documento de *Instruções Gerais* sobre os procedimentos a serem seguidos para a validação dos instrumentos (Apêndice 14).

7.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DOS INSTRUMENTOS DOS MARCADORES DE VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS DST/HIV

7.2.1 Caracterização do Grupo de Especialistas

O Grupo de Especialistas que participou da 1ª e 2ª fases da validação dos marcadores esteve constituído por cinco enfermeiras e um médico, com alto grau de conhecimento sobre o conceito de vulnerabilidade, sobre promoção da saúde, construção de indicadores ou com experiência em avaliação das práticas de prevenção em DST/HIV. Na terceira fase da validação participaram cinco Especialistas, uma vez que uma enfermeira teve limitações acadêmicas que a impediram de participar. Os campos de atuação de tais profissionais correspondem àqueles fundamentais na prevenção e controle das DST/HIV, seja na área da pesquisa (acadêmica), na prática ou na regulamentação e esta pluralidade favoreceu diferentes ângulos de análise dos marcadores. Cabe ressaltar que foram convidadas quatro enfermeiras de UBS, mas que não aceitaram participar do estudo devido a compromisso assumido com outras pesquisas.

7.2.2 Julgamento dos Instrumentos

Os Especialistas avaliaram os Instrumentos nº 1 e nº 2 de cada marcador, utilizando-se, para tal, do Instrumento nº 3 (Apêndice 10-13), na 1ª Fase, e do Instrumento nº 3 modificado, na 3ª Fase. Tal etapa tinha a finalidade de validar os Instrumentos nº 1 e nº 2.

Na 2ª Fase, os Especialistas discutiram observações levantadas na 1ª Fase e tomaram decisões quanto à inclusão ou modificação dos marcadores. Não foi necessário fazer uso do Instrumento nº 3, já que esta Fase ocorreu em grupo.

A partir das sugestões dos Especialistas durante a 1ª, 2ª e 3ª Fase da validação foram feitas as seguintes mudanças:

- Exclusão do Marcador nº 4, referente a *Débil ativismo na defesa do direito à prevenção*, pois considerou-se que tinha pouca aplicabilidade na Atenção Básica, no âmbito dos serviços de saúde (Apêndice 23).
- Exclusão de alguns componentes dos marcadores, uma vez que se considerou que, em alguns casos, diziam ao respeito a um mesmo elemento da

vulnerabilidade (já contido em outro marcador) ou tinham pouca aplicabilidade para ações na Atenção Básica (Apêndice 23-24).

- Sugestão para incluir um novo marcador, considerado importante para diminuir a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na Atenção Básica, nomeado como “*Reconhecimento da mulher como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos*” (como foi elaborado após a 2ª Fase da avaliação, este marcador foi avaliado, unicamente, na 3ª Fase).
- Desdobramento do Marcador nº 2, que dizia respeito à *Desconsideração ou não reconhecimento da vulnerabilidade às DST/HIV* em dois marcadores: *Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV* e *Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV*.

Esse processo fez resultar, portanto, um total de cinco marcadores (Apêndice 18-22)

Com relação ao *Manual Operacional* (Apêndice 2-5), durante a 2ª Fase (ou seja, quando ocorreu a Oficina com todos os Especialistas) foram feitas sugestões para tornar os instrumentos de mais fácil manejo:

- Exclusão do item “*Tipo de vulnerabilidade*”, uma vez que se considerou mais importante que o profissional de saúde identifique situações de vulnerabilidade em si, independente de saber a que dimensão da vulnerabilidade se refere
- Recolocação do item referente à “*Descrição*” do marcador, que constava no Manual Operacional, para a Planilha de Avaliação, mas inserido em forma de “*Objetivo*”.
- Consolidação de informações dos *Manuais Operacionais* dos marcadores referentes aos itens: *fontes de informação e critérios para avaliar os dados obtidos sobre o componente*. Isso porque esses itens se repetiam em todos os Manuais Operacionais dos marcadores.

Desta maneira, foi elaborado um único *Manual Operacional* para todos os Marcadores (Apêndice 17), em que se explicam: quais foram os estudos que subsidiaram a construção dos marcadores e qual é a finalidade da aplicação dos marcadores de vulnerabilidade. Ainda, apresentam-se os cinco marcadores e

informações sobre *fontes de informação e critérios para avaliar os dados obtidos sobre o componente*. Este instrumento visa orientar os profissionais de saúde na aplicação dos Instrumentos n° 2 de todos os marcadores (Apêndice 18-22).

Desta maneira, os Marcadores analisados na **1ª Fase** da validação pelos Especialistas foram:

- Não abertura no relacionamento para discutir sobre o uso do preservativo.
- Desconsideração ou não reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV.
- Dificuldades de acesso às ações e meios de prevenção.
- Débil ativismo na defesa do direito à prevenção.

Com as **mudanças sugeridas na 1ª e 2ª Fase** da validação, incluindo modificações no título do marcador, os marcadores que resultaram do processo de validação foram:

- **Marcador 1 (M1):** Abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV
- **Marcador 2 (M2):** Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV
- **Marcador 3 (M3):** Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV
- **Marcador 4 (M4):** Reconhecimento de si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos
- **Marcador 5 (M5):** Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV

O processo de validação constou de:

- 1) Avaliação do **construto operacional do Manual Operacional** referente aos itens: **fontes de informações; critérios para avaliar** os dados obtidos sobre o componente (Instrumento n°1) e, **objetivo** do marcador (*que consta no Instrumento n° 2*)
- 2) Avaliação dos **atributos do conjunto de componentes** do marcador (*que consta no Instrumento n° 2*)
- 3) Avaliação dos **atributos de cada componente** do marcador (*que consta no Instrumento n° 2*)
- 4) **Relevância de cada componente** do marcador (*que consta no Instrumento n° 2*)

7.2.2.1 Avaliação do Construto Operacional

Para o julgamento do construto operacional, os Especialistas responderam, concordando ou discordando (Sim ou Não), cada uma das questões que se seguem:

- **O objetivo:** de cada marcador foi elaborado com clareza, no sentido de entender o quê o indicador mensura e sua importância na prevenção das DST/HIV na população feminina?
- **As fontes de informações:** citadas para a coleta das informações que possibilitam a aplicação do marcador, são suficientes, acessíveis e sem custo?
- **Os critérios para avaliar os dados obtidos sobre o componente:** são claros e permitem a mesma interpretação entre os diferentes profissionais de saúde da Atenção Básica que apliquem o instrumento?

Na Tabela 3 apresenta-se o Consenso de Julgamento referente aos itens *Fontes de Informação* e *Critérios de Avaliação*. Observa-se que, para o item *Fontes de Informação*, obteve-se consenso favorável de todos os Especialistas (100%). Para o item *Critérios de avaliação*, a porcentagem de consenso favorável atingiu o mínimo estabelecido (60%). Para este item, o Especialista que não emitiu julgamento favorável, sugeriu estabelecer um “padrão” de vulnerabilidade, para definir quantos componentes precisariam estar presentes para indicar vulnerabilidade alta, média ou baixa. No entanto, essa sugestão não foi considerada, dado o interesse do pesquisador em identificar os elementos da vulnerabilidade de mulheres e não em reconhecer o grau de vulnerabilidade.

Tabela 3 – Consenso do Julgamento de Especialistas sobre o Construto Operacional dos itens Fontes de informações e Critérios de avaliação. São Paulo – 2012

ITENS	1º FASE	
	n	%
Fontes de Informação		
Sim	6	100,0
Não	--	--
Total	6	100,0
Critérios de avaliação		
Sim	5	83,3
Não	1	16,7
Total	6	100,0

No Quadro 12 apresentam-se as avaliações dos Especialistas com relação ao construto dos objetivos dos cinco marcadores. Destaca-se com sombreado os atributos com consenso favorável (60%). Observa-se que apenas para o marcador M5 se obteve consenso favorável. Para os marcadores M1, M2, M3 e M4, obteve-se apenas 40% de julgamento favorável, em relação à clareza dos objetivos de cada um dos marcadores. Esse valor foi menor do que o estabelecido (60%). Em geral, os Especialistas sugeriram aprimorar a redação dos objetivos de todos os marcadores, de forma a tornar a redação mais clara, com relação ao quê o marcador mensura. Também, apresentaram sugestões para incluir novos objetivos de forma a contemplar todos os componentes do marcador. É necessário esclarecer que os Especialistas, nesse momento, ainda tinham em mãos a listagem de vários objetivos para cada um dos marcadores, elaborados após a 2ª Fase da validação, e o valor acima mencionado refere-se à avaliação de cada um desses objetivos. Contudo, a partir das sugestões dos Especialistas e nas reuniões do Grupo de Pesquisa, decidiu-se definir um único objetivo para cada marcador, no intuito de torná-lo mais claro e de fácil entendimento. Desta maneira, fica explícito nos componentes do marcador o quê, exatamente, este marcador visa avaliar. Essa decisão também foi tomada pelo fato de que havia marcadores com até quinze componentes. Caso fosse definido um objetivo para cada marcador, seria necessário considerar o mesmo número de objetivos, correndo-se o risco de tornar o instrumento de difícil manejo. Acredita-se que esta mudança, e outras, apresentadas a seguir, qualificaram melhor este item para todos os marcadores.

Para o Marcador M1, considerando a sugestão da 3ª Fase da validação do Especialista 4, que não emitiu julgamento favorável, considerando que não havia relação direta entre o “não uso do preservativo pelo parceiro com justificativa da diminuição do prazer” com a “abertura ou não abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV”, o componente 1A foi realocado para o Marcador M3 (Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV), dada a sua maior pertinência. Com esta mudança foram atendidas as sugestões desse Especialista, acreditando-se que melhor qualifica este item do Marcador M1.

Com relação ao Marcador M2, o Especialista 4 (que emitiu julgamento não favorável) e o Especialista 3 (que emitiu julgamento “em parte”) questionaram sobre a clareza e o por quê se vinculou “a proximidade às DST/HIV à percepção de vulnerabilidade”. A inclusão desse objetivo/componente deveu-se ao fato de que

estudos, identificados em revisão sistemática, evidenciaram que quando a mulher tem, em seu entorno social, algum familiar, amigos ou o companheiro com diagnóstico de alguma DST ou HIV/aids ou, ainda, quando ela própria já apresentou alguma DST (não HIV), isso pode motivá-la, ou não, a considerar-se mais vulnerável para a transmissão do HIV ou de outras DST.

No tocante ao Marcador M3, considerando os comentários dos Especialistas 2 e o Especialista 4 (que emitiram julgamento não favorável), teve alguns componentes realocados no Marcador M2 e um componente do Marcador M1 (1A) foi incluído no Marcador M3.

Para o Marcador M4, não foram apresentadas outras sugestões além das referentes à clareza e à inclusão de novos objetivos. Com relação ao Marcador M5, o Especialista 4, embora com julgamento favorável, indicou que havia sobreposição com o Marcador M3. Contudo, explica-se que o Marcador M5 refere-se às ações de saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde e o Marcador M3 à desconsideração da mulher sobre sua vulnerabilidade.

A versão final do Manual Operacional encontra-se no Apêndice 17.

Item	M1				M2				M3				M4				M5			
	1º Fase		3º Fase		1º Fase		3º Fase		1º Fase		3º Fase		1º Fase		3º Fase		1º Fase		3º Fase	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Objetivo																				
Sim	3	50	2	40			2	40									3	50	3	60
Não	3§*	50	2*¥	40			2¥	40									1	17	--	--
Não respondeu	--	--	--	--			--	--									2	33	1	20
Em parte	--	--	1§	20			1§	20									--	--	1§	20
Total	6	100	5	100			5	100									6	100	5	100
Sugestões	3º Fase				3º Fase				3º Fase				3º Fase				3º Fase			
1º Fase	§Não entendi o significado de: "relação com a promiscuidade".				§Não entendi: experiência de pessoas próximas com DST/HIV.				§Apresento sugestões que podem melhorar a redação dos objetivos. Sugiro a inclusão de outros objetivos, de forma a contemplar todos os componentes.				§Apresento sugestões que podem melhorar a redação dos objetivos. Sugiro a inclusão de outros objetivos, de forma a contemplar todos os componentes.				§Apresento sugestões que podem melhorar a redação dos objetivos. Sugiro a inclusão de outros objetivos, de forma a contemplar todos os componentes.			
3º Fase	* Objeto 1 confuso. Para o objetivo 2, sugiro incluir "propor medidas de prevenção...".				¥Porque vincular a percepção de vulnerabilidade à experiência de proximidade às DST/HIV/aids?				£Tem mais a ver com M2 do que com M3				¤Melhorar a clareza dos objetivos.				¥Embora, com sobreposição com M3			

Legenda: *: Especialista 1; £: Especialista 2; §: Especialista 3; ¥: Especialista 4; ¤: Especialista 5

Quadro 12 – Consenso de julgamento e sugestões apresentadas pelos Especialistas sobre o Construto Operacional do item objetivo dos cinco Marcadores de Vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV. São Paulo – 2012

7.2.2.2 Avaliação dos atributos do conjunto de componentes dos Marcadores de Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV

Para o julgamento dos atributos do conjunto de componentes de cada um dos cinco Marcadores de Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV (M1, M2, M3, M4 e M5) solicitou-se avaliar, com base na escala psicométrica: Não contempla o atributo (1), contempla o atributo, mas requer revisão (2) e contempla o atributo (3), se o conjunto de componentes possibilita que o marcador seja:

- **Atribuível:** reflete a vulnerabilidade às DST/HIV;
- **Acessível:** as informações podem ser acessadas, com mínimo de esforço e sem custo;
- **Comunicável:** a relevância da medida pode ser facilmente explicada e compreendida
- **Preciso:** mede o que se pretende medir, neste caso, a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV
- **Exequível:** a medida é aplicável

Os resultados do julgamento dos atributos do conjunto de componentes dos marcadores (M1, M2, M3, M4 e M5) são apresentados nos Quadros 13 e 14. Observa-se que, para a 1ª Fase da validação, não se apresentam resultados para todos os Marcadores, uma vez que, conforme explicado na metodologia, os Marcadores M2 e M3 resultaram do desdobramento de um dos Marcadores, que foi avaliado na 1ª Fase da validação. Portanto, esses marcadores só foram avaliados na 3ª Fase. O Marcador M4 foi elaborado a partir de sugestão de um dos Especialistas durante a 2ª Fase da validação (Oficina junto aos Especialistas). Destaca-se com sombreado os atributos com consenso favorável (60%).

No Quadro 13, observa-se que o Marcador M1 recebeu julgamento favorável na 1ª Fase da validação. Não obstante, por ser o único marcador nessa situação e devido às mudanças que nele foram realizadas, considerou-se adequado submetê-lo à nova validação, após acatadas as sugestões que visaram seu aprimoramento. O julgamento favorável na 3ª Fase variou de 80% a 100% para os atributos que receberam pontuações de 2 (contempla o atributo, mas requer revisão) ou 3 (contempla o atributo). O

Marcador M5 também obteve consenso favorável em todos os atributos na 3ª Fase da Validação, com valores de 80%.

O Quadro 14 apresenta o julgamento sobre os atributos do conjunto de componentes dos Marcadores M2, M3 e M4. Observa-se que todos os marcadores obtiveram consenso favorável igual ou maior do que foi estabelecido (60%). Com relação ao Marcador M3, mudanças foram feitas para atender às sugestões do Especialista 4, conforme apresentado na seção anterior.

M1	1ª FASE						3ª FASE					
	NR		1		2		NR		1		2	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atributo												
Atribuível	--	--	1	16,6	3¥	50,0	2	33,3	--	--	3	60
Acessível	--	--	1	16,6	1*	16,6	4£	66,6	--	--	3	60
Comunicável	--	--	--	--	2	33,3	4	66,6	--	--	3	60
Preciso	--	--	3	50,0	1	16,6	2	33,3	--	--	3	60
Exequível	--	--	1	16,6	2	33,3	3	50,0	--	--	2 db	40
Sugestões												
db Impossível de mensurar (sobre preciso)												
db Com dificuldade (sobre exequível)												
¥Itens IC e IH questionáveis £Custo baixo *Acessadas e sem custo: conjuntamente não sei. Depende de como será perguntado												
M5	1ª FASE						3ª FASE					
	NR		1		2		NR		1		2	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atributo												
Atribuível	2	33,3	--	--	1	16,6	3	50,0	1	20	--	60
Acessível	2	33,3	--	--	3£	50,0	1	16,6	--	--	1	20
Comunicável	2	33,3	--	--	3£	50,0	1	16,6	--	--	1	20
Preciso	2	33,3	1	16,6	3	50,0	--	--	1	20	--	60
Exequível	2	33,3	2	33,3	2	33,3	--	--	1	20	3db	60
Sugestões												
db Componente 5E requer revisão do texto para eliminar a subjetividade. Componente 3K precisa ser revisado para contemplar a vulnerabilidade (sobre atributo acessível)												
£Componente 5H não se aplica a todas as localidades (sobre o atributo comunicável)												
Sugestões db Com dificuldade												

Legenda: NR: Não respondeu, 1: não contempla o atributo; 2: contempla o atributo, mas requer revisão; 3: contempla o atributo; £: Especialista 2; db: Especialista 5.

Quadro 13 – Julgamento dos Especialistas sobre os atributos do conjunto de componentes dos Marcadores M1 e M5. São Paulo – 2012

Atributo	M2										M3										M4									
	3ª FASE										3ª FASE										3ª FASE									
	NR		1		2		3		NR		1		2		3		NR		1		2		3							
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%						
Atribuível	--	--	1	20	3	60	1	20	--	--	1	20	2	40	2	40	--	--	--	--	--	--	2	40	3	60				
Acessível	--	--	--	--	2	40	3	60	--	--	1	20	1	20	3	60	--	--	--	--	--	--	3	60	2	40				
Comunicável	--	--	--	--	2	40	3	60	--	--	--	--	2	40	3	60	--	--	--	--	--	--	4	80	1	20				
Preciso	--	--	2	40	3	60	--	--	--	--	1	20	3	60	1	20	--	--	1	20	3	60	1	20	1	20				
Exequível	--	--	1	20	1	20	3	60	--	--	--	--	2	40	3	60	--	--	--	--	--	--	3	60	2	40				
Sugestões											Sugestões										Sugestões									
--											Ressalvas quanto às áreas de										--									
											superposição																			

Legenda: NR: Não respondeu, 1: não contempla o atributo; 2: contempla o atributo, mas requer revisão; 3: contempla o atributo; ¥ Especialista 4.

Quadro 14 – Julgamento dos Especialistas sobre os atributos do conjunto de componentes dos Marcadores M2, M3 e M4, São Paulo – 2012

7.2.2.3 Avaliação dos atributos de cada componente dos Marcadores de Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV

Para o julgamento dos atributos de cada componente dos Marcadores de Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV, solicitou-se aos Especialistas avaliar individualmente seus componentes, concordando ou discordando (Sim ou Não), de forma a identificar se atendiam os seguintes atributos:

- **Simplicidade:** expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações
- **Clareza:** utiliza expressões simples e inequívocas
- **Pertinência:** não expressa atributo diferente do definido
- **Precisão:** cada componente é distinto dos demais componentes que cobrem o marcador

O resultado do julgamento dos Especialistas é apresentado nos Quadros 15 a 38, destacando com sombreado os atributos com consenso favorável (60%). Em cada quadro apresentam-se as modificações do componente no decorrer da validação (1ª e 3ª Fases), bem como a sua versão final, após acatadas as sugestões. Os componentes novos que foram incorporados ao instrumento após a 1ª Fase da validação, receberam codificação diferente dos demais: número do marcador, letra N e a letra de sequência: 1NA, 1NB, 1NC ou 2NA, 2NB, 2NC. Estes foram avaliados somente na 3ª Fase da validação.

Conforme observado nos quadros, as sugestões dos Especialistas, com relação aos componentes, consistiram em melhorar a redação ou realocar componentes que não expressavam o marcador, compondo outro com o qual mais se relacionava. Os componentes que foram excluídos, a partir da sugestão dos Especialistas ou após análise da pesquisadora e do Grupo de Pesquisa, apresentam-se no Apêndice 23 e 24. Os marcadores que foram realocados em outro componente, mantiveram a mesma codificação para facilitar o reconhecimento da sua procedência.

MARCADOR M1: Abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV

O resultado do julgamento dos Especialistas, com relação aos atributos dos componentes do Marcador M1 é apresentado nos Quadros 15 e 16. Este Marcador foi submetido à 1ª Fase da validação com oito componentes (1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1G, 1H) e na 3ª Fase da validação com sete componentes (1A, 1F, 1G, 1H, 1E, 1NA, 1NB). A partir da sugestão dos Especialistas, na 1ª, 2ª ou 3ª Fase da validação, foram excluídos quatro componentes (1B, 1C, 1D, 1E). Na 3ª Fase da validação, dois componentes foram realocados no Marcador M2 (1G e 1H) e um no Marcador M3 (1A). Resultando em instrumento composto por três componentes (Apêndice 18).

Observa-se que os componentes 1NA e 1NB obtiveram 60% a 100% de consenso favorável dos Especialistas segundo seus atributos. O componente 1F atingiu a porcentagem de consenso favorável na 3ª Fase da validação. As sugestões apresentadas pelos Especialistas para todos os componentes foram incorporadas. Com relação ao comentário do Especialista 4, para o componente 1F, sobre a dificuldade para obter informação a respeito do componente e dificuldade para interpretá-la, entende-se que a vulnerabilidade às DST/HIV, por estar intimamente relacionada à sexualidade da mulher e a aspectos do relacionamento com o companheiro, apresenta subjetividades que não são de fácil captação. Por isso, acredita-se que os profissionais da Atenção Básica, dada a longitudinalidade do cuidado, têm potencial para a criação de vínculo com a mulher e proporcionar espaços de trocas sobre temas de sexualidade.

VALIDAÇÃO	3ª FASE						3ª FASE					
	3ª FASE						3ª FASE					
	1NA: A mulher sente-se limitada e não tem iniciativa para discutir sobre a transmissão e prevenção das DST/HIV (indagar por agressão física, psicológica, vivência de papéis rígidos de gênero, outros)						1NB: A mulher sente-se limitada para propor o uso do preservativo masculino ou feminino (indagar por agressão física, psicológica, abandono, vivência de papéis rígidos de gênero, temor que o(a) parceiro(a) julgue que tem outros relacionamentos)					
ATRIBUTOS	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
	Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simplicidade	4	80	1*	20	--	--	5§	100	--	--	--	--
Clareza	3§£	60	2db*	40	--	--	5	100	--	--	--	--
Pertinência	5	100	--	--	--	--	4	80	--	--	1	20
Precisão	3	60	2	40	--	--	4	80	1	20	--	--
OBSERVAÇÃO												
db Poderia trocar: “não tem iniciativa para” por “não consegue”.												
* “Não tem iniciativa”, creio que é mais “tem dificuldade para [...]”												
§ Eliminar o conteúdo do parêntese. O conteúdo escrito entre parênteses deverá ser desenvolvido em outra etapa da pesquisa, que requer a “translação” de cada componente do marcador em uma pergunta a ser feita às mulheres												
£ Eliminar o conteúdo do parêntese.												
SUGESTÃO:												
§ A mulher sente dificuldade para iniciar conversa sobre a transmissão e prevenção das DST/HIV												
Versão final 1NB: A mulher sente dificuldade em propor o uso do preservativo masculino ou feminino												
Versão final 1NA: A mulher sente dificuldade para iniciar conversa sobre a transmissão e prevenção das DST/HIV												

Legenda: *Especialista 1; § Especialista 2; £ Especialista 3; db Especialista 5.

Quadro 15 – Julgamento dos atributos dos componentes 1NA e 1NB do Marcador M1: Abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO	1ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE	1F: A própria mulher ou pessoas de seu entorno social possuem preconceito com a mulher que porta preservativo na bolsa						1F: A própria mulher possui preconceitos com mulheres que portam preservativo cotidianamente					
ATRIBUTOS	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
	Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	4	66,7	1£	16,7	1	0,0	4db	80	1¥	20	--	--
	3	50,0	2db	33,3	1	16,7	4	80	1*¥	20	--	--
	5	83,3	0	0,0	1	16,7	4	80	--	--	1	20
Precisão	2	33,3	3¥*	50,0	1	16,7	3	60	2	40	--	--
OBSERVAÇÃO	£Própria mulher ou outras pessoas: são coisas distintas. Precisa avaliar separadamente o que é pertinente à mulher ou às pessoas dbNão está definido nem medido o que é preconceito. Pode ser muito diferente nas várias regiões do país. ¥"A própria mulher e seu entorno" tem significados muito diversos. Confunde-se em larga medida com IE. *Está muito ligado ao IE. O que são normas de gênero? Como será perguntado à mulher?						OBSERVAÇÃO dbTrocar "a própria mulher" por "as mulheres" ¥Não é uma informação fácil de obter e de ser interpretada *Ao invés de "possui", colocar "demonstra" ou "expressa" SUGESTÃO: §A mulher tem preconceito em relação às mulheres que portam preservativo, cotidianamente.					
Versão final 1F: A mulher manifesta preconceito em relação às mulheres que portam preservativo, cotidianamente.												

Legenda: *: Especialista 1; £: Especialista 2; §: Especialista 3; ¥: Especialista 4; db: Especialista 5.

Quadro 16 – Julgamento dos atributos do componente 1F do Marcador M1: Abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012

MARCADOR M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV

Os resultados do julgamento dos Especialistas, com relação aos atributos dos componentes do Marcador M2 apresentam-se nos Quadros 17 a 22. Este Marcador foi submetido à 3ª Fase da validação com dois componentes (2G, 2E). A partir da sugestão dos Especialistas, quatro componentes vindos de outros marcadores foram incorporados: 1G, 1H, 3B, 3NA, 3NC, 3ND, assim como dois componentes novos: a mulher sabe que o companheiro é soropositivo ao HIV (2NA) e a mulher sabe que o companheiro tem múltiplos parceiros (2NB). Contudo, dado que 1G e 2E diziam respeito ao mesmo tema, excluiu-se o componente 1G (Apêndice 24), resultando em um marcador com nove componentes (Apêndice 19).

Observa-se que, para os componentes 1H, 2G, 2E e 3NA houve consenso favorável dos Especialistas de 60% a 100%. O componente 3B recebeu 20% no atributo precisão, contudo, os motivos apresentados por dois Especialistas referiam-se a este estar mais relacionado à percepção do que com a desconsideração. Como este componente integrava o Marcador M3 (sobre desconsideração), e foi realocado para este Marcador (que trata sobre percepção), entende-se que as sugestões de mudança dos Especialistas foram atendidas. A mesma situação foi observada no componente 3ND, que recebeu 20% e 40% de consenso favorável, para pertinência e precisão, respectivamente, e no componente 3NC, que obteve 40% no atributo precisão. Mas, ao serem realocados para este marcador, atenderam-se as sugestões de mudanças dos três Especialistas. Desta maneira, acredita-se que melhor foram qualificados os componentes 3B, 3ND e 3NC. Outras sugestões, quanto à clareza dos componentes deste marcador, conforme apresentadas nos quadros, foram acatadas.

VALIDAÇÃO	1ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE	1H: A mulher desconhece a situação da saúde sexual do parceiro/companheiro						1H: A mulher desconhece se o parceiro/companheiro é portador de DST/HIV					
ATRIBUTOS	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
	Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simplicidade	3	50,0	2	50,0	1	16,7	4	80	--	--	1	20
Clareza	4	66,6	1	16,6	1	16,7	4	80	--	--	1	20
Pertinência	4	66,6	1	16,6	1	16,7	3	60	--	--	2	40
Precisão	5	83,3	--	--	1	16,7	3	60	--	--	2	40
OBSERVAÇÃO	db O quesito apresenta redação confusa e o que é relevante trata-se da condição de portador de DST/HIV. ¥ Porque desconhece? Não pertinente. Falta uma opção sobre o não interesse da mulher em usar o preservativo.						OBSERVAÇÃO § Considero que o 1H não é componente do M1. Sugiro que integre o M2. ¥ O desconhecimento da condição sorológica do parceiro em si, não indica aumento ou diminuição da vulnerabilidade, especialmente em mulheres com relações não estáveis.					
Versão final 1H: A mulher desconhece se o parceiro/companheiro é portador de DST/HIV												

Legenda: §: Especialista 3; ¥: Especialista 4; db: Especialista 5.

Quadro 17 – Julgamento dos atributos do componente 1H do Marcador M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO	1ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE	2G: A mulher desconsidera o uso do preservativo, embora tenha histórico de quadros anteriores de DST						2G: A mulher desconsidera o uso do preservativo, embora tenha tido experiências anteriores de DST					
ATRIBUTOS	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
	S		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simplicidade	4	66,6	1	16,6	1	16,6	4	80	1	20	--	--
Clareza	3	50,0	2	33,3	1	16,6	3	60	2	40	--	--
Pertinência	4	66,6	1	16,6	1	16,6	4	80	--	--	1	20
Precisão	3	50,0	2	33,3	1	16,6	3	60	2	40	--	--
OBSERVAÇÃO							OBSERVAÇÃO					
--							---					
							SUGESTÃO: £“A mulher desconsidera o uso”, é melhor colocar “a mulher não usa” §A mulher sabe que o uso do preservativo previne a transmissão das DST/HIV, mas não o usa, apesar de já ter contraído algumas DST.					
	Versão final 2G: A mulher desconsidera o uso do preservativo, embora tenha tido experiências anteriores de DST											

Legenda: £: Especialista 2; §: Especialista 3.

Quadro 18 – Julgamento dos atributos do componente 2G do Marcador M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO	1ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE	2E: A mulher não tem acesso à informação sobre ações de prevenção do HIV						2E: A mulher considera não ter conhecimento adequado sobre transmissão e prevenção das DST/HIV					
ATRIBUTOS	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
	Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simplicidade	4	66,6	1	16,6	1	16,6	4	80	1	20	--	--
Clareza	5	83,3	--	--	1	16,6	3	60	2	40	--	--
Pertinência	5*	83,3	--	--	1	16,6	4	80	--	--	1	20
Precisão	4	66,6	1	16,6	1	16,6	4	80	1	20	--	--
OBSERVAÇÃO	OBSERVAÇÃO:											
¥Mistura com o marcador 1	¥Se ela considerar não adequado seu conhecimento, isso não pode estar indicando uma altíssima percepção da vulnerabilidade?											
*Porém, é da dimensão programática	SUGESTÃO:											
	¥Talvez seja melhor julgar percepção de vulnerabilidade por meio de questões mais diretas, do tipo: O que lhe faria sentir-se vulnerável? 1) Nada; 2) Aspectos não relacionados à transmissão (na avaliação do profissional); 3) Proximidade de pessoas com HIV/aids e, 4) Aspectos ligados à dificuldade de acesso a recursos/práticas preventivas ou de acesso a recursos para fazê-lo.											
Versão final 2E: A mulher desconhece ou não tem conhecimento adequado sobre transmissão e prevenção das DST/HIV												

Legenda: *: Especialista 1; ‡: Especialista 4.

Quadro 19 – Julgamento dos atributos do componente 2E do Marcador M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO COMPONENTE	1ª FASE						3ª FASE					
	3B: A mulher associa infecção por DST/HIV a “grupos de risco” e “proteção” a relacionamentos estáveis						3B: A mulher associa DST/HIV aos “grupos de riscos”, e “proteção” aos relacionamentos estáveis					
	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
ATRIBUTOS	Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simplicidade	4	66,6	1	16,6	1	16,6	5	100	--	--	--	--
Clareza	4	66,6	1	16,6	1	16,6	5	100	--	--	--	--
Pertinência	5	83,3	--	--	1	16,6	3	60	1¥	20	1	20
Precisão	5	83,3	--	--	1	16,6	1	20	4£§	80	--	--
OBSERVAÇÃO												
£Está mais relacionado com percepção do que com desconsideração ¥É aspecto de percepção § Está relacionado à percepção SUGESTÃO: §A mulher associa a ocorrência das DST/HIV aos “grupos de risco”, e “proteção” aos relacionamentos estáveis ou A mulher reconhece sua vulnerabilidade às DST/HIV, mas acredita que “com ela não vai acontecer”, pois não tem comportamentos de risco e não pertence aos grupos de risco.												
Versão final 3B: A mulher associa DST/HIV aos “grupos de riscos”, e “proteção” aos relacionamentos estáveis												

Legenda: £: Especialista 2; §: Especialista 3; ¥: Especialista 4.

Quadro 20 – Julgamento dos atributos do componente 3B do Marcador M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO		3ª FASE					
COMPONENTE		3ND: A mulher não se sente vulnerável às DST/HIV					
ATRIBUTOS		Escala psicométrica					
		Sim		Não		Não respondeu	
		n	%	n	%	n	%
Simplicidade		3	60	1	20	1§	20
Clareza		3	60	1	20	1§	20
Pertinência		1	20	2£¥	40	2§	40
Precisão		2	40	2	40	1§	20
OBSERVAÇÃO		OBSERVAÇÃO					
---		£ Sentir-se vulnerável é mais percepção do que desconsideração ¥É percepção §Acredito que deve ser excluído (se o marcador é desconsideração da sua vulnerabilidade às DST/HIV, parto da premissa que ela se reconhece vulnerável, pois só é possível desconsiderar a vulnerabilidade se a reconhecer)					
Versão final 3ND: A mulher não se sente vulnerável às DST/HIV							

Legenda: £: Especialista 2; §: Especialista 3; ¥: Especialista 4.

Quadro 21 – Julgamento dos atributos do componente 3ND do Marcador M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO	3ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE	3NA: A mulher não tem acesso ao preservativo masculino ou feminino						3NC: Desconhecimento ou incerteza quanto aos serviços que oferecem aconselhamento para a prevenção das DST/HIV, quanto à realização do teste anti-HIV na UBS ou quanto à encaminhamentos da UBS para Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA					
ATRIBUTOS	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
	Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	5	100	--	--	--	--	3	60	2	40	--	--
	5*	100	--	--	--	--	3	60	2	40	--	--
Pertinência	3	60	1£	20	1	20	3	60	1£	20	1	20
Precisão	4	80	1£	20	--	--	2	40	3£	60	--	--
OBSERVAÇÃO	£O fato de não ter acesso não pode ser categorizado como “desconsideração” *Como irá perguntar?						OBSERVAÇÃO £Desconhecimento seria mais percepção do que desconsideração SUGESTÃO: §A mulher desconhece ou tem incerteza sobre os serviços de aconselhamento/ prevenção das DST/HIV, quanto à realização do teste anti-HIV na UBS ou quanto a encaminhamentos da UBS para Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA					
Versão final 3NA: A mulher não tem acesso ao preservativo masculino ou feminino e mesmo assim tem relação sexual							Versão final 3NC: Desconhecimento ou incerteza quanto aos serviços que oferecem aconselhamento para a prevenção das DST/HIV, quanto à realização do teste anti-HIV na UBS ou quanto a encaminhamentos da UBS para Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA					

Legenda: *: Especialista 1; £: Especialista 2; §: Especialista 3.

Quadro 22 – Julgamento dos atributos dos componentes 3NA e 3NC do Marcador M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012

MARCADOR M3: Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV

Os resultados do julgamento de Especialistas, com relação aos atributos dos componentes do marcador M3, apresentam-se nos Quadros 23 a 26. Este Marcador foi submetido à 3ª Fase da validação com nove componentes (3A, 3B, 3D, 3F, 3H, 3NA, 3NB, 3NC, 3ND). A partir da sugestão dos Especialistas, o componente 1A foi incorporado neste marcador e os componentes 3B, 3NA e 3ND foram realocados para o marcador M2. Os marcadores 3H, 3NB, 3NC não receberam consenso favorável para o atributo precisão e pertinência, não se apresentaram sugestões, sendo excluídos (Apêndice 24). Desta maneira a versão final do Marcador M3 constou em um instrumento com quatro componentes (Apêndice 20).

Observa-se que os componentes 1A, 3A, 3D e 3F receberam consenso favorável dos Especialistas, que variou de 60% a 100%.

COMPONENTE		1ª FASE						3ª FASE					
		1A: O parceiro nega-se a usar o preservativo						1A: O parceiro nega-se a usar preservativo com a justificativa de diminuição do prazer sexual					
ATRIBUTOS		Escala psicométrica						Escala psicométrica					
		Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simplicidade		4	66,7	2db?	33,3	--	--	5	100	--	--	--	--
Clareza		6*	100,0	--	--	--	--	5	100	--	--	--	--
Pertinência		5	83,3	1db	16,7	--	--	4	80	--	--	1	20
Precisão		3	50,0	1?	16,7	2	33,3	5¥	100	--	--	--	--
OBSERVAÇÃO		db Supõe-se que são perguntas feitas às entrevistadas (mulheres) *Em alguma vez? Nega-se por justificar menos prazer? ? Considero avaliar com a mulher a história do relacionamento (fase em que se encontra) para pactuação do método						OBSERVAÇÃO ¥Precisão para indicar vulnerabilidade, embora não seja preciso para indicar “falta de abertura no relacionamento (M1)”.					
Versão final 1A: O parceiro nega-se a usar preservativo com qualquer justificativa													

Legenda: *Especialista 1; ¥ Especialista 4; db Especialista 5; ? Especialista 6.

Quadro 23 – Julgamento dos atributos do componente 1A do Marcador M3: Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO	1ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE	3A: A mulher naturaliza a múltipla parceria do companheiro ou possui insegurança sobre a mesma						3A: A mulher naturaliza a múltipla parceria do companheiro					
ATRIBUTOS	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
	Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simplicidade	2	33,3	3*	50,0	1	16,7	3	60	2¥	40	--	--
Clareza	3	50,0	2	33,3	1	16,7	3	60	2¥	40	--	--
Pertinência	4	66,7	1	16,7	1	16,7	3	60	1¥	20	1	20
Precisão	4	66,7	1	16,7	1	16,7	3	60	2db	40	--	--
OBSERVAÇÃO	*Não é simples, pois aborda um aspecto delicado e complexo da relação amorosa e sexual						OBSERVAÇÃO					
							do "Naturaliza" pode ser trocado por "acha natural". ¥É aspecto de percepção, de obtenção não simples e de interpretação complexa: naturaliza como? Naturaliza porquê? O que faz com isso, se protege mais?					
							SUGESTÃO: §A mulher aceita a múltipla parceria do companheiro, justificando-a.					
Versão final 3A: A mulher considera natural o fato do companheiro ter múltiplas parceiras												

Legenda: *Especialista 1; § Especialista 3; ¥ Especialista 4; db Especialista 5.

Quadro 24 – Julgamento dos atributos do componente 3A do Marcador M3: Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV.
São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO COMPONENTE	1ª FASE						3ª FASE					
	3F: A mulher desconsidera o uso do preservativo pelo desejo de ter filhos						3F: A mulher desconsidera o uso do preservativo pelo desejo de engravidar					
	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
ATRIBUTOS	Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simplicidade	4	66,6	1	16,6	1	16,6	4	80	1	20	--	--
Clareza	4	66,6	1	16,6	1	16,6	4	80	1*	20	--	--
Pertinência	5	83,3	--	--	1	16,6	4‡	80	--	--	1	20
Precisão	5	83,3	--	--	1	16,6	4	80	1	20	--	--
OBSERVAÇÃO												

OBSERVAÇÃO ‡Talvez fosse interessante qualificar se esse não uso está bem instituído/acompanhado ou não, o que implica em diferentes vulnerabilidades *Desconsidera parece que “não dá valor” SUGESTÃO: §A mulher não usa o preservativo porque deseja engravidar												
Versão final 3F: A desconsideração do uso do preservativo pela mulher, por desejo de engravidar, não é acompanhada pelo serviço de saúde.												

Legenda: *Especialista 1; § Especialista 3; ‡ Especialista 4.

Quadro 25 – Julgamento dos atributos do componente 3F do Marcador M3: Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV.
São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO	1ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE	3D: A mulher se submete(eu) a relacionamento sexual desprotegido com parceiro desconhecido, seja por coerção ou pela dependência econômica do homem						3D: A mulher se submete (eu) a relacionamento sexual desprotegido com parceiro desconhecido: por ocasião ou, por dependência econômica do parceiro					
ATRIBUTOS	Escala psicométrica											
	Sim			Não			Sim			Não		
	n	%		n	%		n	%		n	%	
	2	33,3		2	33,3		4	80		1	20	
	2	33,3		2	33,3		4	80		1	20	
	2	33,3		2	33,3		4	80		--	--	
	2	33,3		2	33,3		3	60		2	40	
OBSERVAÇÃO	OBSERVAÇÃO											
¥Mistura com o marcador 1.												
*Ambíguo												
¥Embora proximidade com aspectos do M1												
Versão final 3D: A mulher se submete (eu) a relacionamento sexual desprotegido com parceiro desconhecido: por ocasião ou, por dependência econômica do parceiro												

Legenda: *Especialista 1; ¥ Especialista 4.

Quadro 26 – Julgamento dos atributos do componente 3D do Marcador M3: Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV.
São Paulo – 2012

MARCADOR M4: Reconhecimento de si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos

Os resultados do julgamento dos Especialistas, com relação aos atributos dos componentes do Marcador M4, apresentam-se nos Quadros 27 e 28. Este Marcador foi submetido à 3ª Fase da validação com nove componentes (4A, 4B, 4C, 4D, 4E, 4F, 4G, 4H, 4I). A partir da sugestão dos Especialistas, os componentes 4A, 4D, 4E, 4G, 4H e 4I foram excluídos. Desta maneira, o marcador validado foi constituído por três componentes (Apêndice 21).

No Quadro 27, observa-se que o componente 4B obteve consenso favorável (60% a 80%) para três dos atributos e consenso não favorável para o atributo Precisão (40%). Contudo, as sugestões apresentadas pelo Especialista 1, que atribuiu julgamento não favorável, sobre a redação do marcador, foram acatadas. O Especialista 4, que também atribuiu julgamento não favorável para este atributo, justificou sua avaliação indicando a dificuldade para obter e interpretar as informações. Conforme destacado anteriormente, todos os aspectos ligados à sexualidade da mulher são subjetivos e acarretam certa dificuldade para sua captação, mas que podem ser facilitadas com a criação de vínculo, entre o profissional de saúde e a mulher.

A mesma situação é observada em relação ao componente 4C, quanto ao julgamento sobre o atributo Precisão (40%), e quanto às sugestões dos Especialistas sobre a redação, que foram acatadas.

O componente 4F foi o único componente que obteve consenso favorável (60% a 80%) pelos Especialistas em todos os atributos.

VALIDAÇÃO COMPONENTE	3ª FASE						3ª FASE					
	4B: A mulher sente-se limitada para manifestar suas carências emotivas de atenção e afeto						4C: A mulher não encontra satisfação no parceiro para suas carências emotivas de atenção e afeto					
ATRIBUTOS	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
	Sim			Não			Sim			Não		
	n	%		n	%		n	%		n	%	
Simplicidade	3	60	2*¥	40	--	--	3£	60	2*¥	40	--	--
Clareza	3	60	2*¥	40	--	--	3£	60	2*¥	40	--	--
Pertinência	4	80	--	--	1	20	4	80	--	--	1	20
Precisão	2	40	3*¥	60	--	--	2	40	3*¥	60	--	--
OBSERVAÇÃO												
¥Informação difícil de obter e, em certos casos, de interpretar												
*A satisfação no parceiro ou na relação? Creio que é mais referido ao segundo												
SUGESTÃO:												
§A mulher sente dificuldades em manifestar suas necessidades emocionais relacionadas à atenção e afeto ao companheiro(a)												
*A mulher sente dificuldade em manifestar suas necessidades emocionais (ou afetivas) relacionadas à atenção e afeto do companheiro												
Versão final 4B: A mulher sente dificuldades em manifestar suas necessidades de atenção e afeto ao companheiro												
Versão final 4C: A mulher não encontra satisfação na relação com o parceiro												

Legenda: *: Especialista 1; §: Especialista 3; ¥: Especialista 4.

Quadro 27 – Julgamento dos atributos dos componentes 4B e 4C do Marcador M4: Reconhecimento de si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos. São Paulo – 2012

Quadro 28 – Julgamento dos atributos do componente 4F do Marcador M4: Reconhecimento de si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos. São Paulo – 2012

3 FASE					
4F: A mulher sente-se mais responsável sobre a sua saúde sexual e reprodutiva do que o parceiro					
Escala psicométrica					
Sim		Não		Não respondeu	
n	%	n	%	n	%
4	80	1*	20	--	--
4	80	1*	20	--	--
3	60	1£	20	1	20
3	60	2*	40	--	--
OBSERVAÇÃO £Não vejo isto como um problema que indique vulnerabilidade, naturalmente cada um é mais responsável por si mesmo do que o outro. *Não entendi. Há maior vulnerabilidade quando ela sente-se mais responsável do que o parceiro? Não creio, por exemplo: trabalhadoras do sexo: maior autonomia, ela usa, sente-se mais responsável					
Versão final 4F: A responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva recai sobre a mulher.					

Legenda: *Especialista 1; £ Especialista 2.

MARCADOR M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV

Os resultados do julgamento de Especialistas, com relação aos atributos dos componentes do Marcador M5, apresentam-se nos Quadros 29 a 38. Este Marcador foi submetido à 1º Fase da validação com 23 componentes e na 3ª Fase da validação com dezenove componentes. A partir da avaliação dos Especialistas, na 1º Fase da validação foram excluídos os componentes 5D, 5E, 5O, 5R, 5S, 5T, 5U e 5V e na 3º Fase da validação os componentes 5B, 5Q, 5H, 5M e 5J foram excluídos. Tendo em vista que os marcadores 5G, 5N e 5NA não atingiram consenso de julgamento favorável quanto à simplicidade, clareza e precisão, também, foram excluídos do Instrumento final (Apêndice 23 e 24). Desta maneira, o marcador constitui-se por onze componentes (Apêndice 22).

Como se observa nos Quadros, de todos os componentes do Marcador M5, os componentes 5A, 5F, 5L, 5I, 5NB e 5NC (Quadros 29 a 33) e os componentes 5C (Quadro 35) receberam consenso de julgamento positivo pelos Especialistas (60% a 80%).

Houve componentes que receberam consenso de julgamento positivo apenas para três atributos, como os componentes 5P (Quadro 36), 5W (Quadro 34), 5ND (Quadro 38), 5K (Quadro 37). O quinto atributo desses componentes, referente à Precisão, recebeu 40% de julgamento favorável. Para nenhum deles apresentaram-se sugestões para seu aprimoramento, razão pela qual se optou por sua manutenção, dada a sua importância na avaliação da vulnerabilidade e suas possibilidades de transformação no âmbito local.

VALIDAÇÃO		1ª FASE				3ª FASE			
COMPONENTE		5A: Ações de prevenção são esporádicas (carnaval, dia internacional da aids, etc)				5A: Ações de prevenção esporádicas (somente ocorrem em determinadas ocasiões: carnaval, dia internacional da AIDS, teste anti-hiv ou consulta para tratar alguma DST) sem preocupar-se na longitudinalidade do cuidado			
ATRIBUTOS	Escala psicométrica								
	Sim		Não		Sim		Não		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
	4	66,7	0	0,0	4	80	--	--	
	4	66,7	0	0,0	4	80	--	--	
Pertinência	3	50,0	1	16,7	4	80	--	--	
Precisão	3	50,0	1	16,7	3	60	1	20	
OBSERVAÇÃO		OBSERVAÇÃO							
---		--							
		SUGESTÃO:							
		§As ações de prevenção são realizadas esporadicamente (em determinadas ocasiões como: carnaval, dia internacional da aids) o teste de detecção do HIV ou consulta para tratar alguma DST, sem preocupar-se na longitudinalidade do cuidado.							
Versão final 5A:		As ações de prevenção dirigidas à população em geral são realizadas esporadicamente (em determinadas ocasiões, como: carnaval, dia internacional da aids), sem longitudinalidade no cuidado.							

Legenda: §: Especialista 3.

Quadro 29 – Julgamento dos atributos do componente 5A do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO		1ª FASE						3 FASE					
COMPONENTE		5F: Atendimento quinzenal da unidade de saúde						5F: O serviço de saúde não está aberto diariamente à população					
ATRIBUTOS		Escala psicométrica						Escala psicométrica					
		Sim			Não			Sim			Não		
		n	%		n	%		n	%		n	%	
Simplicidade		2	33,3	2¥	33,3	2	33,3	3	60	--	2*	--	40
Clareza		1	16,7	3¥	50,0	2	33,3	3	60	--	2*	--	40
Pertinência		2	33,3	2	33,3	2	33,3	3	60	--	2*	--	40
Precisão		2	33,3	2	33,3	2	33,3	3	60	--	2*	--	40
OBSERVAÇÃO								OBSERVAÇÃO					
		¥Significado para a vulnerabilidade não claro						*Este componente não está contemplado no objetivo do marcador					
Versão final 5F: O serviço de saúde não está aberto diariamente à população													

Legenda: *: Especialista 1; ¥: Especialista 4.

Quadro 30 – Julgamento dos atributos do componente 5F do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO	1ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE	5L: Falta de incorporação das questões de DST/HIV de forma transversal, nos projetos de educação permanente						5L: Falta de incorporação de ações de prevenção de DST/HIV de forma transversal nos programas					
ATRIBUTOS	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
	Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	3	50,0	1	16,7	2	33,3	3	60	1	20	1	20
	3	50,0	1	16,7	2	33,3	3	60	1	20	1	20
Pertinência	4	66,7	0	0,0	2	33,3	4	80	--	--	1	20
Precisão	3	50,0	1	16,7	2	33,3	3	60	1	20	1	20
OBSERVAÇÃO							OBSERVAÇÃO					
--							--					
Versão final 5L: Ações de prevenção de DST/HIV não são incorporadas transversalmente nas práticas de saúde												

Quadro 31 – Julgamento dos atributos do componente 5L do Marcador 5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO	1ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE	5I: O aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV não é realizado pelos profissionais da saúde						5I: O aconselhamento pré e pós-teste anti-hiv não é realizado pelos profissionais da saúde					
	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
ATRIBUTOS	Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	3	50,0	1	16,7	2	33,3	4	80	--	--	1	20
	3	50,0	1	16,7	2	33,3	4	80	--	--	1	20
	4	66,7	0	0,0	2	33,3	4	80	--	--	1	20
	4	66,7	0	0,0	2	33,3	3	60	1¥	20	1	20
OBSERVAÇÃO							OBSERVAÇÃO					
---							O aconselhamento pré- e pós-teste pode não ser aconselhável					
Versão final 5I: O aconselhamento pré e pós-teste anti-hiv não é realizado pelos profissionais da saúde												

Legenda: ¥ Especialista 4.

Quadro 32 – Julgamento dos atributos do componente 5I do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO	3ª FASE						3ª FASE																		
COMPONENTE	5NB: A população masculina (companheiros ou não das mulheres) é excluída das ações de prevenção						5NC: Os profissionais de saúde desconhecem contextos locais de vulnerabilidade das mulheres às DST/HIV como índices de agressão física, psicológica, outros																		
ATRIBUTOS	Escala psicométrica						Escala psicométrica																		
	Sim			Não			Sim			Não															
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%													
	4	80	--	--	1	20	3	60	1	20	1	20													
	4	80	--	--	1	20	3	60	1	20	1	20													
Pertinência	4	80	--	--	1	20	4	80	--	--	1	20													
Precisão	3	60	1	20	1	20	3	60	1	20	1	20													
OBSERVAÇÃO							OBSERVAÇÃO																		
--							---																		
Versão final 5NB: A população masculina (companheiros ou não das mulheres) é excluída das ações de prevenção													Versão final 5NC: Os profissionais de saúde desconhecem contextos locais de vulnerabilidade das mulheres às DST/HIV como índices de agressão física, psicológica, outros												

Quadro 33 – Julgamento dos atributos do componente 5NB e 5NC do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO	1ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE	5W: As ações de prevenção não passam por um processo de monitoramento, avaliação e retroalimentação						5W: As ações de prevenção não são avaliadas					
ATRIBUTOS	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
	Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	3	50,0	1	16,7	2	33,3	4	80	--	--	1	20
	2	33,3	2£	33,3	2	33,3	4	80	--	--	1	20
Pertinência	3	50,0	1	16,7	2	33,3	4	80	--	--	1	20
Precisão	3	50,0	1	16,7	2	33,3	2	40	2	40	1	20
OBSERVAÇÃO							OBSERVAÇÃO					
£Não está claro o que se espera neste componente.												
Versão final 5W: As ações de prevenção não são avaliadas												

Legenda: £: Especialista 2.

Quadro 34 – Julgamento dos atributos do componente 5W do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO	1ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE	5C: Ações de intervenção excluem alguns grupos populacionais, como mulheres não consideradas nos “grupos de risco” e migrantes						5C: Ações de prevenção estão mais voltadas para as mulheres consideradas como “grupo de risco”					
ATRIBUTOS	Escala psicométrica						Escala psicométrica					
	Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simplicidade	2	33,3	2	33,3	2	33,3	4	80			1	20
Clareza	2	33,3	2	33,3	2	33,3	3	60	1	20	1	20
Pertinência	3	50,0	1	16,7	2	33,3	4	80			1	20
Precisão	2	33,3	2	33,3	2	33,3	3	60	1	20	1	20
OBSERVAÇÃO	OBSERVAÇÃO											
--	Ações “mais” voltadas para mulheres pode ser uma estratégia em certa região e época.											
Versão final 5C: Ações de prevenção estão mais voltadas para as mulheres de determinados grupos												

Legenda: ¥: Especialista 4.

Quadro 35 – Julgamento dos atributos do componente 5C do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO		1ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE		5K: As ações de prevenção não são integrais, multi/interseoriais e multi/interdisciplinares						5K: As ações de prevenção não são multi/interseoriais e multi/interdisciplinares					
ATRIBUTOS		Escala psicométrica						Escala psicométrica					
		Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simplicidade		2	33,3	2§	33,3	2	33,3	3	60	1	20	1	20
Clareza		1	16,7	3£	50,0	2	33,3	3	60	1	20	1	20
Pertinência		3	50,0	1	16,7	2	33,3	4	80	--	--	1	20
Precisão		3	50,0	1	16,7	2	33,3	2	40	2	40	1	20
OBSERVAÇÃO		Precisa ser revisto o texto para contemplar a vulnerabilidade. São itens diferentes entre si. Pode não ser apenas uma delas §Linguagem muito técnica e de difícilima mensuração. E o sentido, incerto.						OBSERVAÇÃO					

Versão final 5K: As ações de prevenção não são multi/interseoriais e multi/interdisciplinares													

Legenda: § Especialista 3.

Quadro 36 – Julgamento dos atributos do componente 5P do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012

VALIDAÇÃO		1ª FASE						3ª FASE					
COMPONENTE		5K: As ações de prevenção não são integrais, multi/interseoriais e multi/interdisciplinares						5K: As ações de prevenção não são multi/interseoriais e multi/interdisciplinares					
ATRIBUTOS		Escala psicométrica						Escala psicométrica					
		Sim		Não		Não respondeu		Sim		Não		Não respondeu	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Simplicidade		2	33,3	2§	33,3	2	33,3	3	60	1	20	1	20
Clareza		1	16,7	3£	50,0	2	33,3	3	60	1	20	1	20
Pertinência		3	50,0	1	16,7	2	33,3	4	80	--	--	1	20
Precisão		3	50,0	1	16,7	2	33,3	2	40	2	40	1	20
OBSERVAÇÃO		£Precisa ser revisito o texto para contemplar a vulnerabilidade. São itens diferentes entre si. Pode não ser apenas uma delas §Linguagem muito técnica e de difícilma mensuração. E o sentido, incerto.						OBSERVAÇÃO					

Versão final 5K: As ações de prevenção não são multi/interseoriais e multi/interdisciplinares													

Legenda: £ Especialista 2; § Especialista 3.

Quadro 37 – Julgamento dos atributos do componente 5K do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012

Quadro 38 – Julgamento dos atributos do componente 5ND do Marcador M5: Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. São Paulo – 2012

3ª FASE					
5ND: Limitada comunicação sobre os aspectos de vulnerabilidade com os Conselhos Gestores sobre as vulnerabilidades das mulheres às DST/HIV					
Escala psicométrica					
Sim		Não		Não respondeu	
n	%	n	%	n	%
3	60	1	20	1	20
3	60	1	20	1	20
4	80	--	--	1	20
2	40	2	40	1	20
OBSERVAÇÃO					

Sugestão:					
§Comunicação limitada nos Conselhos Gestores sobre as vulnerabilidades das mulheres às DST/HIV					
Versão final 5ND: Comunicação limitada nos Conselhos Gestores sobre as vulnerabilidades das mulheres às DST/HIV					

Legenda: §: Especialista 3.

7.2.2.4 Relevância de cada componente do marcador

Visou-se identificar, a partir da avaliação dos Especialistas, se cada um dos marcadores é relevante para avaliar a Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV, considerando as seguintes opções de respostas:

- (1) não relevante
- (2) pouco relevante
- (3) relevante e
- (4) muito relevante

Os resultados são apresentados nos Quadros 39 e 40. Ressaltou-se em sombreado os valores em consenso de julgamento favorável (60%).

Observa-se que não houve discrepância importante nas valorações de relevância dos componentes dos indicadores, uma vez que todos os componentes receberam consenso de julgamento favorável de 60% a 100%.

VALIDAÇÃO		3º FASE – M5																			
Componente	1		2		3		4		NR		Componente	1		2		3		4		NR	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5A	--	--	--	--	--	--	4	80	1	20	5C	--	--	--	--	2	40	2	40	1	20
5F	--	--	--	--	1	20	3	60	1	20	5P	--	--	--	--	1	20	3	60	1	20
5L	--	--	--	--	1	20	3	60	1	20	5NC	--	--	--	--	1	20	3	60	1	20
5I			1	20	--	--	3	60	1	20	5K	--	--	--	--	2	40	2	40	1	20
5NB	--	--	--	--	--	--	4	80	1	20	5ND	--	--	1	20	1	20	2	40	1	20
5W	--	--	--	--	1	20	3	60	1	20	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
OBSERVAÇÕES											OBSERVAÇÕES										
--											--										

Legenda: 1: não relevante; 2: pouco relevante; 3: relevante; 4: muito relevante.

Quadro 40 – Valoração de relevância dos componentes do Marcador M5. São Paulo – 2012

Como apresentado, os marcadores incorporam componentes que expressam a vulnerabilidade nas suas três dimensões. Estes marcadores têm como objetivo, nortear a captação de informações sobre a vulnerabilidade, de forma a identificar limitações de acesso das mulheres às ações de prevenção, assim como identificar conhecimentos, crenças e valores sobre a sexualidade da mulher, que favorecem a vulnerabilidade às DST/HIV. A finalidade é gerar subsídios para sensibilizar e envolver o profissional de saúde com o planejamento de ações de prevenção não limitadas ao repasse de informações, mas a espaços de troca que favoreçam discussões sobre conhecimentos, crenças e valores. Ainda tem como finalidade, planejar as ações de prevenção, que precisarão ter caráter inter/multidisciplinar e inter/multisetorial, uma vez que a forma como a mulher vive sua sexualidade está relacionada aos seus modos de viver que, por sua vez, dizem respeito ao contexto social onde se insere. Conforme Ayres et al. (2006), o caráter inter/multidisciplinar e inter/multisetorial dessas ações e o espaço de troca junto às mulheres, poderão facilitar a identificação de meios convenientes à construção de respostas perante a vulnerabilidade.

Sabe-se que tanto os profissionais de saúde quanto a população apresentam dificuldades em abordar aspectos relacionados à saúde sexual, por ser uma questão marcada por preconceitos e tabus (Brasil, 2010c, Cirino, 2011). Nesse sentido, considera-se que os marcadores de vulnerabilidade podem ser considerados como tecnologias leves importantes, por possibilitar levantar informação a respeito, proporcionando espaços de troca.

Os referenciais sobre construção de indicadores recomendam a construção de Manual Operacional e Planilha de Avaliação para cada marcador (McGlynn, Asch, 1998). Neste estudo, a consolidação de informações em um único Manual Operacional, foi mudança considerada importante, uma vez que torna o instrumento de mais fácil manejo, o que pode favorecer a sua utilização pelos profissionais de saúde.

Utilizou-se da Validade de Conteúdo para validar os instrumentos deste estudo. Segundo Sampieri (1996), para ter maior garantia da validade de conteúdo, na construção de um instrumento, isto é, para garantir que o instrumento elaborado representa adequadamente o conceito/conteúdo que se pretende medir, deve-se analisar sistematicamente a sua área de *abrangência*, a fim de se assegurar que os aspectos *fundamentais* sejam adequadamente abordados pelos itens do instrumento, antes mesmo

da sua construção. Nesse sentido, a revisão sistemática, realizada para identificar os elementos *fundamentais* à construção da vulnerabilidade de mulheres, com relação à dimensão individual, social e programática, foi considerada uma fortaleza na construção dos marcadores.

As dificuldades apresentadas no processo da construção e validação dos marcadores referiram-se ao desafio de selecionar componentes da vulnerabilidade que fossem, ao mesmo tempo, abrangentes, atribuíveis, acessíveis, comunicáveis, precisos e exequíveis, dada a complexidade do conceito de vulnerabilidade (Lynn, 1986; McGlynn, Asch, 1998; Schekler et al., 1998; Duffield, 1993).

A Validação de Conteúdo, desenvolvida junto à Especialistas em três fases, sendo uma presencial, mostrou-se importante para aprimorar os marcadores propostos segundo os critérios estabelecidos. Considerou-se importante a oficina desenvolvida junto aos especialistas, uma vez que permitiu a discussão e a clarificação das sugestões por eles apresentadas, assim como dos pontos controversos, chegando ao consenso sobre as mudanças, como recomendado na literatura (Grant, Davis, 1997; Berk, 1990). Contudo, sentiu-se falta de um segundo encontro presencial para obter apreciação do instrumento final.

Como resultado do processo de Validação de Conteúdo, dos 69 componentes propostos ao todo, foram excluídos 38 componentes seguindo as sugestões dos especialistas ou porque não atingiram consenso de julgamento favorável igual ou maior a 60%. Dos 31 componentes validados, 10 componentes não obtiveram consenso favorável para Precisão (3B, 3NC, 4B, 4C, 4D, 5W, 5P, 5ND, 5K) e um para Pertinência (3ND), mas consideraram-se validados após as modificações sugeridas pelos Especialistas.

A Validade de Conteúdo dos marcadores verifica sua capacidade ou suficiência para medir aquilo que se propõe, neste caso a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV (Lynn, 1986; Westmoreland et al., 2000; Pasquiali, 1998). Contudo, não se esgota a avaliação da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, mesmo porque além da sua complexidade, os marcadores precisam ser testados quanto à sua confiabilidade interna e externa, ao ser aplicado empiricamente. Contudo, a literatura afirma que nem todo instrumento que apresenta confiabilidade tem validade, mas se considera que todo instrumento que tem validade também apresenta confiabilidade (Sampieri, 1996).

A operacionalização dos cinco marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, propostos no presente estudo, deve ser realizada considerando: sua **interdependência**, isto é, quando aplicados deve-se considerar como os componentes interagem e contribuem para aumentar a chance da mulher à infecção por alguma DST ou pelo HIV. Da mesma maneira, é importante considerar sua **dinamicidade**, que implica na sua aplicação periódica, pois a vulnerabilidade muda conforme surgem as transformações na vida da mulher em sociedade. Outra característica dos marcadores é a **peculiaridade**, isto é, os marcadores devem ser aplicados de forma individual para cada mulher, entendendo que o contexto social as influencia de forma diferente e, por tal, é diferente seu acesso às informações sobre DST/HIV, sua capacidade de incorporar essas informações, suas possibilidades para superar limitações e suas possibilidades para adotar práticas efetivas de prevenção. O único marcador que não cumpre o critério de peculiaridade é o quinto marcador (M5) que, por referir-se às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, deve ser aplicado periodicamente e será constante para todas as mulheres a elas vinculadas.

Como se indicou na Introdução, o MONITORAIDS, gerenciado pelo Departamento de DST, Aids e HIV, e o Painel Paulista de Indicadores de Aids, desenvolvido pelo Programa Estadual de DST/aids, do Estado de São Paulo, são importantes ferramentas de gestão para monitorar o avanço relacionado à resposta brasileira para o controle da aids e outras DST e para identificar grupos populacionais mais vulneráveis para as DST/aids, contudo, tem sensibilidade restrita para identificar aspectos que limitam a capacidade das mulheres na tomada de decisões relacionadas à sua saúde sexual, que é a contribuição apresentada por este estudo (Brasil, 2004; 2012c, Painel..., 2011).

Takahashi (2006) e Alexandre (2010) desenvolveram marcadores de vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento por HIV e aids, para ambos os sexos e para mulheres de 50 anos ou mais, respectivamente. Foram marcadores de vulnerabilidade à infecção por HIV identificados por esses e validados neste estudo:

- Relação de subalternidade da mulher e dependência econômica dificultam a negociação do uso do preservativo e condicionam a violência sexual (no presente estudo, estão relacionados aos marcadores: 1NA, 1NB, 3D).

- A mulher que possui relação conjugal estável, comportamento monogâmico e acredita na fidelidade do esposo, sente-se protegida de contrair o vírus e não negocia o uso do preservativo (no presente estudo, relacionado ao marcador 3B).
- Omissão do diagnóstico à parceira (no presente estudo, relacionado ao marcador 1H)
- Falta de planejamento da gravidez (no presente estudo, relacionado ao marcador 3F)
- Não realização do aconselhamento pré e pós-teste sorológico ao HIV quando a sorologia é realizada em unidades não especializadas e o resultado é negativo, por considerá-lo desnecessário, especialmente se a pessoa não tem “comportamentos de risco” (no presente estudo, estão relacionados aos marcadores 5I, 5C)
- Relações de gênero (no presente estudo, relacionado ao marcador 3H)
- Adoção e manutenção de práticas sexuais de risco, como não usar preservativo em todas as relações sexuais, inclusive com parceiro único e fixo (relacionado com o marcador 1NB)
- Falta de reconhecimento da condição de vulnerabilidade, como a confiança no parceiro, mesmo consciente de sua infidelidade (no presente estudo, relacionado ao marcador 3A)
- Dificuldades com a aceitação e uso efetivo de preservativos (no presente estudo, relacionado aos marcadores 1NB, 2G, 3NA, 1A)
- Idade, por ser sensível às influências culturais importantes no que concerne à sexualidade e relações de gênero (no presente estudo, relacionado ao marcador 3H)
- Pequeno alcance das campanhas e organizações governamentais (no presente estudo, relacionado ao marcador 5A, 5L)

Os seguintes relacionaram-se aos marcadores não validados no presente estudo:

- Desvalorização da escuta: “Imposição” de medidas de prevenção, desconsiderando as concepções acerca da problemática (no presente estudo, relacionado ao marcador 5Q)

Neste estudo, não se encontraram marcadores similares para “dificuldades decorrentes da diferença de linguagem entre o profissional e o usuário” e “mulheres idosas quando entram na menopausa deixam de utilizar preservativo, expondo-se ao vírus, na medida em que o risco da gravidez “deixa de existir”. Entretanto, aponta-se que estes marcadores podem ser importantes na leitura da vulnerabilidade. Talvez, não tenham sido identificados nos estudos analisados, dado que não se consideraram, na revisão sistemática, estudos com estas populações, uma vez que não foi o foco da investigação. Da mesma maneira, não se encontraram marcadores similares para “disponibilidade irregular ou limitada de recursos para a prevenção da transmissão do HIV, como cotas para a realização de teste sorológico em unidades não especializadas em DST e aids, assim como a distribuição controlada de preservativos masculinos e femininos” e “disponibilidade irregular de recursos para a informação com linguagem adequada às mulheres com mais de 50 anos”. Estes marcadores, embora importantes, não são exequíveis para os profissionais de saúde, que tem foco neste presente estudo, mas sim para os gestores.

Portanto, comparando-se o estudo da autora Takahashi (2008) e Alexander (2010) com a presente investigação é possível afirmar que alguns componentes da vulnerabilidade, apresentam características de maior constância entre os estudos.

Não foram encontradas componentes semelhantes ao Marcador M4. Este marcador foi elaborado a partir dos fundamentos da teoria social da “luta por reconhecimento” (Honneth, 2011). A base da Teoria reside na ideia de que o florescimento humano – e a autorrealização pessoal - dependem de relações éticas bem estabelecidas, em que os padrões de reconhecimento intersubjetivo são: **o amor**, que gera a autoconfiança (4B, 4C); **o direito**, que gera autorrespeito (4D, 4F) e, **a solidariedade**, que gera a estima social. A finalidade destes marcadores é identificar conflitos com esses padrões, uma vez que promovem processos de mudança social na busca da restauração de relações de reconhecimento mútuo. Esta busca pode ser vista como força que pode impulsionar sujeitos e grupos sociais a desenvolverem-se suas subjetividades e projetos de cunho coletivo. Entretanto, conforme apresentado no Apêndice 37, do presente estudo, cinco marcadores correspondentes à autoconfiança, autorrespeito e estima social foram excluídos, pois não atenderam os atributos estabelecidos.

O levantamento de informações, geradas pelos marcadores de vulnerabilidade, coloca um grande desafio para a saúde, mas imperante para o avanço na prevenção das DST/HIV na população feminina. Autores estrangeiros e brasileiros consideram que o sucesso ou o fracasso das ações de prevenção dependem do enfoque dos programas de prevenção e da força do compromisso coletivo com os direitos humanos e a igualdade de gênero. Em outras palavras, o horizonte das ações não se limita às ações de prevenção, mas incorpora as de promoção da saúde, pois os Direitos Humanos constituem referencial que permite uma relação dialógica entre sujeitos, seus valores e contextos socioculturais (UNAIDS, 2010; Paiva, 2002; Paiva, 2006).

Considerando a amplitude e a complexidade das ações, sob o conceito de vulnerabilidade, propõem três princípios para o planejamento das estratégias de intervenção: a) Efetividade: no sentido de considerar as ações que se julguem ter maior chance de serem postas em prática, por razões políticas, técnicas, filosóficas, entre outras; b) Progressividade: no sentido de considerar o que pode ser efetivo a curto, médio e longo prazos, com vistas a atingir, cada vez mais, um grau mais complexo de atuação, do mais mediato ao mais estrutural e, c) Democratização: refere-se à eleição e ao monitoramento de objetivos e estratégias, que devem manter relação diretamente proporcional à amplitude e à representatividade dos sujeitos sociais envolvidos nessas escolhas (Ayres et al., 2003).

Dado que os marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV emergiram dos estudos que abordaram a vulnerabilidade de mulheres heterossexuais, não privadas da liberdade, não usuárias de drogas e não trabalhadoras sexuais, estes instrumentos estão voltados, principalmente, a identificar a vulnerabilidade de mulheres que não pertencem a esses grupos. A aplicação dos instrumentos junto a outro grupo social, como usuárias de drogas, por exemplo, implica na necessidade de adaptação dos marcadores.

Com relação à construção dos instrumentos, cabe destacar que é necessário dar continuidade ao seu desenvolvimento, uma vez que os seus componentes dizem respeito a aspectos que favorecem a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV. Isto corresponderia, em uma segunda etapa, à “translação” de cada componente dos marcadores em perguntas que possibilitariam a captação das informações.

8 Conclusões

8 CONCLUSÕES

Este projeto de pesquisa teve como objetivo validar marcadores de vulnerabilidade de mulheres brasileiras às DST/HIV para serem aplicados na Atenção Básica à Saúde. Os procedimentos realizados permitiram validar marcadores que contém uma síntese de elementos que contribuem para a definição da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV. Considera-se que os objetivos foram atingidos na medida em que os marcadores para avaliar a vulnerabilidade são os seguintes:

- 1) Abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV
 - A mulher sente dificuldade para iniciar uma conversa sobre a transmissão e prevenção das DST/HIV (1NA)
 - A mulher sente dificuldade em propor o uso do preservativo masculino ou feminino (1NB)
 - A mulher manifesta preconceito em relação às mulheres que portam preservativo, cotidianamente (1F)
- 2) Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV
 - A mulher desconhece se o parceiro/companheiro é portador de DST/HIV (1H)
 - A mulher desconsidera o uso do preservativo, embora tenha tido experiências anteriores de DST (2G)
 - A mulher desconhece ou não tem conhecimento adequado sobre transmissão e prevenção das DST/HIV (2E)
 - A mulher associa DST/HIV aos “grupos de riscos”, e “proteção” aos relacionamentos estáveis (3B)
 - A mulher não se sente vulnerável às DST/HIV (3ND)
 - A mulher não tem acesso ao preservativo masculino ou feminino e mesmo assim tem relação sexual (3NA)
 - Desconhecimento ou incerteza quanto aos serviços que oferecem aconselhamento para a prevenção das DST/HIV, quanto à realização do teste

anti-HIV na UBS ou quanto a encaminhamentos da UBS para Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA (3NC).

- A mulher sabe que o companheiro tem múltiplas parceiras (2NB)
- A mulher sabe que o companheiro é soropositivo ao HIV (2NA)

3) Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV

- O parceiro nega-se a usar preservativo com qualquer justificativa (1A)
- A mulher considera natural o fato do companheiro ter múltiplas parceiras (3A)
- A desconsideração do uso do preservativo pela mulher, por desejo de engravidar, não é acompanhada pelo serviço de saúde (3F)
- A mulher se submete(eu) a relacionamento sexual desprotegido com parceiro desconhecido: por ocasião ou, por dependência econômica do parceiro (3D)

4) M4: Reconhecimento de si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos

- A mulher sente dificuldades em manifestar suas necessidades de atenção e afeto ao companheiro (4B)
- A mulher não encontra satisfação na relação com o parceiro (4C)
- A responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva recai sobre a mulher (4F)

5) Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV

- As ações de prevenção dirigidas à população em geral são realizadas esporadicamente (em determinadas ocasiões, como: carnaval, dia internacional da aids), sem longitudinalidade no cuidado (5A)
- O serviço de saúde não está aberto diariamente à população (5F)
- Ações de prevenção de DST/HIV não são incorporadas transversalmente nas práticas de saúde (5L)

- O aconselhamento pré e pós-teste anti-hiv não é realizado pelos profissionais da saúde (5I)
- A população masculina (companheiros ou não das mulheres) é excluída das ações de prevenção (5NB)
- As ações de prevenção não são avaliadas (5W)
- Ações de prevenção estão mais voltadas para as mulheres de determinados grupos (5C)
- Os profissionais de saúde desconhecem o perfil epidemiológico de DST/HIV de seu território de atuação, limitando o planejamento das ações de prevenção (5P)
- Os profissionais de saúde desconhecem contextos locais de vulnerabilidade das mulheres às DST/HIV como índices de agressão física, psicológica, outros DST/HIV (5NC)
- Comunicação limitada nos Conselhos Gestores sobre as vulnerabilidades das mulheres às DST/HIV (5ND)
- As ações de prevenção não são multi/intersectoriais e multi/interdisciplinares (5K)

Considera-se que tais marcadores constituem importante ferramenta para operacionalizar o conceito de vulnerabilidade na Atenção Básica à Saúde, pois podem contribuir para nortear o planejamento de ações de prevenção não limitadas ao repasse de informações mas à troca de saberes, crenças e valores vinculados à forma pela qual a mulher vive sua sexualidade. Ademais, avalia-se que este instrumento promove elementos para o enfrentamento da vulnerabilidade das mulheres que requer processos de trabalho inter e multidisciplinares e inter e multisetoriais.

Referências

REFERÊNCIAS

Ackermann L, Klerk GW. When ideal and real culture clash-trust, infidelity and condom use. *Curationis*. 2003;26(2):40-3.

Alexandre SG. Representações sociais e vulnerabilidades de mulheres no contexto da aids [dissertação]. Fortaleza: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Ceará; 2010.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 354-395.

Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadoras. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-139.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 49-72.

Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/aids: noções aprendidas e desafios atuais. *Interface*. 2002;6(11):11-24.

Bandyopadhyay M, Thomas J. Women migrant workers' vulnerability to HIV infection in Hong Kong. *AIDS Care*. 2002;14(4):509-21.

Barnett T, Whiteside A, Khodakevich L, Kruglov Y, Steshenko V. The HIV/AIDS epidemic in Ukraine: its potential social and economic impact. *Soc Sci Med*. 2000;51(9):1387-403.

Berk RA. Importance of expert judgment in content-related validity evidence. *West J Nurs Res*. 1990;12(5):659-71.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosack SI, Hino P, Val LF, et al. Os conceitos de Vulnerabilidade e Adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(n. esp 2):1326-30.

Booyesen FR, Summerton J. Poverty, risky sexual behaviour, and vulnerability to HIV infection: evidence from South Africa. *J Health Popul Nutr*. 2002;20(4):285-8.

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 [Internet]. Brasília; 2011d. [citado 2011 jun. 02]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação de Vigilância em Saúde, Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo, Prefeitura de São Paulo. Bol Epidemiol de AIDS/HIV/DST e Hepatite B e C do Município de São Paulo. 2010a;14(13).

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST: Análise da situação atual e proposta de monitoramento [Internet]. Brasília; 2010b. [citado 2011 set. 05]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_enfrentamento_feminizacao_aids_dst.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 236, 2 maio 1985. Aprova as diretrizes para o programa de controle da SIDA [...] coordenar, a nível nacional, ações de vigilância epidemiológica da SIDA [...]; atribuir à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde a coordenação, a nível nacional, do Programa [...]; determinar que as medidas de prevenção da SIDA [...]. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 02 maio 1985. [citado 2012 fev. 25]. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aids/GM_P236_85aids.doc

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Brasília, COSAC, 1994.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília; 2007b. [citado 2011 jun. 05]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 18).

Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Informe Atenção Básica [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2012 jul. 29];9(44). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo44.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília; 2010c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília; 2012b. [citado 2012 set 01]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenadoria de Controle de Doenças, Centro de Referência e Treinamento em DST /Aids, Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Bol Epidemiol DST/Aids. 2011a;28(1).

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Programas de Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids, Unidade de Prevenção. Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS entre Mulheres. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes 2008 e 2009. [Internet]. Brasília; 2010d. [citado 2012 jun 12]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_2008_2009_30_11_2010.pdf

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas da população brasileira de 15 a 64 anos 2008 [Internet]. Brasília; 2011b. [citado 2012 jul 07]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/svs>

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS 2010-2011. Brasília; 2012c.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids – MONITORAIDS. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS, Assessoria de Planejamento (ASPLAN). Plano Estratégico Programa Nacional de DST e Aids. Brasília; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. Curso básico de vigilância epidemiológica em HIV e Aids: caderno do aluno. Brasília; 2005c.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST [Internet]. Brasília; 2007b [citado 2010 jun. 07]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Bol Epidemiol Aids DST. 2012a; 8(1).

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs: Versão Revisada. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST: Versão Revisada. Brasília; 2011c

Brasil. Secretaria de Estado da Saúde, Coordenação de Controle de Doenças, Coordenação do Programa Estadual de DST/AIDS, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, Área Técnica de Saúde da Mulher. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de DST/AIDS no Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo; s.d. [citado 2012 jul 09]. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 33, 14 julho 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados [...]. Diário oficial da União, [Internet]. Brasília, 15 jul. 2005a. Seção 1. [citado 2012 jul. 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/do1_111.pdf

Campebell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Improving the quality of health care: research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ*. 2003;326(7393):816-9.

Cavalcante EGR. Marcadores de adesão ao tratamento da tuberculose: uma proposta para a Atenção Primária à Saúde. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

Cirino FMSB. Ações de prevenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família sob a ótica da vulnerabilidade programática. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

Cunha JXP, Moreira MASP, Lôbo MP. Vulnerabilidade da mulher ao HIV/AIDS: uma revisão sistemática. *Rev Enferm UFPE*. 2012;6(4):889-97.

Cunha TRA. Violência conjugal: os ricos também batem. *Publ UEPG Ci Hum, Ci Soc Apl, Ling, Letras e Artes*. 2008;16(1):167-76.

Dandona R, Dandona L, Gutierrez JP, Kumar AG, McPherson S, Samuels F, et al. High risk of HIV in non-brothel based female sex workers in India. *MC Public Health*. 2005;5:87.

De-la-Torre-Ugarte-Guanilo MC. Vulnerabilidade feminina ao HIV: metassíntese [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Duffield C. The Delphi technique: a comparison of results obtained using two expert panels. *Lt J Nurs Stud*. 1993;30(3):277-37.

Epele ME. Gender, violence and HIV: Women's survival in the streets. *Cult Med Psychiatry*. 2002;26(1):33-54.

Fernandes MVL. Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter: construção e validação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Ferraz DAS. Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/Aids numa unidade de saúde da família. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

Follador KJ. A mulher na visão do patriarcado brasileiro: uma herança ocidental. *Revista Fato & Versões*. 2009;2(1):3-16.

França MSJ. Ciência em tempos de AIDS: uma análise da resposta pioneira de São Paulo à epidemia [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2008.

Ghosh J, Kalipeni E. Women in Chinsapo, Malawi: vulnerability and risk to HIV/AIDS. SAHARA J. 2005;2(3):320-32.

Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development [abstract PubMed 1997]. Res Nurs Health. 1997;20(3):269-74.

Grimberg M. “Saber de SIDA” y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención. Cad Saúde Pública. 2001;17(3):481-9.

Guimarães K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Reluma Dumurá/ABIA/IMS-UERJ; 1996.

Honneth, A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. Tradução de Luiz Repa. 2ª Ed. São Paulo: Ed.34; 2011.

Lynn MR. Determination and qualification of content validity. Nurs Res. 1986; 35(6): 382-5.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. A AIDS no mundo. Rio de Janeiro: Relume; 1993.

Mann J, Tarantola DJM. Vulnerability: personal and programmatic. In: AIDS in the World. New York: Oxford University Press; 1996.p.441-62.

Margolick JB, Costa CJM, Sanchez A, Gemrot F, Phair JP, Jamieson BD, et al. The relationship between antibody to R7V and progression of HIV type 1 infection. AIDS Res Hum Retroviruses. 2010;26(4):389-94.

McGlynn EA, Asch SM. Development a clinical performance measure. Am J Prev Med. 1998; 14 Supl 3:14-21.

Minayo MCS. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. Rev Bras Educ Med. 2009;33 Supl:83-91.

Moreno CL. The relationship between culture, gender, structural factors, abuse, trauma, and HIV/AIDS for Latinas. Qual Health Res. 2007;17(3):340-52.

Nemes MIB. Avaliação em saúde: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. 28 p. (Coleção ABIA. Fundamentos de Avaliação, n. 1).

Omorodion F, Gbadebo K, Ishak P. HIV vulnerability and sexual risk among African youth in Windsor, Canada. Cult Health Sex. 2007;9(4):429-37.

Painel Paulista de indicadores de aids [homepage na Internet]. São Paulo; Secretaria do Estado de Saúde, Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional, Universidade de São Paulo; 2011. [citado 2012 mar. 14]. Disponível em: <http://ppiaids.crt.saude.sp.gov.br/view/index.php>

Paiva V, Buchalla CM, Ayres JRCM, Hearst N. Capacitando profissionais e ativistas para avaliar projetos de prevenção do HIV e de Aids. *Rev Saude Publica*. 2002; 36 Supl 4: 4-11.

Paiva V, Pupo RL, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006;40 Supl:109-19.

Paiva V. Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos. Cáceres, Careaga, Frasca, Pecheny, organizadores. In: *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA/UPCH; 2006. p. 22-52.

Paiva V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/aids e o processo de emancipação psicossocial. *Comunic Saude Educ*. 2002; 6(11):25-38.

Pascuali L. Princípios de elaboração de escalas psicométricas. *Rev Psiq Clin*. 1998;25(5):206-13.

Pascuali L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: Pasquali L, organizador. *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.p.37-71.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health*. 2006; 29:489-497.

Polit DF, Hungler BP. Delineamentos de pesquisa. In: Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.107-140.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). Chegando a zero: estratégia 2011-2015 Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). Brasília; 2010.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA). Expansão da resposta global contra o HIV/SIDA através de uma ação focalizada: Redução do risco e vulnerabilidade: definições, princípios e vias [Internet]. Genebra; 1998 [citado 2012 set. 01]. Disponível em: <http://www.unaids.org>.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2008. Ginebra; 2008.

Queiroz CMP. Expressão de proteínas do ciclo celular e de moléculas de adesão na carcinogênese cervical [tese]. Salvador: Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz; 2003.

Salmond SW. Orthopaedic nursing research priorities: a Delphi study. *Orthop Nurs*. 1994; 13(2):31-45.

Sampaio J, Santos RC, Callou JLL, Souza BBC. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. *Saúde Soc*. 2011;20(1):171-81.

Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill; 1996.

Sandelowski M, Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research. Brainerd: Bang Printing; 2007.

Schekler WE, Brimhall D, Buck AS, Farr BM, Friedman C, Garibaldi RA, et al. SHEA Position Paper. Requirements for infrastructure and essential activities control and epidemiology in hospitals: a consensus panel report. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1998; 19:114-24.

Silva CPR. Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Simões JA, Green J, Schwarcz LM, Silva VG. Apresentação: estudos antropológicos e processos de produção de diferença. *Rev Antropol*. 2008;51(1):9-17.

Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências – SINAN [Internet]. [citado 2012 out. 21]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>.

Souza Filho EA, Beldarrain-Durandegui A. Representações e comunicações sobre prevenção ao HIV/aids em meio popular. *Interação Psicol*. 2012;15(2):159-167.

Takahashi RF. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e aids. [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Tanaka OU, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2004.

The University of Kent. Critical Appraisal of the Journal Literature. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 10 Questions to help you make sense of qualitative research [Internet]. England: Public Health Resource Unit; 2006 [citado 2008 jun. 25]. Available from: http://www.arf-asia.org/resources/ten_question_to_make_sensible_with_research.pdf

Theodore FL, Gutierrez JP, Torres P, Luna G. Compensated sex: a practice at the heart of young Mexican women's vulnerabilities (STI/HIV/AIDS). *Salud Publica Mex.* 2004;46(2):104-12.

Westmoreland D, Wesorick B, Hanson D, Wyngarden K. Consensual validation of clinical model practice guidelines. *Journal Nur Care Qual.* 2000;14(4):16-27.

Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. *J Adv Nurs.* 1994; 19(1):180-6.

World Bank. The World Bank Operations Evaluation Department. Evaluation of the World Bank's Assistance in Responding to the AIDS Epidemic: Brazil Case Study [Internet]. Washington, D.C.; 2005 [citado 2012 set. 25] Available in: http://www.worldbank.org/oed/aids/docs/case_studies/hiv_brazil_case_study.pdf

Apêndices

APÊNDICE 1

ARTIGOS INCLUÍDOS NA METASSÍNTESE: 1996-2011

1. Alves RN, Kovacs MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4 Suppl):32-9. (Estudo E9)
2. Betini G. Da informação em saúde ao servidor como informação [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997. (Estudo E16)
3. De Carvalhaes FF. Subjetividade e aids: a experiência da doença e da militância na trajetória de vida de mulheres HIV+ vista sob a perspectiva dos estudos de gênero [dissertação]. Assis: Faculdade de Letras e Ciências de Assis, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2008. (Estudo E6)
4. De Souza M da CP, Santo ACG do E, Motta SKA. Gender, Women's Vulnerability to HIV/Aids and Preventive Actions at a Neighborhood on the Periphery of Teresina, Piaui, Brazil. 2008. *Saude Soc*. 2008; 17(2):58-68. (Estudo E2)
5. Geraldles SM. Bemmalmequer: análise da vulnerabilidade feminina à contaminação por HIV no Brasil e no México [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia Letras Ciências e Humanas, Universidade de São Paulo; 1998. (Estudo E15)
6. Maliska ICA, de Souza MIC, da Silva DMG. Sexual practices and the use of condom among women with HIV/Aids. *Ciencia, Cuidado Saude*. 2007; 6(4): 471-8. (Estudo E1)
7. Neves FRA. O aconselhamento para realização da sorologia a anti-HIV em gestantes: factibilidades e utopias [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003. (Estudo E14)
8. Paiva MS. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000. (Estudo E13)
9. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40 Suppl:109-19. (Estudo E8)
10. Pereira FCQ. Diretrizes político-institucionais do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do município de Marília sob a perspectiva do conceito de vulnerabilidade [dissertação]. São Paulo: escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009. (Estudo E5)
11. Renata Bellenzani. Sexualidade entre jovens das comunidades anfitriãs de turismo: desafios para a prevenção das DST/HIV e o programa saúde da família [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2008. (Estudo E7)

12. Saldanha AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências, Letras e Humanas, Universidade de São Paulo; 2003. (Estudo E10)
13. Silva CM, Vargens OM da C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):401-6. (Estudo E3)
14. Silva CM. A percepção de mulheres, em relacionamento estável, quanto à vulnerabilidade para contrair DST/aids [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado de Rio de Janeiro; 2008. (Estudo E4)
15. Sousa JHM, Paiva MS. Vulnerabilidade de jovens frente a infecção pelo HIV e as representações sociais da AIDS. *Rev Baiana Enferm*. 2002;17(3):55-64. (Estudo E11)
16. Sousa MCP. Questão de gênero nas ações de prevenção do HIV / AIDS em mulheres, desenvolvidas pela equipe de saúde da família no município de Teresina – PI [dissertação]. Recife: Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco; 2007. (Estudo E12)

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO Nº 1– MARCADOR 1

MANUAL OPERACIONAL

Primeira versão

MARCADOR 1 (M1): NÃO ABERTURA NO RELACIONAMENTO PARA DISCUTIR O USO DO PRESERVATIVO

- a) Descrição:** Este marcador visa avaliar a participação da mulher na sua sexualidade e saúde sexual. O objetivo é identificar se a mulher é vítima de padrões opressores baseados em normas de gênero, que podem ser expressos na forma de **agressão física** ou **psicológica**, e que limitam a participação na tomada de decisões sobre sua saúde sexual e reprodutiva, promovendo situação de vulnerabilidade às DST/HIV. Também, é importante identificar outros elementos que podem limitar essa participação, como o adequado **conhecimento** sobre os meios de transmissão e prevenção das DST/HIV, relacionado com o acesso à informação. Da mesma forma, deve-se conhecer qual a **representação do preservativo** para a mulher e casal, pois sua relação com a promiscuidade e diminuição do prazer sexual limita a sua negociação.
- b) Tipo de vulnerabilidade:** vulnerabilidade individual, social e programática.
- c) Fontes de informação:** as informações podem ser obtidas de duas fontes: diálogo com as mulheres de forma individual ou utilizando-se de discussões em grupos, como grupos focais.
- d) Critérios para avaliar os dados obtidos sobre o componente:** indica como deve ser avaliado o dado coletado pelos profissionais de saúde da atenção básica. Definiram-se três critérios: *presente, não presente ou não aplicável*. A presença de, pelo menos, um dos componentes do marcador evidencia a vulnerabilidade expressada no marcador. Os profissionais da atenção básica poderão fazer observações sobre o componente.

APÊNDICE 3

INSTRUMENTO N° 1 – MARCADOR 2

MANUAL OPERACIONAL

Primeira versão

MARCADOR 2 (M2): DESCONSIDERAÇÃO OU NÃO RECONHECIMENTO DA VULNERABILIDADE ÀS DST/HIV

- a) Descrição:** Este marcador visa avaliar a percepção da mulher sobre sua vulnerabilidade. O objetivo é identificar se alguns aspectos sociais levam a mulher a se **sentir protegida** das DST/HIV ou se essa se deve à falta de acesso à **informação** sobre transmissão e prevenção das DST/HIV. Ainda, se algumas **barreiras culturais** limitem a consideração da sua vulnerabilidade para realizar ações concretas de prevenção. Situações que promovem contextos de vulnerabilidade às DST/HIV.
- b) Tipo de marcador:** vulnerabilidade individual, social e programática.
- c) Fontes de informação:** recomenda-se duas formas de obtenção das informação: diálogo com as mulheres de forma individual ou utilizando-se de discussões em grupos, como grupos focais.
- d) Critérios para avaliação do marcador:** indica como deve ser avaliado o dado coletado pelos profissionais de saúde da atenção básica. Definiram-se três critérios: *presente, não presente ou não aplicável*. A presença de, pelo menos, um dos componentes do marcador evidencia a vulnerabilidade expressada no marcador. Os profissionais da atenção básica poderão fazer observações sobre o componente.

APÊNDICE 4

INSTRUMENTO N° 1 – MARCADOR 3

MANUAL OPERACIONAL

Primeira versão

MARCADOR 3 (M3): DIFICULDADES DE ACESSO ÀS AÇÕES E DE PREVENÇÃO

- a) **Descrição:** Este marcador visa avaliar se o planejamento das ações de prevenção pelos profissionais de saúde da Atenção Básica possibilita o **acesso** das mulheres às ações e de prevenção das DST/HIV. Entendendo o acesso às ações como **ações contínuas**, dirigidas para **todas as mulheres**, com criação de **vínculo** com o profissional de saúde, que possibilitam espaço para **discutir questões sexuais**, de forma a identificar os conhecimentos e barreiras que limitam ações concretas de prevenção. Ainda, este marcador se refere ao conhecimento do profissional sobre o **diagnóstico de DST/HIV** de seu território e **conhecimento da usuária** das instalações onde pode realizar o teste anti-HIV, receber aconselhamento de prevenção das DST/HIV e recolher insumos de prevenção (preservativo). Também, se as ações de prevenção visam a **integralidade** e **intersectorialidade**, de forma a possibilitar a superação de contextos de vulnerabilidade. O objetivo é identificar perda de oportunidades para ações de prevenção e promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher.
- b) **Tipo de marcador:** vulnerabilidade programática.
- c) **Fontes de informação:** recomenda-se três formas de obtenção das informações: consulta aos registros das ações desenvolvidas, entrevista com os profissionais de saúde e com as mulheres.
- d) **Crítérios para avaliação do marcador:** indica como deve ser avaliado o dado coletado pelos profissionais de saúde da atenção básica. Definiram-se três critérios: *presente, não presente ou não aplicável*. A presença de, pelo menos, um dos componentes do marcador evidencia a vulnerabilidade expressada no marcador. Os profissionais da atenção básica poderão fazer observações sobre o componente.

APÊNDICE 5

INSTRUMENTO N° 1 – MARCADOR 4

MANUAL OPERACIONAL

Primeira versão

MARCADOR 4 (M4): DÉBIL ATIVISMO NA DEFESA DO DIREITO À PREVENÇÃO

- a) Descrição:** Este marcador visa avaliar a mobilização social pelo direito a prevenção. O objetivo é identificar o espaço social ganhado pela luta das ações de prevenção das DST/HIV e controle social das políticas de saúde.
- b) Tipo de marcador:** vulnerabilidade social.
- c) Fontes de informação:** para obtenção desta informação recomenda-se dialogar com organizações não governamentais e com os Conselhos de Saúde.
- d) Critérios para avaliação do marcador:** indica como deve ser avaliado o dado coletado pelos profissionais de saúde da atenção básica. Definiram-se três critérios: *presente, não presente ou não aplicável*. A presença de, pelo menos, um dos componentes do marcador evidencia a vulnerabilidade expressada no marcador. Os profissionais da atenção básica poderão fazer observações sobre o componente.

APÊNDICE 6

INSTRUMENTO N° 2 – MARCADOR 1

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DO MARCADOR

Primeira versão

MARCADOR 1 (M1): NÃO ABERTURA NO RELACIONAMENTO PARA DISCUTIR O USO DO PRESERVATIVO

Código	Componentes do marcador	P	NP	NA	Observações
1A	O parceiro nega-se a usar o preservativo				
1B	A mulher não exige usar o preservativo para não decepcionar o parceiro				
1C	A mulher não exige usar o preservativo por relacioná-lo à promiscuidade				
1D	A mulher não negocia o uso do preservativo pelo medo de sofrer violência física ou psicológica				
1E	A mulher se sente limitada, pelas normas de gênero, em participar ativamente na tomada de decisões sobre a sua vida sexual e reprodutiva.				
1F	A própria mulher ou pessoas de seu entorno social possuem preconceito com a mulher que porta preservativo na bolsa				
1G	A mulher desconhece as formas de transmissão das DST/HIV e de prevenção, o que favorece uma atitude não ativa da mulher				
1H	A mulher desconhece a situação da saúde sexual do parceiro/companheiro				

Legenda:

P: presente; **NP:** não presente; **NA:** não aplicável

APÊNDICE 7

INSTRUMENTO N° 2 – MARCADOR 2

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DO MARCADOR

Primeira versão

MARCADOR 2 (M2): DESCONSIDERAÇÃO OU NÃO RECONHECIMENTO DA VULNERABILIDADE ÀS DST/HIV

Código	Elementos da vulnerabilidade	P	NP	NA	Observações
2A	A mulher naturaliza a múltipla parceria do companheiro ou possui insegurança sobre a mesma				
2B	A mulher associa infecção por DST/HIV a “grupos de risco” e “proteção” a relacionamentos estáveis				
2C	A mulher alterna entre períodos de exigência do uso e do não uso de preservativo				
2D	A mulher se submete(eu) a relacionamento sexual desprotegido com parceiro desconhecido, seja por coerção ou pela dependência econômica do homem				
2E	A mulher não tem acesso à informação sobre ações de prevenção do HIV				
2F	A mulher desconsidera o uso do preservativo pelo desejo de ter filhos				
2G	A mulher desconsidera o uso do preservativo, embora tenha histórico de quadros anteriores de DST				
2H	A mulher manifesta barreiras culturais que limitam ações efetivas de prevenção relacionadas com: relações de gênero, relações entre gerações, normas e crenças religiosas ou normas sociais.				

Legenda:

P: presente; **NP:** não presente; **NA:** não aplicável

APÊNDICE 8

INSTRUMENTO N° 2 – MARCADOR 3

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DO MARCADOR

Primeira versão

MARCADOR 3 (M3): DIFICULDADES DE ACESSO ÀS AÇÕES E MÉDIOS DE PREVENÇÃO

Código	Componentes do marcador	P	NP	NA	Observações
Ações de saúde					
3A	Ações de prevenção são esporádicas (carnaval, dia internacional da aids, etc)				
3B	O Programa Saúde da Mulher está centrado na mulher grávida				
3C	Ações de intervenção excluem alguns grupos populacionais, como mulheres não consideradas nos “grupos de risco” e migrantes				
3D	Diretrizes do PSF focaliza a organização dos recursos e da atenção em função das prioridades de agravos e grupos de maior risco.				
3E	Ações de prevenção desenvolvidas sob o conceito de “risco”.				
3F	Atendimento quinzenal da unidade de saúde				
3G	Dificuldade dos Agentes Comunitários de Saúde para abordar queixas sexuais				
3H	Não reconhecimento do cenário turístico, pelos profissionais de saúde, como aspecto a ser considerado na dinâmica da vulnerabilidade às DST/HIV da população local				
3I	O aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV não é realizado pelos profissionais da saúde				
3J	Maior valorização das ações “curativas (assistenciais)” frente às “preventivas” pelos profissionais da saúde (ex. aconselhamento)				
3K	As ações de prevenção não são integrais, multi/intersectoriais e multi/interdisciplinares				
3L	Falta de incorporação das questões de DST/HIV de forma transversal, nos projetos de educação permanente				
3M	Falta de recursos físicos ou humanos para a realização do aconselhamento				

Legenda:

P: presente; **NP:** não presente; **NA:** não aplicável

Código	Componentes do marcador	P	NP	NA	Observações
Usuárias					
3N	Não preocupação com a criação de vínculo com a usuária				
3O	As ações de prevenção são planejadas sem conhecer as vulnerabilidades das mulheres às DST/HIV				
3P	Os profissionais de saúde desconhecem a proporção de mulheres com DST do seu território, que limita o planejamento das ações de prevenção				
3Q	As ações de prevenção: tem o perfil de “informativas” não permitindo o diálogo com as participantes; essas não partem do conhecimento que possui a mulher sobre as DST ou, não estão dirigidas para identificar aspectos sociais que impedem realizar ações concretas de prevenção				
3R	Desconhecimento ou incerteza sobre a localização do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, onde pode realizar o teste anti-HIV, receber aconselhamento de DST/HIV e recolher insumos de prevenção (preservativo).				
3S	Considera não ter acesso às informações sobre prevenção ao HIV				
3T	Não possui vínculo com nenhum profissional de saúde				
3U	Não tem acesso a insumo de prevenção (preservativo)				
3V	Considera que as informações de prevenção não correspondem à sua realidade ou não podem ser aplicadas				
3W	As ações de prevenção passam por um processo de monitoramento, avaliação e retroalimentação				

Legenda:

P: presente; **NP:** não presente; **NA:** não aplicável

APÊNDICE 9

INSTRUMENTO N° 2 – MARCADOR 4

PLANILHA DE AVALIAÇÃO DO MARCADOR

Primeira versão

MARCADOR 4 (M4): POUCO ATIVISMO À PREVENÇÃO

Código	Componentes do marcador	P	NP	NA	Observações
4A	O direito à prevenção está pouco pautado nas agendas dos movimentos sociais e nas instâncias colegiadas de controle social				
4B	O direito à prevenção está pouco pautado nas agendas das instâncias colegiadas de controle social				
4C	Ausência do controle social das políticas locais em DST/Aids				
4D	Desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o Conselho Tutelar enquanto órgão que fiscaliza o Estado				

Legenda:

P: presente; **NP:** não presente; **NA:** não aplicável

APÊNDICE 10

INSTRUMENTO N° 3 – MARCADOR 1

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE MARCADORES DE VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS DST/HIV

Primeira versão

INDICADOR M1: NÃO ABERTURA NO RELACIONAMENTO PARA DISCUTIR O USO DO PRESERVATIVO

Observações: Esta avaliação deve ser realizada após a leitura do Manual Operacional e da Planilha de Avaliação do Marcador

A. Conteúdo do Manual Operacional

- 1) **Descrição:** A descrição do marcador foi realizada com clareza, no sentido de entender o que o indicador mensura e sua importância na prevenção das DST/HIV na população feminina?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- 2) **Tipo de vulnerabilidade** (individual, social e programática): especificado no marcador está adequado ao que se pretende avaliar?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- 3) **Fontes de informação:** as fontes de informação citadas para a coleta das informações que possibilitem a aplicação do marcador são acessíveis?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- 4) **Critérios para avaliar os dados obtidos sobre o componente:** os critérios são claros e permitem a mesma interpretação entre os diferentes profissionais de saúde da atenção básica que apliquem o instrumento?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- B. Atributos do conjunto de componentes do marcador:** os componentes 1A, 1B, 1C, 1D, 1E, 1F, 1G e 1H possibilitam que o marcador seja:

Atributo	1	2	3	Observações
Atribuível				
Acessível				
Comunicável				
Preciso				
Exequível				

Legenda:

Atribuível: reflete a vulnerabilidade às DST/HIV; **Acessível:** as informações podem ser acessadas e sem custo; **Comunicável:** a relevância da medida pode ser comunicável e compreendida; **Preciso:** mede o que se pretende medir e, **Exequível:** a medida é aplicável.

1: não contempla o atributo; **2:** contempla o atributo, mas requer revisão; **3:** contempla o atributo

- C. Atributos de cada componente do marcador:** avalia de cada componente deste marcador atendem os atributos: *Comportamental, Simplicidade, Clareza, Pertinência e Precisão.*

Componente	Atributo							
	S		Cl		Pt		Pc	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1A								
Observações/sugestões:								
1B								
Observações/sugestões:								
1C								
Observações/sugestões:								
1D								
Observações/sugestões:								
1E								
Observações/sugestões:								
1F								
Observações/sugestões:								
1G								
Observações/sugestões:								
1H								
Observações/sugestões:								

Legenda:

Simplicidade (S): expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações;

Clareza (Cl): utiliza frases com expressões simples e inequívocas; **Pertinência (Pt):**

expressa atributo não diferente do definido; **Precisão (Pc):** cada componente é distinto dos demais que cobrem o indicador.

- D. Relevância de cada componente do marcador:** analisa a relevância de cada componente para avaliar a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV.

Componente	1	2	3	4	Observações
1 A					
1B					
1C					
1D					
1E					
1F					
1G					
1H					

Legenda:

(1) Não relevante; (2) pouco relevante; (3) relevante; (4) muito relevante.

APÊNDICE 11

INSTRUMENTO N° 3 – MARCADOR 2

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE MARCADORES DE VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS DST/HIV

Primeira versão

INDICADOR M2: DESCONSIDERAÇÃO OU NÃO RECONHECIMENTO DA VULNERABILIDADE ÀS DST/HIV

Observações: Esta avaliação deve ser realizada após a leitura do Manual Operacional e da Planilha de Avaliação do Marcador

A. Conteúdo do Manual Operacional

- 1) Descrição:** A descrição do marcador foi realizada com clareza, no sentido de entender o que o indicador mensura e sua importância na prevenção das DST/HIV na população feminina?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- 2) Tipo de vulnerabilidade** (individual, social e programática): especificado no marcador está adequado ao que se pretende avaliar?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- 3) Fontes de informação:** as fontes de informação citadas para a coleta das informações que possibilitem a aplicação do marcador são acessíveis?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- 4) Critérios para avaliar os dados obtidos sobre o componente:** os critérios são claros e permitem a mesma interpretação entre os diferentes profissionais de saúde da atenção básica que apliquem o instrumento?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- B. Atributos do conjunto de componentes do marcador:** os componentes 2A, 2B, 2C, 2D, 2E, 2F, 2G e 2H possibilitam que o marcador seja:

Atributo	1	2	3	Observações
Atribuível				
Acessível				
Comunicável				
Preciso				
Exequível				

Legenda:

Atribuível: reflete a vulnerabilidade às DST/HIV; **Acessível:** as informações podem ser acessadas e sem custo; **Comunicável:** a relevância da medida pode ser comunicável e compreendida; **Preciso:** mede o que se pretende medir e, **Exequível:** a medida é aplicável. **1:** não contempla o atributo; **2:** contempla o atributo, mas requer revisão; **3:** contempla o atributo

- C. Atributos de cada componente do marcador:** avalia de cada componente deste marcador atendem os atributos: *Comportamental, Simplicidade, Clareza, Pertinência e Precisão.*

Componente	Atributo							
	S		CI		Pt		Pc	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
2A								
Observações/sugestões:								
2B								
Observações/sugestões:								
2C								
Observações/sugestões:								
2D								
Observações/sugestões:								
2E								
Observações/sugestões:								
2F								
Observações/sugestões:								
2G								
Observações/sugestões:								
2H								
Observações/sugestões:								

Legenda:

Simplicidade (S): expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações; **Clareza (CI):** utiliza frases com expressões simples e inequívocas; **Pertinência (Pt):** expressa atributo não diferente do definido; **Precisão (Pc):** cada componente é distinto dos demais que cobrem o indicador.

- D. Relevância de cada componente do marcador:** analisa a relevância de cada componente para avaliar a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV.

Componente	1	2	3	4	Observações
2A					
2B					
2C					
2D					
2E					
2F					
2G					
2H					

Legenda:

(1) Não relevante; (2) pouco relevante; (3) relevante; (4) muito relevante.

APÊNDICE 12

INSTRUMENTO N° 3 – MARCADOR 3

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE MARCADORES DE VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS DST/HIV

Primeira versão

INDICADOR M3: DIFICULDADES DE ACESSO ÀS AÇÕES E MÉDIOS DE PREVENÇÃO

Observações: Esta avaliação deve ser realizada após a leitura do Manual Operacional e da Planilha de Avaliação do Marcador

A. Conteúdo do Manual Operacional

- 1) Descrição:** A descrição do marcador foi realizada com clareza, no sentido de entender o que o indicador mensura e sua importância na prevenção das DST/HIV na população feminina?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- 2) Tipo de vulnerabilidade** (individual, social e programática): especificado no marcador está adequado ao que se pretende avaliar?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- 3) Fontes de informação:** as fontes de informação citadas para a coleta das informações que possibilitem a aplicação do marcador são acessíveis?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- 4) Critérios para avaliar os dados obtidos sobre o componente:** os critérios são claros e permitem a mesma interpretação entre os diferentes profissionais de saúde da atenção básica que apliquem o instrumento?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

B. Atributos do conjunto de componentes do marcador: os componentes 3A, 3B, 3C, 3D, 3F, 3G, 3H, 3I, 3J, 3K, 3L, 3M, 3N, 3O, 3P, 3Q, 3R, 3S, 3T, 3U, 3V e 3W possibilitam que o marcador seja:

Atributo	1	2	3	Observações
Atribuível				
Acessível				
Comunicável				
Preciso				
Exequível				

Legenda: **Atribuível:** reflete a vulnerabilidade às DST/HIV; **Acessível:** as informações podem ser acessadas e sem custo; **Comunicável:** a relevância da medida pode ser comunicável e compreendida; **Preciso:** mede o que se pretende medir e, **Exequível:** a medida é aplicável. **1:** não contempla o atributo; **2:** contempla o atributo, mas requer revisão; **3:** contempla o atributo

C. Atributos de cada componente do marcador: avalia de cada componente deste marcador atendem os atributos: *Comportamental, Simplicidade, Clareza, Pertinência e Precisão.*

Componente	Atributo							
	S		Cl		Pt		Pc	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
3 ^a								
Observações/sugestões:								
3B								
Observações/sugestões:								
3C								
Observações/sugestões:								
3D								
Observações/sugestões:								
3E								
Observações/sugestões:								
3F								
Observações/sugestões:								
3G								
Observações/sugestões:								
3H								
Observações/sugestões:								
3I								
Observações/sugestões:								

Legenda: **Simplicidade (S):** expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações; **Clareza (Cl):** utiliza frases com expressões simples e inequívocas; **Pertinência (Pt):** não expressa atributo diferente do definido; **Precisão (Pc):** cada componente é distinto dos demais que cobrem o indicador.

Componente	Atributo							
	S		Cl		Pt		Pc	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
3J								
Observações/sugestões:								
3K								
Observações/sugestões:								
3L								
Observações/sugestões:								
3M								
Observações/sugestões:								
3N								
Observações/sugestões:								
3O								
Observações/sugestões:								
3P								
Observações/sugestões:								
3Q								
Observações/sugestões:								
3R								
Observações/sugestões:								
3S								
Observações/sugestões:								
3T								
Observações/sugestões:								
3U								
Observações/sugestões:								
3V								
Observações/sugestões:								
3W								
Observações/sugestões:								

Legenda:

Simplicidade (S): expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações; **Clareza (Cl):** utiliza frases com expressões simples e inequívocas; **Pertinência (Pt):** expressa atributo não diferente do definido; **Precisão (Pc):** cada componente é distinto dos demais que cobrem o indicador.

D. Relevância de cada componente do marcador: analisa a relevância de cada componente para avaliar a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV.

Componente	1	2	3	4	Observações
3A					
3B					
3C					
3D					
3E					
3F					
3G					
3H					
3I					
3J					
3K					
3L					
3M					
3N					
3O					
3P					
3Q					
3R					
3S					
3T					
3U					
3V					
3W					

Legenda:

(1) Não relevante; (2) pouco relevante; (3) relevante; (4) muito relevante.

APÊNDICE 13

INSTRUMENTO N° 3 – MARCADOR 4

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE MARCADORES DE VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS DST/HIV

Primeira versão

INDICADOR M4: DÉBIL ATIVISMO NA DEFESA DO DIREITO À PREVENÇÃO

Observações: Esta avaliação deve ser realizada após a leitura do Manual Operacional e da Planilha de Avaliação do Marcador

A. Conteúdo do Manual Operacional

- 1) Descrição:** A descrição do marcador foi realizada com clareza, no sentido de entender o que o indicador mensura e sua importância na prevenção das DST/HIV na população feminina?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- 2) Tipo de vulnerabilidade** (individual, social e programática): especificado no marcador está adequado ao que se pretende avaliar?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- 3) Fontes de informação:** as fontes de informação citadas para a coleta das informações que possibilitem a aplicação do marcador são acessíveis?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- 4) Critérios para avaliar os dados obtidos sobre o componente:** os critérios são claros e permitem a mesma interpretação entre os diferentes profissionais de saúde da atenção básica que apliquem o instrumento?

Sim () Não () Comentário/ sugestões: -----

- B. Atributos do conjunto de componentes do marcador:** os componentes 4A, 4B, 4C E 4D possibilitam que o marcador seja:

Atributo	1	2	3	Observações
Atribuível				
Acessível				
Comunicável				
Preciso				
Exequível				

Legenda:

Atribuível: reflete a vulnerabilidade às DST/HIV; **Acessível:** as informações podem ser acessadas e sem custo; **Comunicável:** a relevância da medida pode ser comunicável e compreendida; **Preciso:** mede o que se pretende medir e, **Exequível:** a medida é aplicável.

1: não contempla o atributo; **2:** contempla o atributo, mas requer revisão; **3:** contempla o atributo

- C. Atributos de cada componente do marcador:** avalia de cada componente deste marcador atendem os atributos: *Comportamental, Simplicidade, Clareza, Pertinência e Precisão.*

Componente	Atributo							
	S		Cl		Pt		Pc	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
4A								
Observações/sugestões:								
4B								
Observações/sugestões:								
4C								
Observações/sugestões:								
4D								
Observações/sugestões:								

Legenda:

Simplicidade (S): expressa uma única ideia, sem possibilidades de outras interpretações; **Clareza (Cl):** utiliza frases com expressões simples e inequívocas; **Pertinência (Pt):** não expressa atributo diferente do definido; **Precisão (Pc):** cada componente é distinto dos demais que cobrem o indicador.

- D. Relevância de cada componente do marcador:** analisa a relevância de cada componente para avaliar a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV.

Componente	1	2	3	4	Observações
3A					
3B					
3C					
3D					

Legenda:

(1) Não relevante; (2) pouco relevante; (3) relevante; (4) muito relevante.

APÊNDICE 14

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DOS MARCADORES DE VULNERABILIDADE DE MULHERES ÀS DST/HIV

1º FASE

INFORMAÇÕES GERAIS

Os instrumentos desenvolvidos para avaliar a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV constam de quatro marcadores. Sua elaboração baseou-se em uma revisão sistemática em que se selecionaram 16 evidências científicas qualitativas sobre a vulnerabilidade de mulheres brasileiras à infecção pelo HIV, com amostras de mulheres soropositivas ou soronegativas para o HIV, heterossexuais, não privadas da liberdade, não usuárias de drogas e, não trabalhadoras sexuais, publicadas no período de 1996-2007 (minha dissertação de mestrado) e no período de 2007-2011 (desenvolvida para minha tese de doutorado, do qual este instrumento faz parte).

Ressalta-se que estes marcadores não pretendem abordar a totalidade das três dimensões da vulnerabilidade (individual, social e programática), pois o objetivo é disponibilizar um instrumento para que o profissional de saúde da Atenção Primária operacionalize o conceito de vulnerabilidade junto a usuária, que facilite o planejamento de ações de prevenção ao alcance dos profissionais da Atenção Primária e, que esse instrumento seja um complemento aos MONITORAIDS, QUALIAIDS e Painel Paulista de Indicadores de AIDS. Com vistas a contribuir para a prevenção das DST/HIV, no caso deste estudo, da população feminina.

O objetivo da validação dos marcadores da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV é aprimorar os instrumentos de captação da vulnerabilidade a partir da validação dos especialistas do Manual Operacional (Instrumento nº 1) e Planilha de Avaliação do Marcador (Instrumento nº 2), de cada marcador.

Como explicado na carta convite, a validação dos marcadores compreende três etapas: **1ª fase:** avaliação do Instrumento nº 1 e nº 2 de cada marcador, pelos especialistas, que serão enviados pelo correio; **2ª fase:** oficina presencial com especialistas e pesquisadores para discussão das sugestões dos especialistas sobre os instrumentos nº 1 e nº 2; **3ª fase:** avaliação do instrumento nº 1 e nº 2 modificado de cada marcador, pelos especialistas (materiais enviados pelo correio).

Nesse sentido, enviamos-lhes o Instrumento nº 1 e nº 2 de cada marcador, acompanhados do Instrumento de Validação de Conteúdo de Marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, no âmbito da Atenção Primária (Instrumento nº 3), com a finalidade de desenvolver a **1º etapa**. O Instrumento nº 3, de cada marcador, permitirá avaliar:

A) Conteúdo do Manual Operacional: avalia se a construção operacional do marcador (descrição, tipo de vulnerabilidade, definição da fonte de coleta da informação e critérios para avaliar os dados obtidos sobre o componente do marcador), favorece sua aplicação e mensuração de forma inequívoca. Para tanto, cada especialista deverá registrar sua apreciação, para cada item, justificando as negativas. Fazer a avaliação com base nas informações do Instrumento n° 1, de cada marcador.

B) Atributos do conjunto de componentes do marcador: visa avaliar o conjunto dos componentes (os componentes do marcador podem ser encontrados na Planilha de Avaliação) que expressam o marcador, com vistas a identificar se o marcador é: *Atribuível, Acessível, Comunicável, Preciso e Exequível*. Para tanto, cada especialista deverá registrar sua apreciação, justificando as negativas. Fazer a avaliação com base nas informações do Instrumento n° 2, de cada marcador.

C) Atributos de cada componente do marcador: visa avaliar os atributos de cada componente do marcador, para identificar se cada um é: *Comportamental, Simplicidade, Clareza, Pertinência, Precisão*. Para tanto, cada especialista deverá registrar sua apreciação, para cada componente, justificando as negativas. Fazer a avaliação com base nas informações do Instrumento n° 2, de cada marcador.

D) Relevância de cada componente do marcador: avalia a relevância de cada componente do marcador na avaliação da vulnerabilidade de mulheres brasileiras às DST/HIV (os componentes do marcador constam no Instrumento n° 2, de cada marcador). Solicita-se julgar a importância de cada um, mediante a escala psicométrica: não relevante, pouco relevante, relevante ou muito relevante

A validação dos instrumentos dar-se-á em reunião presencial (a ser confirmada posteriormente), em que se apresentarão as observações enviadas pelos especialistas, mantendo o anonimato, para validação por consenso dos mesmos.

Enviamos, também, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma delas deverá ser devolvida juntamente com os Instrumentos n°1, n° 2 e n° 3 de cada marcador.

Agradecemos cordialmente, por nos honrar com sua participação na 1ª etapa da validação dos Marcadores da Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV, pois com certeza suas contribuições nos serão muito valiosas.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi

Profa. Associada da EEUSP

Orientadora

E-mail: mrbertol@usp.br

Telefone: (11) 30617652

Mônica Cecilia De La Torre Ugarte Guanilo

Obstetriz

Aluna de doutorado da EEUSP

E-mail: mdguanilo@usp.br

Telefone: (11) 79872633

APÊNDICE 15

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE MARCADORES DE VULNERABILIDADE ÀS DST/HIV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

São Paulo, ____/____/____

Prezado(a) senhor(a):

Vimos, por meio desta, convidá-lo a ser **membro constituinte do grupo de especialistas**, que validarão a representatividade e aplicabilidade dos Marcadores de Vulnerabilidade às DST/HIV de mulheres, elaborados para a tese de doutorado intitulada: “**Construção e validação de marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, no âmbito da Atenção Básica**”.

A finalidade é operacionalizar o conceito de vulnerabilidade ao HIV, para facilitar o planejamento de ações de prevenção na Atenção Básica condizentes com os elementos da vulnerabilidade e contribuir para a prevenção das DST/HIV na população feminina.

Serão convidados para constituir o grupo de especialistas: a) especialistas em aids e vulnerabilidade, com experiência em pesquisa, prática assistencial ou ensino; b) profissionais que integram o Programa Saúde da Família; c) especialistas em promoção da saúde; d) especialistas na construção de indicadores; b) representantes do Programa Municipal de Prevenção e Controle de DST/aids da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e, f) representantes da Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

A validade dos marcadores ocorrerá da seguinte maneira: **1º etapa:** envio do instrumento por correio, para análise dos marcadores; **2º etapa:** uma oficina a ser realizada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo -EEUSP, em que se discutirão as observações levantadas e a validação dos marcadores e, **3º etapa:** envio por correio do instrumento, contendo as modificações sugeridas

Declaramos nosso compromisso em:

- Acatar os aspectos determinados pela Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde;
- Manter sigilo do profissional que participará do estudo como especialista, caso manifeste necessário;
- Respeitar a liberdade de participar deste estudo, não havendo quaisquer danos morais, psicológicos ou físicos aos profissionais que aceitarem participar ou mesmo para aqueles que desistirem da participação em qualquer fase da pesquisa;
- Responder suas dúvidas, sempre que tiver e respeitar os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos participantes;

- Divulgar os dados desta pesquisa de forma agregada, mantendo o anonimato dos especialistas (se for o caso, conforme acima explicitado), em revistas científicas, sob a forma de artigos, ou em eventos científicos;
- Não usar as informações obtidas para prejudicar os participantes do grupo de especialistas;
- Apresentar os marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV ao Conselho Gestor da UBS Jardim D'Abril e Conselho Gestor da UBS Paulo VI, visando fornecer subsídios para o planejamento das ações de prevenção, e à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, para conhecimento dos resultados desta pesquisa;
- Usar os resultados desta pesquisa para benefício da comunidade, pois se espera que os marcadores da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV contribuirão para subsidiar ações dos profissionais na Atenção Básica, com vistas a aprimorar a prevenção da transmissão do HIV junto à população feminina;

Assim, solicitamos através deste documento o seu consentimento para participar no grupo de especialistas neste estudo, preenchendo seu nome, RG e assinando as duas vias deste termo. Sendo que uma copia poderá ficar com o membro do grupo de especialistas e a outra deverá ser enviada junto com os instrumentos encaminhados.

Nome: _____
 RG: _____
 Ass.: _____

Agradecemos a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi

Profa. Associada da EEUSP
 Orientadora
 E-mail: mrbertol@usp.br
 Telefone: (11) 30617652

Mônica Cecilia De La Torre Ugarte Guanilo

Obstetriz
 Aluna de doutorado da EEUSP
 E-mail: mdguanilo@usp.br
 Telefone: (11) 60402633

Informamos o número telefônico do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, para esclarecimento de dúvidas ou denúncias em quanto às questões éticas relacionadas com este trabalho.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Informações/ dúvidas: (11) 30617548. E-mail: edipesq@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

Informações/ dúvidas: (11) 3397-2464. E-mail: smscep@gmail.com

APÊNDICE 16

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DOS MARCADORES DE
VULNERABILIDADE**

DE MULHERES ÀS DST/HIV

3º FASE

INFORMAÇÕES GERAIS

O instrumento desenvolvido para avaliar a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, inicialmente, continha quatro marcadores:

- 1) Não abertura no relacionamento para discutir sobre o uso do preservativo.
- 2) Desconsideração ou não reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV.
- 3) Dificuldades de acesso às ações e meios de prevenção.
- 4) Débil ativismo na defesa do direito à prevenção.

Após a incorporação das sugestões dos especialistas, correspondentes à 1º e 2º etapas da validação, os marcadores foram reformulados, ficando cinco marcadores:

- 1) Abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV
- 2) Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV
- 3) Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV
- 4) Reconhecimento de si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos
- 5) Ações que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV

Considerando que os itens: “Fontes de informação” e “Critérios para avaliar os dados obtidos sobre o componente”, que constavam no Manual Operacional, em sua primeira versão, continham informações repetidas para todos os marcadores, e visando tornar o instrumento de mais fácil manejo, essas informações foram relocadas para a “Guia para avaliação dos marcadores”, que visa orientar os profissionais de saúde que aplicarão o instrumento. O item “Tipo de vulnerabilidade” foi excluído, uma vez que se considerou mais importante que o profissional de saúde identifique situações de vulnerabilidade em si.

Desta maneira, **nesta 3º fase**, os instrumentos enviados para a avaliação para os Sres.(as) Especialistas são: **Instrumento 1:** Manual Operacional dos marcadores da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, no âmbito da Atenção Básica (que será utilizado pelos profissionais de saúde); **Instrumento 2:** contém os objetivos e a planilha de avaliação para cada marcador (que será utilizado pelos profissionais de saúde) e, **Instrumento 3:** instrumento de validação de conteúdo para cada marcador de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV *(que deverá ser utilizado, também nesta 3ª fase, assim como o foi na segunda etapa, pelos Especialistas para avaliar os instrumentos n.º 1 e n.º 2).*

Cabe ressaltar que nesta 3ª fase ainda podem ser incorporadas novas contribuições dos Especialistas, e esta rodada visa continuar o processo de obtenção de consenso sobre:

- a) se a construção operacional do marcador favorece sua aplicação e mensuração de forma inequívoca;
- b) se o conjunto dos componentes torna o marcador *Atribuível, Acessível, Comunicável, Preciso e Exequível*;
- c) se cada componente do marcador tem como característica: *a Simplicidade, a Clareza, a Pertinência e a Precisão e*,
- d) se cada componente do marcador é relevante na avaliação da vulnerabilidade de mulheres brasileiras às DST/HIV.

Caso o Especialista considere necessário, poderá solicitar reunião com a pesquisadora, para discutir eventuais modificações.

Por fim, lembramos que a finalidade deste estudo é disponibilizar um instrumento para que o profissional de saúde da Atenção Básica operacionalize o conceito de vulnerabilidade, facilitando o planejamento das ações de prevenção da transmissão das DST/HIV. Deseja-se que estes marcadores complementem o MONITORAIDS, QUALIAIDS e Painel Paulista de Indicadores de AIDS, para contribuir para a prevenção das DST/HIV, neste caso, da população feminina.

Agradecemos, por nos honrar com sua participação nesta 3ª etapa da validação dos Marcadores da Vulnerabilidade de Mulheres às DST/HIV, pois certamente suas contribuições serão de expressivo valor.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Maria Rita Bertolozzi

Profa. Associada da EEUSP

Orientadora

E-mail: mrbertol@usp.br

Telefone: (11) 30617652

Mónica Cecilia De La Torre Ugarte Guanilo

Obstetriz

Aluna de doutorado da EEUSP

E-mail: mdguanilo@usp.br

Telefone: (11) 79872633

APÊNDICE 17
INSTRUMENTO 1
MANUAL OPERACIONAL DOS MARCADORES DE VULNERABILIDADE
DE MULHERES ÀS DST/HIV

Versão final

A elaboração destes marcadores baseou-se em: revisão sistemática da produção científica sobre a vulnerabilidade de mulheres brasileiras e em aspectos identificados no contexto de vulnerabilidade, incluídos no Plano Integrado do Enfrentamento da Feminização da epidemia de aids e outras DSTs do Estado de São Paulo. Tais marcadores foram validados por um grupo de Especialistas em vulnerabilidade, promoção da saúde, construção de marcadores e profissionais de saúde com experiência em avaliação das práticas de prevenção em DST/HIV

O objetivo deste instrumento é facilitar o planejamento de ações de prevenção das DST/HIV, condizentes ao conceito de vulnerabilidade às DST/HIV, neste caso, da população feminina.

Os marcadores que identificam contextos de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV são:

- 1) Abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV
- 2) Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV
- 3) Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV
- 4) Reconhecimento de si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos
- 5) Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV

Cada marcador possui um instrumento, com seus objetivos e a “Planilha de avaliação”.

Captação das informações: *As informações sobre os quatro primeiros marcadores serão obtidas em qualquer situação de contato com as mulheres, no cotidiano dos serviços de saúde ou na comunidade, em que seja possível a troca de informação e de experiências entre o profissional de saúde e a mulher. Para o quinto marcador, recomenda-se obter as informações junto aos integrantes da equipe de saúde. A avaliação deve ser realizada pelos profissionais de saúde.*

Critérios para a avaliação do marcador: na Planilha de Avaliação dos marcadores consideram-se três critérios de avaliação: **Presente**, quando o componente do marcador está presente nas informações obtidas; **Ausente**, quando o componente do marcador não é identificado nas informações obtidas e, **Não aplicável**, quando o componente do

marcador é inapropriado para a realidade da mulher que fornece as informações. A presença de pelo menos um dos componentes do marcador evidencia a vulnerabilidade às DST/HIV. Observações adicionais, levantadas a partir das informações captadas, podem também ser registradas na Planilha de Avaliação.

APÊNDICE 18

INSTRUMENTO 2 – MARCADOR 1

Versão final

MARCADOR 1 (M1): ABERTURA NO RELACIONAMENTO PARA DISCUTIR ASPECTOS RELACIONADOS À PREVENÇÃO DAS DST/HIV

a) Objetivo do marcador

Identificar situações que limitam a abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV.

b) Planilha do marcador

Código	Componentes	P	A	NA	Observações
1NA	A mulher sente dificuldade para iniciar uma conversa sobre a transmissão e prevenção das DST/HIV				
1NB	A mulher sente dificuldade em propor o uso do preservativo masculino ou feminino				
1F	A mulher manifesta preconceito em relação às mulheres que portam preservativo, cotidianamente				

Legenda:

P: presente; **A:** ausente; **NA:** não aplicável

APÊNDICE 19

INSTRUMENTO 2 – MARCADOR 2

Versão final

MARCADOR 2 (M2): PERCEPÇÃO DA VULNERABILIDADE ÀS DST/HIV

a) Objetivo do marcador:

Identificar aspectos que limitam a percepção da vulnerabilidade às DST/HIV.

b) Planilha do marcador

Código	Elementos da vulnerabilidade	P	A	NA	Observações
2G	A mulher desconsidera o uso do preservativo, embora tenha tido experiências anteriores de DST				
1H	A mulher desconhece se o parceiro/companheiro é portador de DST/HIV				
2E	A mulher desconhece ou não tem conhecimento adequado sobre transmissão e prevenção das DST/HIV				
2NA	A mulher sabe que o companheiro é soropositivo ao HIV				
2NB	A mulher sabe que o companheiro tem múltiplas parceiras				
3B	A mulher associa DST/HIV aos “grupos de riscos”, e “proteção” aos relacionamentos estáveis				
3NA	A mulher não tem acesso ao preservativo masculino ou feminino e mesmo assim tem relação sexual				
3ND	A mulher não se sente vulnerável às DST/HIV				
3NC	Desconhecimento ou incerteza quanto aos serviços que oferecem aconselhamento para a prevenção das DST/HIV, quanto à realização do teste anti-HIV na UBS ou quanto à encaminhamentos da UBS para Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA				

Legenda:

P: presente; **A:** ausente; **NA:** não aplicável

APÊNDICE 20

INSTRUMENTO 2 – MARCADOR 3

Versão final

MARCADOR 3 (M3): DESCONSIDERAÇÃO DA VULNERABILIDADE ÀS DST/HIV

a) Objetivos do marcador:

Identificar motivos que contribuem para que a mulher desconsidere sua vulnerabilidade às DST/HIV

b) Planilha do marcador

Os seguintes componentes deste marcador auxiliam para captar informações que permitam identificar as situações de vulnerabilidade de mulheres para as DST/HIV.

Código	Elementos da vulnerabilidade	P	A	NA	Observações
3A	A mulher considera natural o fato do companheiro ter múltiplas parceiras				
3F	A desconsideração do uso do preservativo pela mulher, por desejo de engravidar, não é acompanhada pelo serviço de saúde.				
3D	A mulher se submete (eu) a relacionamento sexual desprotegido com parceiro desconhecido: por ocasião ou, por dependência econômica do parceiro				
1A	O parceiro nega-se a usar preservativo com qualquer justificativa				

Legenda:

P: presente; **A:** ausente; **NA:** não aplicável

APÊNDICE 21

INSTRUMENTO 2 – MARCADOR 4

Versão final

MARCADOR 4 (M4): RECONHECIMENTO DE SI PRÓPRIO COMO SUJEITO DE DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

a) Objetivo do marcador

Identificar situações que expressem o desrespeito do homem para com a mulher, dificultando a autoconfiança, o autorrespeito ou a estima social da mulher e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

b) Planilha do Marcador

Os seguintes componentes deste marcador auxiliam para captar informações que permitam identificar situações de vulnerabilidade de mulheres para as DST/HIV.

Código	Componentes do marcador	P	A	NA	Observações
4B	A mulher sente dificuldades em manifestar suas necessidades de atenção e afeto ao companheiro				
4C	A mulher não encontra satisfação na relação com o parceiro				
4F	A responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva recai sobre a mulher				

Legenda:

P: presente; **A:** ausente; **NA:** não aplicável

APÊNDICE 22

INSTRUMENTO 2 – MARCADOR 5

Versão final

MARCADOR 5 (M5): AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE LIMITAM O ACESSO DAS MULHERES À PREVENÇÃO DAS DST/HIV

a) Objetivo do marcador:

Identificar ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV

b) Planilha do marcador

Código	Componentes do marcador	P	A	NA	Observações
5A	As ações de prevenção dirigidas à população em geral são realizadas esporadicamente (em determinadas ocasiões, como: carnaval, dia internacional da aids), sem longitudinalidade no cuidado.				
5F	O serviço de saúde não está aberto diariamente à população				
5L	Ações de prevenção de DST/HIV não são incorporadas transversalmente nas práticas de saúde				
5I	O aconselhamento pré e pós-teste anti-hiv não é realizado pelos profissionais da saúde				
5W	As ações de prevenção não são avaliadas				
5C	Ações de prevenção estão mais voltadas para as mulheres de determinados grupos				
5NB	A população masculina (companheiros ou não das mulheres) é excluída das ações de prevenção				
5P	Os profissionais de saúde desconhecem o perfil epidemiológico de DST/HIV de seu território de atuação, limitando o planejamento das ações de prevenção				
5NC	Os profissionais de saúde desconhecem contextos locais de vulnerabilidade das mulheres às DST/HIV como índices de agressão física, psicológica, outros				
5K	As ações de prevenção não são multi/intersetoriais e multi/interdisciplinares				
5ND	Comunicação limitada nos Conselhos Gestores sobre as vulnerabilidades das mulheres às DST/HIV				

Legenda:

P: presente; **A:** ausente; **NA:** não aplicável

APÊNDICE 23

Componentes dos Marcadores excluídos durante a 1º e 2º Fase da validação

Código	Componente excluído
M1: Não abertura no relacionamento para discutir o uso do preservativo	
1B	A mulher não exige usar o preservativo para não decepcionar o parceiro
1C	A mulher não exige usar o preservativo por relacioná-lo à promiscuidade
1D	A mulher não negocia o uso do preservativo pelo medo de sofrer violência física ou psicológica
M2: Desconsideração ou não reconhecimento da vulnerabilidade às DST/HIV	
2C	A mulher alterna entre períodos de exigência do uso e do não uso de preservativo
M3: Dificuldades de acesso às ações e de prevenção	
3D	Diretrizes do PSF focaliza a organização dos recursos e da atenção em função das prioridades de agravos e grupos de maior risco.
3E	Ações de prevenção desenvolvidas sob o conceito de “risco”.
3O	As ações de prevenção são planejadas sem conhecer as vulnerabilidades das mulheres às DST/HIV
3R	Desconhecimento ou incerteza sobre a localização do Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, onde pode realizar o teste anti-HIV, receber aconselhamento de DST/HIV e recolher insumos de prevenção (preservativo)
3S	Considera não ter acesso às informações sobre prevenção ao HIV
3T	Não possui vínculo com nenhum profissional de saúde
3U	Não tem acesso a insumo de prevenção (preservativo)
3V	Considera que as informações de prevenção não correspondem à sua realidade ou não podem ser aplicadas
M4: Débil ativismo na defesa do direito à prevenção	
4A	O direito à prevenção está pouco pautado nas agendas dos movimentos sociais e nas instâncias colegiadas de controle social
4B	O direito à prevenção está pouco pautado nas agendas das instâncias colegiadas de controle social
4C	Ausência do controle social das políticas locais em DST/Aids
4D	Desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o Conselho Tutelar enquanto órgão que fiscaliza o Estado

APÊNDICE 24

Componentes dos Marcadores excluídos durante a 3ª Fase da validação

Código	Componente excluído
M1: Abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV	
1E	A mulher tem autonomia limitada na decisão sobre sua vida sexual e reprodutiva
1G	A mulher desconhece as formas de transmissão e prevenção das DST/HIV
M2: Percepção da vulnerabilidade às DST/HIV	
2H	A mulher manifesta barreiras culturais que limitam ações efetivas de prevenção relacionadas com: relações de gênero, relações entre gerações, normas e crenças religiosas ou normas sociais.
M3: Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV	
3H	Relações de poder e entre gerações, crenças religiosas, normas sociais, dentre outros aspectos, limitam ações de prevenção
3NB	A mulher desconhece as formas de prevenção das DST/HIV
3NC	Desconhecimento ou incerteza quanto aos serviços que oferecem aconselhamento para a prevenção das DST/HIV, quanto à realização do teste anti-HIV na UBS ou quanto à encaminhamentos da UBS para Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA
M4 Reconhecimento de si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos	
4A	A mulher tem autonomia limitada na decisão sobre sua vida sexual e reprodutiva
4D	A mulher sente dificuldade para expressar sua opção sexual para o profissional
4E	A mulher sente-se limitada para se prevenir das DST/HIV
4G	A mulher sente-se sem direito à informação sobre a prevenção das DST/HIV, à educação sexual e reprodutiva
4H	A mulher sente-se sem direito ao sexo seguro
4I	A mulher percebe que suas capacidades e realizações não são reconhecidas socialmente
M5 Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV	
5B	A solicitação do teste para a detecção do HIV ocorre somente no Pré-Natal
5Q	As ações de prevenção são pontuais e prescritivas, não permitindo o diálogo com as mulheres
5H	Os profissionais de saúde desconhecem as características demográficas do território de responsabilidade do serviço (à ex. da rotatividade populacional, região turística, região de migração)
5J	Desvalorização das ações preventivas
5M	Limitados recursos físicos ou humanos para a realização do aconselhamento
5NA	As ações de caráter curativo são mais valorizadas do que as de caráter preventivo
5N	Há obstáculos que limitam o estabelecimento de vínculo (rotatividade de profissionais, tempo restrito de consulta, dentre outros).
5G	Dificuldade dos profissionais de saúde na abordagem de questões sexuais
5U	

- A mulher sente dificuldade para expressar sua opção sexual para o profissional de saúde (4D)

Anexos

ANEXO 1

Instrumento para avaliação do rigor, credibilidade e relevância dos relatórios de pesquisas qualitativas*

Tipo de publicação	Artigo () Dissertação () Tese () Tese de Livre-Docência ()
PROBLEMA DE PESQUISA	
Existe um problema relevante que norteie o estudo? O mesmo outorga significado à finalidade da pesquisa?	
OBJETIVO	
O objetivo de pesquisa está relacionado com o problema?	
METODOLOGIA DA PESQUISA	
Existe um método adotado no estudo? E o mesmo se ajusta aos objetivos da pesquisa?	
ESTRATÉGIA E TÉCNICAS DE AMOSTRAGEM	
Explique como e por que os participantes foram selecionados, ou razões pelas quais os participantes elegíveis recusaram participar ou abandonaram o estudo. Apresente com clareza como a informação foi coletada (entrevistas, grupos focais, etc.)	
MAXIMIZAR A VALIDEZ	
Apresente técnicas de validação de dados.	
RESULTADOS	
Os resultados apresentados se baseiam nos dados coletados e são coerentes com a finalidade do estudo? Os resultados oferecem novas informações ou reformulações ao objeto de estudo.	
ANÁLISE DOS DADOS	
Descreva o processo de análise?	
IMPLICAÇÕES	
É considerada a importância dos resultados para as práticas de saúde, formulação de políticas, elaboração de teorias ou para a formação de profissionais? Discuta as evidências a favor e contra os argumentos do pesquisador? Apresente discussão sobre se e como os resultados podem ser transferidos a outras populações.	
PROTEÇÃO DOS SUJEITOS HUMANOS	
O estudo tem aprovação do Comitê de Ética? E explique se os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido? Ou, deixe claro se os participantes aceitaram participar do estudo?	

Resultado: Nível A: ()

Nível B: ()

*The University of Kent (2006)

ANEXO 2

Parecer do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 29 de abril de 2011.

Ilm.^a Sr.^a
Monica Cecilia de La Torre Ugarte Guanilo

Ref.: Processo nº 1020/2011/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Construção e validação de marcadores de vulnerabilidade ao HIV de mulheres, no âmbito da atenção básica”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Célia Maria Sivalli Campos
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 3

Parecer do Comitê de Ética do Município de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 026.0.196.000-11*

São Paulo, 08 de Fevereiro de 2012.

PARECER Nº 028/12 – CEP/SMS

Ilma. Sra.

Monica Cecília de La Torre Ugarte Guanilo

Projeto de Pesquisa: Construção e validação de marcadores da vulnerabilidade de mulheres ao HIV, no âmbito da Atenção Básica.

Pesquisador Responsável: Monica Cecília de La Torre Ugarte Guanilo

Instituição: EE-USP

Patrocinador: a própria pesquisadora

1 - Sumário Geral do Protocolo

O conceito de vulnerabilidade trouxe importantes avanços na análise e intervenção em HIV, pois possibilita analisar aspectos sociais que podem determinar contextos de vulnerabilidade ao HIV. Não obstante, verifica-se limitada incorporação dos elementos da vulnerabilidade nas ações de prevenção e monitoramento. O objetivo do presente estudo é construir e validar marcadores de vulnerabilidade de mulheres ao HIV para serem aplicados na Atenção Básica de Saúde. A finalidade é operacionalizar esse conceito e subsidiar as ações de prevenção do HIV. Será realizada uma revisão sistemática e, a partir desta, selecionados marcadores de vulnerabilidade de mulheres ao HIV. A segunda etapa consiste na implementação das medidas destes marcadores e validação destes marcadores por meio da Técnica Delphi, em que especialistas reunidos, em oficinas a serem realizadas na EE-USP, sugerem e discutem o conteúdo sob análise. Para esta segunda etapa, serão convocados, entre outros especialistas, um representante de cada um dos seguintes órgãos da SMS: Coordenação da Atenção Básica, Coordenação de DST-AIDS e SAE DST-AIDS.

2 – Considerações.

O estudo proposto é pertinente e tem valor científico. Não é multicêntrico, o protocolo foi apresentado de maneira adequada.

A metodologia é adequada aos objetivos e resguarda os sujeitos de pesquisa de eventuais condições de risco ou desconforto. Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

O TCLE é excessivamente longo, por esmerar-se em descrever os procedimentos da pesquisa. Entretanto, explicita todas as garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96. As formas de contato com as pesquisadoras e os dois Comitês de Ética em Pesquisa envolvidos foram apresentadas.

III - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amdury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS