



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JOSEFA CLÁUDIA BORGES DE LIMA

**CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E VULNERABILIDADE DA
MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA EM CONTRAIR IST/AIDS.**

CAMPINA GRANDE- PB

2018

JOSEFA CLÁUDIA BORGES DE LIMA

**CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E VULNERABILIDADE DA
MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA EM CONTRAIR IST/AIDS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosilene Santos Baptista

CAMPINA GRANDE- PB

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732c Lima, Josefa Cláudia Borges de.
Características sócio demográficas e vulnerabilidade da
mulher em situação de rua em contrair IST/AIDS [manuscrito] :
/ Josefa Claudia Borges de Lima. - 2018.
51 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.

"Orientação : Profa. Dra. Rosilene Santos Baptista ,
Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 2. Síndrome de
Imunodeficiência Adquirida. 3. Vulnerabilidade. 4.
Enfermagem.

21. ed. CDD 616.951

JOSEFA CLÁUDIA BORGES DE LIMA

**CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E VULNERABILIDADE DA
MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA EM CONTRAIR IST/AIDS.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem, da Universidade Estadual
da Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovada em: 02/05/2018.

BANCA EXAMINADORA

Rosilene Santos Baptista

Prof^ª. Dr^ª. Rosilene Santos Baptista / UEPB

Orientadora

Francisco Stélio de Sousa

Prof. Dr. Francisco Stélio de Sousa / UEPB

Examinador

Michelly Guedes de Oliveira Araújo

Porfa Dda. Michelly Guedes de Oliveira Araújo/ UFRN

Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a *Deus*, por ter me presenteado com o curso que sempre almejei e me direcionado ao longo de toda a graduação.

À *mãe*, uma das mulheres mais fortes que conheço. Sempre lutou e torceu pela minha vitória, me dando forças para buscar os meus ideais.

À meu namorado *Rosemberg*, um dos maiores incentivadores, constantemente me mostrou que o sucesso é sempre possível quando nos propusemos para tal.

À *minha família*, na pessoa do meu irmão *Beto*, que apesar de não falar muito, sempre demonstrou apoio através de seus atos.

À minha querida orientadora professora *Dr^a Rosilene*, muito mais do que uma professora, uma amiga, sempre acreditando no meu potencial e me norteando com suas experiências.

Ao professor *Dr^o Francisco Stélio* que aceitou participar da banca examinadora, o qual sempre tive grande admiração pelo profissional e pessoa que é.

À *Michelly*, que aceitou fazer parte da banca examinadora. Ao longo da graduação sempre se mostrou disponível a ajudar com seu jeito amigo de ser.

Aos meus *amigos*, que através de suas orações e incentivos, me fizeram entender que sou capaz.

Ao *Departamento de Enfermagem*, pela solicitude e atendimento quando nos foi necessário.

À *Pastoral de Rua Irmãos de Francisco*, por me acolher como membro ao longo de dois anos. Sem dúvida, foi meu maior incentivo para estudar essa população.

Às *mulheres em situação de rua*, por terem participado do estudo e compartilhado suas experiências.

Por fim, aos meus *colegas de turma*, que ao longo desses anos compartilhamos diversos momentos.

LIMA, J.C.B, Características sócio demográficas e vulnerabilidade da mulher em situado de rua em contrair ISTs/AIDS, UEPB. Campina Grande, Maio de 2018.

RESUMO

A população em situação de rua é um grupo vulnerável a doenças. É constituído majoritariamente por homens, porém, também, por uma parcela significativa de mulheres, as quais enfrentam situações que corroboram para o advento de infecções. Diante desta realidade se questionou: Que relação existe entre a mulher estar em situação de rua e adquirir infecções sexualmente transmissíveis? Objetivou-se compreender a relação entre a condição de vida das mulheres em situação de rua e a exposição à IST/AIDS. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa realizado no período de novembro de 2017 a março de 2018. Os sujeitos do estudo foram mulheres em situação de rua da cidade de Campina Grande- PB. Dentre elas, participaram aquelas que atenderam os seguintes critérios: idade igual ou superior a 18 anos, em situação de rua há mais de 3 meses ou que tenham sido relocadas para casas de acolhida, e que atualmente residam na cidade do estudo. A coleta foi realizada nas ruas (centro da cidade, em um bairro e nas mediações da feira central) e em duas casas de acolhida: Associação do Apostolado da Divina Misericórdia e Casa de Acolhida Zuleide Porto. Para coletar os dados nas casas de acolhida, foram agendados data e horário para a visita e aplicação do questionário, de acordo com a disponibilidade das instituições, já os encontros nas ruas foram esporádicos devido a transitoriedade dos sujeitos. Para coleta de dados foram utilizados gravador e questionário, posteriormente foram dadas informações educativas junto a estas mulheres para elucidação de dúvidas. Na análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, da qual surgiram quatro grandes categorias: Fatores influenciadores, saúde da mulher, compreensão sobre as IST/ AIDS e auto- avaliação. No que diz respeito aos resultados obtidos, observou-se fatores interligados que favorecem o adoecimento das mulheres em situação de rua, muitas vezes agravados pelas questões de gênero e políticas públicas inespecíficas e ineficazes. Portanto, se faz necessário uma maior atuação dos poderes públicos, assim como, uma melhor assistência de enfermagem, através do cuidado responsável e humanizado, mas também de maneira indireta, mediante realização de mais estudos voltadas a essa temática.

Palavra-chaves: Pessoas em Situação de Rua, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Enfermagem.

ABSTRACT

The street population is a group vulnerable to disease. It is composed mainly of men, but also by a significant number of women, who face situations that corroborate for the advent of infections. Faced with this reality, the question was: What is the relationship between the woman being in the street and acquiring sexually transmitted infections? The objective was to understand the relationship between the living conditions of women in the street and exposure to STI / AIDS. This is an exploratory study with a qualitative approach carried out from November 2017 to March 2018. The subjects of the study were women in a street situation in the city of Campina Grande-PB. Among them, those who met the following criteria: age 18 years or older, in a street situation for more than 3 months or who have been relocated to foster homes, and who currently reside in the study city. The collection was carried out in the streets (downtown, in a neighborhood and in the mediations of the central fair) and in two houses of welcome: Association of the Apostolate of the Divine Mercy and House of Acolhida Zuleide Porto. In order to collect the data in the reception centers, dates and times were scheduled for the visit and application of the questionnaire, according to the availability of the institutions, since the meetings on the streets were sporadic due to the transience of the subjects. Data were collected using a tape recorder and a questionnaire, later educational information was given to these women to elucidate doubts. In the analysis of the data, the technique of content analysis was used, from which four major categories emerged: Influencing factors, women's health, understanding about STI / AIDS and self-evaluation. With regard to the results obtained, we observed interconnected factors that favor the sickness of women in the street, often aggravated by gender issues and non-specific and ineffective public policies. Therefore, it is necessary a greater performance of the public powers, as well as a better nursing care, through responsible and humanized care, but also in an indirect way, through the accomplishment of more studies focused on this theme.

Word keys: Street People, Sexually Transmitted Diseases, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Nursing.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3. METODOLOGIA.....	15
3.1 Tipo de estudo.....	15
3.2 Sujeitos.....	15
3.3 Critérios de inclusão e de exclusão dos sujeitos.....	15
3.4 Instrumento de coleta de dados.....	15
3.5 Procedimento para coleta de dados.....	15
3.6 Processamento e análise de dados.....	16
3.7 Aspectos éticos da pesquisa.....	16
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
4.1 Perfil das mulheres.....	17
4.2 Fatores influenciadores.....	19
4.2.1. Prostituição.....	19
4.2.2. Ações ilícitas.....	20
4.2.3. Exposição à violência.....	22
4.2.4. Alimentação.....	23
4.2.5. Repouso.....	24
4.3 Considerações sobre a saúde.....	25
4.3.1. Acesso aos serviços de saúde.....	25
4.3.2. Consulta ginecológica.....	26
4.3.3. Ciclos menstruais.....	27

4.3.4. Ausência de prevenção.....	28
4.4 Compreensão sobre as IST/AIDS.....	30
4.4.1. IST.....	30
4.4.2. AIDS.....	31
4.5 Auto percepção do processo saúde/ doença.....	33
4.5.1. Saúde íntima.....	33
4.5.2. Vulnerabilidade.....	34
5. CONCLUSÃO.....	37
6. REFERÊNCIAS.....	38
7. APÊNCICES.....	42
7.1. APÊNDICE A- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	43
7.2. APÊNDICE B- TCLE.....	47
8. ANEXOS.....	48
8.1 ANEXO A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE).....	49
8.2 ANEXO B- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (CASA DE ACOLHIMENTO ZULEIDE PORTO).....	50
8.3 ANEXO C- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (ASSOCIAÇÃO DO APOSTOLADO DA DIVINA MISERICÓRDIA).....	51

1 INTRODUÇÃO

População em situação de rua, é um grupo de pessoas que habitam as ruas em decorrência de circunstâncias que permeiam suas vidas, o que não quer dizer que são moradores de rua, pois são indivíduos com direitos constitucionais e não meramente objetos próprios da rua. Santos (2013) acrescenta que, o termo exprime a situação relacionada à rua e não a falta de moradia.

De acordo com a Política Nacional para inclusão da População em Situação de Rua, Brasil (2008), população em situação de rua, é um grupo de pessoas diversificadas, mas que possuem contextos genéricos no que diz respeito a miséria, a inexistência de laços familiares e a falta de residência usual. Normalmente, para se refugiar utilizam espaços públicos e prédios deteriorados ou abandonados, podendo habitá-los ocasionalmente ou de forma definitiva. Considera-se ainda pessoas em situação de rua, aquelas que estão abrigadas em instituições de acolhimento apenas para dormida ou como habitação temporária.

A vivência de pessoas nas ruas, é um fenômeno antigo, e perpassa diversos períodos históricos, como enfatiza Santos (2014). Esta coloca que, os indivíduos se encontram fichados pela marginalidade e miséria, logo, não são aceitos pela sociedade civil. No entanto, para a autora, a representação negativa não é apenas da sociedade, mas de órgãos governamentais que não proporcionam políticas públicas adequadas e eficazes para esta população, interpondo assim, com o estudo de Júnior et. al (2010) o qual enfatiza que as condições de vida das pessoas em situação de rua, determinam o processo saúde- doença. Sendo assim, percebe-se que, a problemática abordada configura-se não só como uma questão social, mas também de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) inserido na Constituição Federal de 1988, preconiza uma atenção humanizada dentro dos seus princípios e diretrizes. O capítulo da seguridade social, garante os direitos referentes à previdência, à assistência social e à saúde, de modo que esta última, deve ser garantida como direito de todos e dever do Estado. No entanto, Brasil (2014b) afirma que só após 20 anos da conquista do SUS, no ano de 2009 é que foi instituída a Política Nacional para inclusão da População em Situação de Rua.

A política foca na promoção da saúde e prevenção das doenças mais prevalentes na população. Além disso, promove fortalecimento das ações voltadas à saúde mental, das instituições para atendimento nas três esferas do SUS, da educação permanente voltada para os profissionais da saúde com enfoque na população em situação de rua, da participação social através da ouvidoria, do apoio para a manutenção das Casas de Apoio, do incentivo a educação em saúde.

Brasil (2012) relata que a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, institui o CnaR- Consultórios na rua, os quais são compostos por equipes multiprofissionais que atuam com ações itinerantes junto às UBS, CAPS, serviços de urgência e emergência, entre outros, a depender da necessidade do usuário.

O consultório na rua, pode ser a oportunidade de construção dos vínculos entre os profissionais e o usuário. Brasil (2012) ressalta a importância da atenção integral aos moradores em situação de rua e aponta os principais problemas clínicos encontrados nesta população: Problemas nos pés, infestações, tuberculose, gravidez de alto risco, doenças crônicas, álcool e drogas, saúde bucal e DST, HIV/AIDS.

Estudos anteriores, como o de Garcia (2013) confirmam que a população em situação de rua possui elevado risco para aquisição de doenças, em decorrência da condição em que vivem. Normalmente não possuem uma alimentação adequada, fazem uso de drogas, são profissionais do sexo, ou até mesmo não possuem acesso aos serviços de saúde. Além destes, o Ministério da Saúde/ Brasil (2014b), traz outros pontos: exposição a violência, consumo de água não potável, privação de sono e não adesão ao tratamento. Menciona ainda, que os indivíduos recusam assistência nos serviços de saúde por causa de situações desconfortáveis vivenciadas anteriormente, como é o caso do impedimento de entrada nos serviços, negação de atendimento, e assistência de má qualidade. Já Grangeiro et. al (2012) evidenciam que a população em situação de rua, está vulnerável a HIV por causa dos aspectos que favorecem o risco, como é o caso da não utilização de preservativos nas relações sexuais, discriminação e desigualdade social. Pinto et. al (2014) complementam que a população em situação de rua é um grupo bastante vulnerável a adquirir IST.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, traz que as IST possuem diversas origens e apresentações clínicas. Além disso, causam mudanças na qualidade de vida dos indivíduos e nas suas relações como um todo. O protocolo evidencia a relevância do enfermeiro no que diz respeito ao manejo das IST, o qual contribui para a minimização da vulnerabilidade, mediante a consulta de enfermagem, a realização de atividades educativas, a solicitação de exames e a prescrição de medicamentos estabelecidos pelos programas de saúde pública de acordo com Lei nº 7.498, de 25 junho de 1986 (BRASIL, 2015b).

Segundo Brasil (2015a), as IST são causadas por vírus, fungos, bactérias e protozoários. São transmitidas especialmente pelo contato sexual, mas o indivíduo pode ser infectado através das transfusões sanguíneas, pelo modo transplacentário, durante o parto, ou ainda,

pela amamentação. Em relação às manifestações clínicas, podem se apresentar como úlceras genitais, doença inflamatória pélvica e corrimento uretral e vaginal, além disso, algumas infecções podem facilitar a transmissão do HIV.

Vale salientar que, conforme afirma Brasil (2015a), as mulheres são mais vulneráveis a complicações mais graves relacionadas a algumas ISTs, especialmente quando acometidas pelo HPV, pois este possui relação com o câncer do colo do útero. No que diz respeito aos grupos de risco, pode-se citar: profissionais de sexo, homossexuais, travestis, usuários de droga, dentre outros.

A população em situação de rua é constituída em sua maior parte por homens, segundo Santos (2014), tal realidade condiz com a desigualdade de gênero, o qual é mantida historicamente, onde os papéis femininos foram impostos, e as mulheres foram limitadas ao lar e a reprodução, ao contrário dos homens. Portanto, para ponderar a saúde da mulher em situação de rua, Brasil (2004) enfatiza a importância do entendimento dos papéis ocupados por elas tanto na área social, quanto na área de saúde, além do que, as políticas públicas vigentes parecem não contemplar as mulheres em situação de rua.

Portanto, diante de tais considerações, a partir das fragilidades para o cumprimento das políticas públicas voltadas a população em situação de rua, especialmente à mulher, e também, na percepção de que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro devam compreender a vulnerabilidade que permeia a vida destas mulheres para se obter um atendimento humanizado e integral, é que se questionou: Que relação existe entre a mulher estar em situação de rua e adquirir infecções sexualmente transmissíveis? Sendo assim, pretende-se com este estudo, buscar respostas para tais questionamentos, cujo objetivo geral é compreender a relação entre a condição de vida das mulheres em situação de rua e o risco em contrair ISTs/AIDS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A vivência de pessoas nas ruas não é um acontecimento novo, pelo contrário, está presente no Brasil há séculos. Há registros desta população desde o século XIV, mas em maior escala a partir do século XX, principalmente pelo aumento do número de pessoas se submetendo a condições de miséria. Um fato primordial para tal realidade, foi o advento do capitalismo e neoliberalismo que provocaram as desigualdades sociais, principalmente após a Revolução Industrial, alega Santos (2013). A autora menciona o modelo econômico atual, como uma das promotoras no aumento da população em situação de rua, pois, apesar deste modelo exigir qualificações profissionais, não oferece subsídios para tal competência. O Ministério da Saúde cita outros fatores:

A rápida urbanização ocorrida no século 20, a migração para grandes cidades, a formação de grandes centros urbanos, a desigualdade social, a pobreza, o desemprego, o preconceito da sociedade com relação a esse grupo populacional e, muitas vezes, a ausência de políticas públicas (BRASIL, 2014b P. 8).

Brasil (2012) traz que, por volta das décadas de 70 e 80, a Igreja católica, através da Pastoral do Povo da Rua, realizou movimentos em apoio às pessoas em situação de rua, inclusive com implantação de casas assistenciais e mobilizações de apoio social, o que fez aumentar a representatividade e a sensibilização por parte dos poderes públicos municipais. Em decorrência destas atividades voluntárias, os municípios como é o caso de Belo Horizonte, no ano de 1993, começaram a criar programas e fóruns dedicados a discussão para fomentar a criação de políticas públicas. Tais programas e fóruns objetivaram compreender o perfil dessas pessoas, identificar a realidade e conhecer as instituições filantrópicas para promover o trabalho em conjunto. Então, no ano de 2002, a população em situação de rua de Belo Horizonte passou a ter atendimento à saúde por uma Equipe de Saúde da Família exclusiva e específica para sua realidade. A partir daí, outras cidades brasileiras com histórico de pessoas vivendo nas ruas, começaram a implantar ações semelhantes.

Sendo assim, Brasil (2014b) enfatiza que a população em situação de rua, ao longo do tempo vem ganhando maior visibilidade, todavia, após 20 anos da conquista do SUS, somente no ano de 2009 é que foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua. Criou-se também o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, o plano Operativo de Saúde para a População em Situação de Rua e foi implantado o Programa Consultório na Rua.

Contudo, mesmo diante das conquistas marcadas ao longo dos anos, e da aquisição de um sistema de saúde que visa atender os indivíduos através dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, há desafios que precisam ser superados, para que as políticas vigentes contemplem a população em situação de rua em sua totalidade. Santos (2013) acrescenta que para contemplar as necessidades de saúde dessas pessoas, se faz necessário a criação e implantação de artificios compensatórios.

O conceito de saúde segundo a OMS é bastante abrangente: “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (BRASIL, 2014b, P. 25). Então, levando em consideração a ampla definição, as pessoas que vivem nas ruas não possuem saúde, pois lhes faltam os pontos mencionados como critérios essenciais para classificação de um indivíduo saudável.

Sousa et. al (2011) traz que o termo vulnerabilidade pode ser interpretado de diversas formas, dentre elas, como situações que tornam determinada população fragilizada no que concerne a promoção e proteção dos seus direitos. Portanto, a população em situação de rua é vista como um dos grupos populacionais mais predisponentes à obtenção de doenças, devido ao modo de viver, bem como as circunstâncias que permeiam a vida desses indivíduos.

Estudos como o de Garcia (2013), enfatizam a vulnerabilidade em que as pessoas em situação de rua estão expostas, citando principalmente a alimentação inadequada, exposição a violência, hábitos higiênicos precários, exposição aos fenômenos naturais, inaccessos aos serviços de saúde, dentre outros.

Sobre a problemática, Grangeiro et. al (2012) mencionam a prevalência da tuberculose, das infecções sexualmente transmissíveis e dos problemas mentais, os quais são acentuados pela questões sociais, alcoolismo, drogadição, cumprimento de pena, violência e inexistência de documentação. O inaccessos às ações de prevenção de IST/AIDS, o uso inconsciente de preservativos e a contaminação de HIV associada a sífilis também foram expostos pelo autor. Já Brasil (2014b), acrescenta HIV/AIDS, doenças crônicas, gravidez de alto risco, problemas nos pés e problemas relacionados à saúde bucal, ocasionados, dentre outros motivos, pela indisponibilidade de água potável, sono e repouso inadequados e má alimentação.

Brasil (2012) citou uma pesquisa realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, realizada no ano de 2007, sobre a população em situação de rua em 71 municípios brasileiros, onde revelou que há em média 50 mil pessoas em situação de rua,

mais da metade destes é do sexo masculino. A maioria declarou que quando está doente recorre aos hospitais ou postos de saúde, quase nunca ao dispositivo de Consultório na Rua.

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população em situação de rua in loco. As atividades são realizadas de forma itinerante desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL 2012, P.13).

Todavia, há dificuldades para o cumprimento do propósito deste disposto, o qual Hal-lais & Barros (2015) apontam para as dificuldades logísticas, operacionais, financeiras e de recursos humanos. Londero et. al (2014) apud (Tílio et. al 2016) acreditam que por esse motivo, os profissionais de saúde não atendem adequadamente a população de rua, que fica prejudicada no que diz respeito a assistência em saúde.

As inequidades de gênero afetam e são produzidas na interação entre as mulheres em vivência de rua e as demais pessoas desse meio, assim como os serviços e políticas criados para atendê-las (SANTOS, 2014 P.10).

Vale salientar que, antes da criação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, no ano de 2004 houve a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, a qual originou o Plano Nacional de Política para as Mulheres. Esta informação mostra que as mulheres em situação de rua, tinham seus direitos ancorados anteriormente, no entanto, não foram contempladas. Sobre este plano, Brasil (2005) relata que ele tem interesse em colocar em prática os direitos, promover a equidade de gênero e combater as formas de discriminação contra as mulheres.

No que diz respeito às questões de saúde, o plano prevê melhoria na saúde mediante a ampliação dos serviços, garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; redução da morbimortalidade das mulheres inseridas nos diversos grupos populacionais, sem discriminação; bem como a ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher no âmbito do SUS. Uma das prioridades deste plano é promover a prevenção e o controle das IST/HIV-Aids da população feminina e reduzir os casos de violência doméstica e sexual, aponta Brasil (2005).

Alves (2013) diz que as mulheres em situação de rua, costumam enfrentar maiores adversidades em comparação aos homens, além do mais, possuem maior vulnerabilidade para sofrer violências, inclusive sexual, o que se configura um importante acontecimento para a mulher contrair IST/AIDS. “As políticas voltadas a esta população, majoritariamente, são apenas compensatórias, assistencialistas” (ROSA et. al, 2006 p. 332). Então, diante das colocações, percebe-se a necessidade de políticas públicas direcionadas às mulheres em situação de rua, ou adequação das já existentes, de maneira que a assistência a saúde não se resuma a reparação dos danos, mas que seja ancorada na prevenção e promoção da saúde, de acordo com o que preconiza o SUS.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo e local

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa, realizado no período de dezembro de 2017 a março de 2018, em duas casas de acolhida para moradores em situação de rua na cidade de Campina Grande- PB, Brasil, bem como nas ruas da cidade.

3.2 Sujeitos

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres em situação de rua residentes na cidade de Campina Grande- PB. Para manutenção da privacidade dos indivíduos estudados, os relatos foram identificados por codinomes: Rosa, Orquídea, Tulipa, Margarida (CA), Lírio (CA), Bromélia (CA) e Violeta (CA). A sigla CA refere-se às mulheres localizadas nas Casas de Acolhida no momento da entrevista, os codinomes sem a sigla, foram aquelas encontradas nas ruas.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão:

Critérios para inclusão na pesquisa: Mulheres com idade superior a 18 anos , em situação de rua há mais de 3 meses, ou que recebiam apoio nas instituições de acolhida.

Como critérios de exclusão : Mulheres sob efeito sugestivo de ingestão de drogas (evidenciado por odor característico, midríase, disfasia, alucinações) na ocasião da entrevista e/ou que representam risco físico para o pesquisador, que não conseguiam responder as questões com fidedignidade em decorrência de confusão mental.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário semi estruturado e gravador, após consentimento das mulheres.

3.5 Procedimentos para a coleta de dados

Inicialmente, foi solicitado a autorização da pesquisa pela Secretaria de Saúde do município, depois da liberação, houve um levantamento das casas de acolhida da cidade, inclusive as filantrópicas, que acolhem mulheres em situação de rua. Aos coordenadores, foram explanados os objetivos e solicitado a liberação da pesquisa nestes locais.

Para coletar os dados, foram agendados data e horário para a visita e aplicação do questionário, de acordo com a disponibilidade das instituições. As coletas de dados iniciaram nas casas de acolhida, pela facilidade do contato com as mulheres. Em contrapartida, os encontros na rua foram esporádicos devido a complexidade e transitoriedade de estar nas ruas. As mulheres foram encontradas no centro da cidade, nas imediações da feira e em um bairro da mesma cidade.

No encontro com as mulheres, foi evidenciado o objetivo da pesquisa, e solicitado a assinatura do Termo Livre e Esclarecido (TCLE). Mediante a aceitação e assinatura do TCLE, realizou-se a entrevista.

3.6 Processamento e análise de dados

Segundo Bardin (1977), a sistematização das ideias iniciais partem da leitura flutuante, escolha dos documentos que serão analisados, formulação de hipóteses (afirmação provisória que precisa ser confirmada) e objetivos (finalidade geral), bem como a fundamentação. O material coletado (conteúdo de gravação ou entrevista), precisa ser preparado e transcrito. A segunda etapa diz respeito à exploração do material, onde as decisões tomadas na etapa anterior são sistematicamente administradas. Posteriormente, os resultados obtidos são tratados e interpretados. Então, a análise de conteúdo é um agrupamento de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos diversificados, baseado na interpretação.

A análise e a discussão do conteúdo, foram realizadas mediante a categorização do material coletado durante a entrevista, tendo por base a análise de conteúdo e respaldo da literatura pertinente. A categorização tem por finalidade reunir objetos por classificação, dessa forma, cria-se grupos compostos por elementos semelhantes, afirma Bardin (1977).

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e aprovado sob número: 80706217.0.0000.5187.

Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos e benefícios do estudo. Foram explanadas a seguridade do sigilo, da privacidade e do direito a desistir da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer tipo de ônus. Após apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as mulheres aceitaram participar da pesquisa e o assinaram conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante e após a conversa, de acordo com as dúvidas que foram surgindo a respeito das IST/ AIDS e outras questões de saúde, foram dadas orientações na perspectiva da educação em saúde. Dentre as orientações, destacam-se: Métodos anticoncepcionais com ênfase no uso do preservativo; explanação do conceito de IST, HIV/AIDS e de seus principais modos de transmissão, sintomas e complicações; técnica da higiene íntima e sua relevância, especialmente após as relações sexuais e a anatomia do corpo feminino. Além disso, as mulheres foram encorajadas a procurar os serviços de saúde mesmo que não possuam a documentação, especialmente as UBSF que tem seus atendimentos focados na promoção e prevenção da saúde. Incentivou-se a participação das ações desenvolvidas pelo Consultório na Rua, a captação gratuita de preservativos nas unidades de saúde e a permanência nas casas de acolhida pelo fato destas instituições oferecerem alimento, repouso, maior segurança, acesso aos serviços de saúde.

Não participaram da pesquisa, duas mulheres que se encontravam sob efeito de droga, duas adolescentes menores de 18 anos, três mulheres que nunca residiram nas ruas (duas destas estão na casa de acolhida em virtude de abandono familiar e uma possui residência, mas estava junto aos moradores em situação de rua consumindo drogas) e duas moradoras com problemas mentais, totalizando nove exclusões.

4.1 Perfil das mulheres

Das 7 mulheres entrevistadas, quatro se encontravam em casas de acolhida e três viviam permanentemente nas ruas. São mulheres jovens e adultas, com idades entre 19 e 44 anos, com uma média de 33,3 anos, sendo que uma delas não soube informar a idade. Solteiras, possuíram em média de uma a quatro gestações, uma relatou aborto espontâneo. São paraibanas, naturais das cidades de Campina Grande, Taperoá, Algodão de Jandaíra e Esperança. Em relação aos graus de instrução, 57, 14% não possuíam escolaridade, 28,57% cursaram o ensino fundamental completo e 14, 29% o ensino médio incompleto.

Em relação à documentação, 42, 85% das mulheres não a possuíam e 57,14% revelaram ter adquirido segunda via, no entanto, só as que frequentavam casas de apoio. Em referência a atividade remunerada, somente uma possui vínculo empregatício, as demais vivem de doações, como pedintes, ou do auxílio bolsa família. As moradoras das casas de apoio, alegaram realizar de 3 a 6 refeições ao dia, já as demais, não souberam quantificar, pois a alimentação depende da boa vontade das pessoas.

Os sujeitos da pesquisa relataram não possuir vínculo familiar, no entanto, se socializam com outros moradores em situação de rua, ou com alguns funcionários das casas de acolhida. Apesar da população de rua ser considerada itinerante, as mulheres afirmaram que nunca ficaram nas ruas de outras cidades e costumam habitar sempre em pontos fixos, como é o caso do centro da cidade, da feira central e dos bairros. As justificativas para habitar o centro e a feira, normalmente são a aquisição de alimentos, facilidade de obtenção de dinheiro e de abrigo. Já quem prefere os bairros, esclarece que é menos violento e recebe maior apoio das pessoas, o que explicita a individualidade dos sujeitos, portanto, são únicos e possuem necessidades específicas.

Todas as mulheres alegaram sofrer discriminação pela sociedade que as veem como drogadas e prostitutas. Além disso, algumas demonstraram medo de serem assassinadas por estar nas ruas.

Tratando-se do tempo em situação de rua, 42,85% das mulheres revelaram estar há dez anos (parte nas casas de acolhida), 28,58% há pouco mais de um ano e 28,57% não souberam quantificar. Vale salientar que, algumas mulheres buscam apoio nas instituições acolhedoras, mas com um tempo voltam às ruas e depois podem retornar às mesmas casas, de modo que residem, ora na rua, ora nas instituições.

Tendo em consideração os principais motivos para morar nas ruas, os indivíduos em estudo apontaram os conflitos familiares (violência física e sexual e má aceitação após cumprir pena em regime fechado), prostituição e pobreza.

A partir das discussões, referentes ao risco da mulher em situação de rua adquirir IST/AIDS, emergiram-se quatro grandes categorias: **Fatores influenciadores** (subcategorias: ‘Prostituição’, ‘ações ilícitas’, ‘exposição à violência’, ‘alimentação’, ‘repouso’); **Considerações sobre a saúde** (subcategorias: ‘Acesso aos serviços de saúde’, ‘consulta ginecológica’, ‘ciclos menstruais’, ‘ausência de prevenção’); **Compreensão sobre as IST/AIDS** (subcategorias: (‘IST’, ‘AIDS’); **Auto percepção do processo saúde/doença** (subcategorias: ‘Saúde íntima’, ‘vulnerabilidade’).

4.2 Fatores influenciadores

Muitos são os elementos contribuintes para as mulheres em situação de rua contrair as infecções sexualmente transmissíveis e AIDS, pois é considerado um grupo vulnerável a violência, a má alimentação e repouso ineficaz. Além do mais, se prostituem ou já se prostituíram, e apresentam-se, em grande número, com pouca instrução educacional, o que colabora para a não prevenção.

4.2.1 Prostituição

Segundo Figueiredo & Peixoto (2010), a prostituição tem por base as desigualdades: de gênero, socioeconômicas, étnico- raciais e geracionais. Em se tratando de mulheres que vivem em situação de miséria, como é o caso das moradoras de rua, tal atividade se torna bastante comum, visto a inexistência de vínculo empregatício e, conseqüentemente, a condição financeira inadequada para o sustento das mesmas. Os relatos abaixo, mostram os motivos pelos quais as mulheres se prostituem:

“[...] *Pra ganhar dinheiro* [...]” (Rosa)

“[...] *Já. Pra conseguir dinheiro* [...]” (Margarida- CA)

“[...] *Pra comer. Já me prostitui, não vou mentir... Fazia programa lá na feira de galinha* [...]” (Orquídea)

“[...] *Quem vive na rua, para conseguir dinheiro, alguma coisa, se prostitui. O motivo para eu me prostituir era para usar droga. Você sabe, a pessoa na rua, querendo droga* [...]” (Lírio CA)

As mulheres em estudo, se prostituem para obtenção de dinheiro, alimento e também para a compra de drogas. Esta comercialização resulta em um paradoxo, a fonte de sobrevivência, é também risco de morte. À medida que a mulher vende seu corpo para obtenção de dinheiro e alimento, pode pagar um preço muito alto, com prejuízo à saúde, sobretudo, pela vulnerabilidade de adquirir infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS. A prostituição, favorece um elevado número de parceiros sexuais e de sexo sob efeito de drogas, o que tende a aumentar o risco de adquirir patologias. Matos et. al. (2013) acrescenta que as mulheres profissionais do sexo possuem risco elevado de adquirir IST, pois usam drogas lícitas e ilícitas e mantêm relações sexuais desprotegidas. Além do mais esta prática pode corroborar para a violência contra a mulher, conforme afirma a fala a seguir:

“[...] Tive um monte. Só sei que ficava com um, o outro ficava olhando traído. Aí eu não tinha medo, saía com a cabeça arrebitada, mas eu era ‘pau’ também [...]” (Rosa)

“[...] Se eu dizer que foi 10, tô mentindo, 20 tô mentindo, pode botar mais de 30 [...]” (Lírio CA)

Estudos como o de Gaspar (1995) apud Pasini (2000), mostram que a mulher que se prostitui, possui vínculo afetivo com outros homens, além dos encontros com seus clientes. Deste modo, “preservam” partes do corpo, estabelecendo limites aos clientes, expressado pela autora como um limite simbólico corporal. No que diz respeito ao relato acima, a mulher impõe este limite, não ligado à relação sexual propriamente dita, mas à inaceitável violência física provocada por um homem (provavelmente o que mantém relação afetiva) pelo fato dela ter se relacionado com outros, através da prostituição. A expressão “era pau também”, faz-nos compreender que a violência é recíproca, traz à tona os modos de como a mulher enfrenta os diversos acontecimentos que envolvem sua situação de vida.

4.2.2 Ações ilícitas

Atualmente, muito se tem falado sobre as condições prisionais do Brasil, principalmente relacionadas à superlotação, poucos recursos financeiros, más condições de higiene, além da alta prevalência de IST/AIDS nesta população, o que caracteriza uma questão preocupante de saúde pública. Albuquerque et. al (2014), acreditam que a população carcerária, possui maior vulnerabilidade em adquirir as infecções já referidas, em decorrência do sexo desprotegido, do compartilhamento de seringas para uso de drogas, além de ações de saúde ineficientes.

Em se tratando da população de rua, é comum pessoas que já se envolveram com ações ilícitas, e, em decorrência disto, foram submetidas ao sistema prisional, como é visto nas falas das mulheres:

“[...] Já tirei cadeia. Botaram droga no meu bolso, me envolvi com quem não presta[...]” (Rosa)

“[...] Eu fui presa por que dei numa mulher [...]” (Lírio CA)

Estudos tem mostrado que as infecções são transmitidas, não só entre os presidiários, mas é estendida para a população “livre”, pois o indivíduo que pratica a visita íntima, traz consigo as doenças e dissemina na comunidade, já que na prisão não usam preservativos, co-

mo bem enfoca Albuquerque et. al (2014). Então, levando em consideração a afirmativa da autora e os relatos das entrevistadas, pensa-se que quando a mulher sai dos presídios e vai para as ruas, transmite as infecções ao praticar sexo com outros moradores em situação de rua, ou até mesmo através da prostituição. Pois, como foi visto em suas falas, elas se relacionam sexualmente sem uso de preservativos.

As mulheres, relataram usar ou terem usado pelo menos dois tipos de drogas, incluindo lícitas e ilícitas, além de solventes e entorpecentes, como é o caso do thinner e do loló, conforme observa-se :

“[...] Uso maconha, pó, aranha e doce...Pode anotar aí, é um papelzinho azul bem pequeno [...]” (Bromélia- CA)

“[...] Maconha, tine e cachaça [...]” (Orquídea)

“[...] Eu fumo. Mas já usei maconha, tine e outras [...]” (Margarida- CA)

“[...] Hoje só fumo cigarro, mas usava bebida, maconha, crack e loló [...]” (Lírio CA)

Estudo anterior, como o de Grangeiro et. al (2012), que pesquisaram a vulnerabilidade de moradores em situação de rua na cidade de São Paulo, revelou que mais da metade dos entrevistados, faziam uso de drogas psicoativas, mencionado como importante fator de risco em adquirir HIV. Sobre esta temática, uma moradora revelou:

“[...]Tem uns que chamavam para fumar pedra. Quando terminava dizia: E aí, vamos? Aí eu: vamos. Ia e não usava camisinha [...]” (Lírio CA)

De acordo com a mulher, ela mantinha relações sexuais sob efeito de droga sem uso de preservativo, relação esta, que caracteriza como uma troca de favores, onde o homem oferece a droga e a mulher o corpo. Portanto, o uso de drogas, torna o indivíduo predisponente a obtenção de doenças infecciosas, especialmente pelo efeito depressivo que acomete o sistema nervoso central, fazendo com que a racionalização para uso do preservativo seja ainda menor. Brasil (2006) relata que tal atitude explica a alta prevalência da infecção nos usuários que

optam por essa via de administração de drogas, acrescenta ainda que, a atitude representa risco tanto para os que compartilham do mesmo material, quanto para os parceiros sexuais.

Estudos como o de Minayo & Deslandes (1998) mostram que o uso drogas possui relação com a violência, pois, algumas podem provocar comportamentos mais agressivos nos usuários. Traz ainda, que, o próprio tráfico de drogas favorece discórdia entre vendedores e compradores e também há a prática de crimes para obtenção dessas substâncias.

4.2.3 Exposição à violência

A rua, pode ser um ambiente perigoso para as mulheres, pois ela estão expostas a diversos tipos de violência, principalmente a violência sexual:

“[...] me urinei todinha... dentro do matagal. Não morri porque Deus não quis ou se eu não tivesse concordado tinha me matado [...]” (Rosa)

“[...] Eu grávida dele, uns caba queria me usar. Tentaram me estuprar, eu gritei no meio da rua, aí os outros moradores de rua vieram pra cima [...]” (Violeta- CA)

Como pode-se perceber, os indivíduos se aproveitam da condição em que a mulher se encontra: solidão, gestação, vício e o próprio gênero. A exposição a este tipo de violência, também é influenciada pela prostituição e pelo uso de drogas:

“[...]Uma vez, eu lá na feira, chegou um cara e disse: Vamos sair? Você sabe que a pessoa que é drogado, só visa dinheiro para se drogar. Pois saí com esse cara, só que me enganei, ele me levou para o matagal. Quando terminou o serviço todinho, ele puxou uma lapa de faca para me matar. Foi Deus, porque eu dei um empurrão nele. Saí correndo nua, nua, pedindo ajuda. Ainda me arranhou isso aqui meu todinho de faca [...]” (Lírio CA)

A violência, também pode ser motivada pela falta de um lar, onde o indivíduo fica exposto nas ruas, no entanto, mulheres em situação de rua, revelaram que no passado, no meio doméstico sofreram estupro, ação esta, que colaborou para decisão de ir morar nas ruas:

*“[...] Meu pai me estuprou com seis anos. O rancor maior é que levei cacete da minha mãe, e depois dele. Aí cai no mundo [...]”
(Bromélia- CA)*

O estupro pode ser por um lado, uma consequência da vivência nas ruas e por outro um motivo para morar nelas. Estes relatos, corroboram com dados de pesquisas internacionais, como as citadas por Rosa & Bretas (2015), revelando uma vulnerabilidade das mulheres sofrerem violência sexual. Além do prejuízo à saúde, pela violência propriamente dita, as moradoras em situação de rua, estão expostas às IST/AIDS e ao risco de morte.

4.2.4 Alimentação

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, Brasil (2014a), a alimentação adequada e saudável, é um direito de toda a população brasileira, devendo ser acessível, apropriada em quantidade, qualidade e variedade.

A realidade da população em situação de rua, no que diz respeito à alimentação, não pode servir como parâmetro alimentar saudável, quando comparado ao que o Ministério da Saúde preconiza. Pelo contrário, é um grupo que se alimentam mal, devido às circunstâncias que envolvem a situação de vida, como se vê nos relatos:

“[...] Como o que me dão. Até arroz puro, gelado da geladeira [...]” (Rosa)

“ [...]Tem dia que só como de noite, quando o povo da igreja vem [...]” (Orquídea)

Estas pessoas, dependem da generosidade de outras para se alimentarem. Seja o grupo religioso que presta assistência em dias pontuais, ou a comunidade que se sensibiliza com a situação e oferece o resto alimentar. Deste modo, a quantidade, qualidade e variedade de nutrientes são insuficientes para manter o indivíduo saudável.

Godoy et. al (2007) dizem em seu estudo que por volta do 1860, a teórica Florence Nightingale (1889) já se preocupava com os tipos de alimentos oferecidos aos pacientes e compreendia a relevância destes para uma boa recuperação da saúde. Naquele momento, ela já questionava os valores nutritivos de alguns alimentos e enaltecia outros.

As mulheres que se abrigam nas “casas de acolhida”, normalmente não precisam pedir ou esperar doações alimentares, pois, nestas instituições são oferecidas refeições. Todavia, algumas se queixam:

“[...] As vezes, uma vez perdida como carne. Sopa aqui é direto [...]” (Violeta- CA)

“[...] A comida daqui é ruim. Só bolacha seca com café ou sopa [...]” (Bromélia- CA)

“[...] Não dão nem leite nem massa, ele tem um ano [...]” (Violeta- CA)

Brasil (2014a), enfatiza que alimentação saudável é mais que a ingesta de nutrientes, mas também a combinação destes, mediante as inúmeras formas de preparo, o modo de se alimentar, normalmente diferenciadas pela cultura de cada indivíduo.

4.2.5 Repouso

A população que vive em situação de rua, normalmente não possui um lugar adequado para o descanso, então procuram lugares mais amparados do frio e da chuva, como é o caso das casas abandonadas, calçadas, viadutos, bancos:

“[...] Durmo nas calçadas. Me incomodam: Acorda! Acorda! [...]” (Rosa)

“[...] Dormia nos banco de dinheiro... Sozinha [...]” (Margarida- CA)

“[...] Nas calçadas, no viaduto ou numa casa velha que tem lá perto da feira [...]” (Orquídea)

“[...]Na feira de peixe, debaixo dos bancos. Quando se acordava, se acordava com cheiro de peixe [...]” (Lírio CA)

A pesquisa de Palma et. al (2007), sobre as repercussões imunológicas dos distúrbios do sono, enfatiza a importância do sono para o sistema imunológico. Ocorre que, quando o indivíduo percebe perigo de vida, seu sistema neuroendócrino (eixo HPA) é estimulado, e

energias são liberadas para o enfrentamento da situação, ou seja, frente ao estresse, o cortisol é liberado. No entanto, um desajuste neste eixo, tanto para mais, quanto para menos, resulta em doenças. Um sono de boa qualidade requer bons níveis de cortisol.

“Esta plethora de efeitos é intuitiva, uma vez que ninguém sentirá sono em face ao perigo ou a uma ameaça de morte” (PALMA et. al, 2007, p. 34). O repouso, requer ambiente confortável, aconchegante e seguro, o que não costuma acontecer com as mulheres que vivem em situação de rua, podendo prejudicar o sistema imunológico e conseqüentemente, favorecer as infecções sexualmente transmissíveis.

4.3 Considerações sobre a saúde

4.3.1 Acesso aos serviços de saúde

O advento do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, causou impacto na saúde da população brasileira, pois reconheceu a saúde como um direito de todos e dever do estado. Segundo princípios do SUS, deve-se oferecer atendimento contemplando a universalidade, equidade e integralidade. Todavia, este acesso tido como um direito constitucional, não tem abordado toda a população em situação de rua: Quando questionadas se tinham acesso aos serviços de saúde, as mulheres responderam:

“[...] Não atende, porque eu não tenho documento [...]” (Rosa)

“[...] Minha filha nasceu dentro do ônibus. O motorista ajudou, chorou e tudo [...]” (Bromélia- CA)

A falta de documentação e a não comprovação de residência, são problemas comuns neste grupo social, o qual já foi identificado em outros estudos, como o de Santos (2013). Então, a falta de acompanhamento da equipe de saúde, torna uma situação desafiadora para se fazer prevenção e promoção da saúde destes indivíduos.

Como visto no relato anterior, a assistência à saúde da população de rua, muitas vezes passa a ser prestada por profissionais de outras áreas e, portanto, não capacitados para tal atividade. O parto, é um momento muito importante para a mulher, precisa ser acompanhado de maneira rigorosa, pois caso contrário, pode trazer riscos para a saúde da criança e da mãe, além da transmissibilidade vertical de IST/AIDS. “As infecções na mãe podem impactar tanto

a saúde materna quanto a fetal, e a transmissão pode se dar no período da gestação, durante o parto e no pós-parto” (COSTA et. al, 2010, p.768).

As mulheres que recebem abrigo nas casas de apoio, diferentemente daquelas que vivem exclusivamente nas ruas, possuem um melhor acesso aos serviços de saúde:

“[...] Disseram que eu ia tirar sangue hoje, mas nem deu certo [...]” (Bromélia- CA)

“[...] Aqui é fácil de marcar as coisas [...]” (Violeta- CA)

“[...]Esses posto é difícil pra marcar. Aqui melhorou por que as meninas marcam [...]” (Lírio CA)

As mulheres que são abrigadas nas instituições acolhedoras, normalmente têm seus documentos refeitos, o que facilita a acessibilidade aos serviços de saúde. São atendidas nas UBSFs a qual fazem parte, mediante territorialização.

4.3.2 Consulta ginecológica

Quando se fala em consulta ginecológica, muitas mulheres expressam sua insatisfação em realizá-lo, pois é tido como um exame desagradável, invasivo, expositivo e desconfortável. No entanto, é necessário para o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero e IST. Quando questionadas sobre a periodicidade dos exames, as mulheres responderam que não costumam realizar rotineiramente:

“[...] Já faz muito tempo, era quando eu vivia presa [...]” (Rosa)

“[...] Sei não, faz tempo. Parece que vão marcar, nem gosto [...]” (Bromélia- CA)

“[...]Já fiz depois que estou aqui. Na rua, eu nunca fiz [...]” (Lírio CA)

Nas ruas, as mulheres não possuem o hábito de cuidar da saúde genital, e afirmam não recordar a última vez que realizou o exame ginecológico. Como foi mencionado, a oportunidade de se consultar, aconteceu na época em que cumpria pena. Já as mulheres que têm apoio em instituição, afirmam que já realizaram o exame ou tem previsão para fazer a marcação.

Isso mostra que, quando a mulher vive em instituições, seja ela prisional ou de caridade, possui maior acesso aos serviços de saúde.

Outras vezes, por medo, a mulher não procura o serviço:

“[...] Não procuro fazer exame porque tenho medo de ter doença [...]” (Tulipa)

Conforme a fala anterior, a mulher não realiza os exames preventivos por medo de ser diagnosticada com alguma doença. No entanto, este sentimento pode configurar-se em barreira, pois impede a mulher de cuidar de sua própria saúde.

4.3.3 Ciclos menstruais

As mulheres estudadas, possuem vida sexual ativa, todavia, não usam preservativos, nem fazem uso de outros métodos anticonceptivos, o que as tornam vulneráveis, tanto à obtenção de IST quanto de gravidez indesejada, conforme observa-se:

“[...] Demorou pra vim. Fico imaginando, não sei se é menino... Não faço exame nem nada [...]” (Rosa)

“[...] Tô com medo de ter pego menino de novo. A menstruação vem certa, mas até agora nada Fiquei com um cara daqui e parece que tem AIDS [...]” (Violeta- CA)

“[...] Nem desceu. Será que é menino? [...]” (Tulipa)

Quando se trata de amenorréia, a primeira pressuposição das mulheres é de gravidez. No entanto, sabe-se que a ausência de menstruação pode estar ligada a outros fatores, como é o caso da restrição calórica severa relacionada a anorexia, citada no estudo de Vale et. al (2014). Vale salientar que, estas moradoras em situação de rua, encontram-se em idade fértil, podendo não haver associação à menopausa.

Em relação à dismenorréia, as mulheres relatam:

“[...] Aguento firme, trincano os dentes. Não tomo nada nem peço ao povo [...]” (Rosa)

“[...] Nada. Me deito de lado, é o jeito [...]” (Bromélia- CA)

“[...]O remédio era cachaça [...]” (Lírio CA)

No que diz respeito a dor, as mulheres costumam não fazer uso de medicações, sofrem sozinhas para não solicitar ajuda de terceiros, fazem uso de bebida alcoólica, ou procuram uma posição confortável para o alívio. “Essa menstruação dolorosa muitas vezes impede as atividades normais ou necessita de medicação específica e pode afetar cerca de 50 % das mulheres em idade fértil” (DARDES et. al 2011, p. 14)

Dardes et. al (2011) coloca que fatores como tabagismo, ansiedade, estresse, depressão associada a distúrbio alimentar, dificuldade de relacionamento interpessoal, dentre outros, podem elevar o risco da mulher apresentar a dismenorréia. Sendo assim, é importante enfatizar que, tais fatores estão intrinsecamente ligados à vida das moradoras em situação de rua, como mencionado anteriormente.

4.3.4 Ausência de prevenção

A prevenção de doenças, é algo bastante relevante para a saúde pública, pois, visa o impedimento do adoecimento, através de medidas necessárias, como é o caso da modificação de certos hábitos e, a adesão ao uso de preservativos nas relações sexuais. “*Pode-se então definir que prevenção é todo ato que tem impacto na redução de mortalidade e morbidade das pessoas*” (BRASIL, 2013, p. 11). Sobre prevenção contra IST/AIDS, uma mulher em situação de rua, diz:

“[...] Não, previno não. Porque não tenho documento, aí o hospital não atende se adoecer [...]” (Rosa)

Através da colocação da mulher, percebe-se que há pouco entendimento sobre o significado de prevenção, confunde-se com o tratamento. Ainda assim, é justificado pelo inaccessos aos serviços de saúde em decorrência da falta de documentação, o que é um problema comum para a população que vive em situação de rua. Além disso, há contradição na fala, pois justamente por saber que não será atendida, deveria se prevenir.

Andrade et. al. (2015) acreditam que a pobreza favorece ao não uso de preservativos, pois tal condição de vida, dificulta a compreensão de informações inerentes a prevenção. Corroborando com a colocação da autora, percebe-se grande equívoco relacionado ao instrumento preventivo, conforme observa-se:

“[...] Não uso camisinha porque através do óleo dela, pega infecção [...]” (Rosa)

Nos tempos atuais, espera-se que, toda a população saiba a importância da utilização dos preservativos, visto a gama de informações lançadas nas escolas, nas mídias, nas campanhas do Ministério da Saúde, em folders, cartazes e outdoors.

A mídia é um importante veículo de transmissão de conhecimento, especialmente para a prevenção de IST/AIDS. Sobre a questão abordada, Irff et. al (2010) destacam a rádio e a TV como principais meios para educar a população e menciona as revistas como menos contagiantes. Postula-se que, as informações não cheguem às mulheres em situação de rua, pelo próprio perfil sociocultural deste grupo de pessoas, visto que são pouco escolarizadas, e portanto, não leem os informes, não possuem acesso aos meios de telecomunicações. Além disso, Barata et. al (2015), acreditam que quando os indivíduos em situação de rua, não possuem conhecimento dos seus direitos, tendem a não procurá-los.

Há compreensão, por outro lado, por parte de algumas mulheres, sobre os modos de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, como pode-se observar nas falas abaixo, onde as moradoras em situação de rua, citam como métodos preventivos, a utilização do preservativo ou a abstinência sexual:

“[...] Evitar sair com os homem [...]” (Rosa)

“[...]Usando camisinha. Não transando [...]” (Bromélia- CA)

“[...]Usando camisinha [...]” (Lírio CA)

Em se tratando de prevenção contra IST/AIDS, a população feminina de rua, de um modo geral, não faz uso de preservativos durante as relações sexuais, por justificarem através do esquecimento e o desgostar. Os motivos da não utilização destes, é evidenciado nas falas:

“[...] Não me previno porque na hora é bom aí eu me esqueço [...]” (Violeta- CA)

“[...] As vezes gostava de prevenir, as vezes não [...]” (Margarida- CA)

“[...]Não gosto, nunca gostei. Ela é liguenta, quente [...]” (Lírio CA)

4.4 Compreensão sobre as IST/ AIDS

4.4.1 IST

Quando questionadas sobre o conceito das infecções sexualmente transmissíveis, algumas mulheres relataram desconhecimento:

“[...] Eu acho que já ouvi dizer, mas não sei [...]” (Margarida-CA2)

“[...] Eu não entendo não. Não sei o que é [...]” (Tulipa)

As falas abaixo, demonstram um entendimento precário sobre as ISTs:

“[...] Se sair com todo mundo, pega corrimento e inflamação, ou se sentar no acento da pessoa pega, a calcinha fede a pus [...]” (Rosa)

“[...] Mesmo com camisinha pega flores branca [...]” (Rosa)

A moradora entrevistada, diz que o corrimento e a inflamação podem ser transmitidos tanto pela relação sexual com múltiplos parceiros, quanto por contato através de assentos. No entanto, “o corrimento vaginal é uma síndrome comum, que ocorre principalmente na idade reprodutiva” (BRASIL 2015a, p.36), em relação ao corrimento patológico e às suas causas, o Ministério da Saúde- Brasil (2015a) diz que, estão relacionadas principalmente com a vaginose bacteriana, a candidíase vulvovaginal e a Tricomoniase, muitas vezes apresentando características diferenciadas e odor fétido. Já a inflamação não é transmissível, pelo contrário, é uma reação do próprio organismo para combater a infecção, caracterizada dentre outros sintomas, pela produção de secreções, como é o caso do corrimento.

Outro equívoco, é em relação ao contato com superfícies, como as cadeiras, não há estudos que comprovem este método de transmissibilidade de IST. Vale salientar que existe a “possibilidade de ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sintomas, o que aponta para estratégias de atenção integral, eficaz e resolutiva” (BRASIL 2015b, p. VII)”

Popularmente conhecida como flores brancas, a candidíase é uma infecção causada pelo fungo *Candida sp.* próprio da flora vaginal. Conforme Brasil (2015a), quando o meio se

torna favorável, ela se desenvolve e causa os sintomas. Por mais que a relação sexual não seja a principal forma de sua transmissão, o preservativo é uma forma de prevenção bastante eficaz.

Outras mulheres, restringem essas infecções a HIV/ AIDS:

“[...] Não sei o que é. É AIDS? [...]” (Lírio CA)

“[...] É AIDS [...]” (Bromélia- CA)

“[...] Aquelas doenças que é AIDS [...]” (Violeta- CA)

“[...] É HIV... Transando sem camisinha pega [...]” (Orquídea)

O Ministério da Saúde - Brasil (2015b), diz que a infecção pelo HIV, pode ser considerada IST, todavia, possui abordagens diferenciadas. IST são infecções que podem acometer tanto os órgãos sexuais, como outras partes do organismo e são transmitidas, principalmente, pelo contato sexual desprotegido de um indivíduo para outro, por via sanguínea ou de mãe para filho. Além disso, as afecções ulcerativas provocadas por algumas IST, como é o caso da sífilis, podem favorecer a transmissão do HIV.

4.4.2 AIDS

Sobre a vulnerabilidade da mulher adquirir HIV, Júnior & Castilho (2004) aponta a dificuldade em negociar os métodos preventivos com o parceiro, além do inaccessível à saúde reprodutiva, e Brito et. al (2006) acrescenta a ascendência da transmissão heterossexual.

Para o Ministério da Saúde- Brasil (2006) AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida) é uma doença infecciosa e transmissível, tem como agente etiológico o HIV (vírus da imunodeficiência humana). Quando infectado, o indivíduo sofre alterações no sistema imunológico, e torna-se susceptível a diversas doenças oportunistas, que, se não controladas, podem levar ao óbito. Quando questionadas sobre o conceito de HIV/AIDS, as mulheres apresentaram respostas insatisfatórias, o que demonstra pouca compreensão sobre a temática:

“[...] Ela começa do pé de burro e do cigarro. É sobre o fumar, dá tonticha, fraqueza, dá vontade de vomitar. O pulmão fica preto [...]” (Rosa)

“[...] Não sei [...]” (Bromélia- CA)

Conforme observa-se nas falas, existem um total desconhecimento acerca da temática. É sabido que, a AIDS pode favorecer problemas do trato respiratório, inclusive a predisposição para a tuberculose. No entanto, o pensamento da mulher em relação ao tabagismo e a AIDS é equivocado e confuso.

Uma das mulheres que possui abrigo nas casas de acolhida, quando questionada sobre o conceito de HIV/AIDS, relata não ter conhecimento acerca da infecção, e destaca o enfermeiro como sendo um dos profissionais que deve sanar a dúvida:

“[...] Não sei. A enfermeira e o psicólogo daqui devia tirar um dia para explicar a gente [...]” (Violeta- CA)

O enfermeiro, que também possui papel de educador, deve atentar para as necessidades individualizadas de seus clientes, especialmente aqueles com pouca escolaridade e com alto grau de vulnerabilidade, como é o caso da população estudada. Pois, este contato pode criar vínculos com o usuário, além de potencializá-lo para o auto cuidado, prevenção e promoção da saúde.

Outras mulheres, compreendem parcialmente o conceito de HIV/AIDS:

“[...] Doença que pega sem usar camisinha, pelo sangue, no beijo, na injeção [...]” (Orquídea)

“[...] É aquela doença que não tem cura. Se o homem tiver e a mulher for sair, já pega. Eu conheço um bocado de gente com isso, tem uma menina que ficou bem magrinha [...]” (Tulipa)

Conforme, evidenciado nas falas, ainda há o mito de que a AIDS pode ser transmitida através da saliva. Em contrapartida, as mulheres evidenciaram a incurabilidade, importância do uso de preservativo e transmissão através da corrente sanguínea pelo compartilhamento de seringas.

De um modo geral, as mulheres entrevistadas não sabem o que são infecções sexualmente transmissíveis nem AIDS, percebe-se apenas idéias vagas que se confundem. Algumas possuem entendimento aproximado do real conceito, outras, não fazem idéia do que seja. Então, a falta de conhecimento torna as moradoras em situação de rua mais vulneráveis à obtenção destas infecções.

4.5 Auto percepção do processo saúde/ doença

4.5.1 Saúde íntima

Estudos como o de Peres et. al (2010) mostram que, pesquisar a auto avaliação populacional relacionada a saúde, pode trazer muitas contribuições, especialmente por ajudar a compreender a efetivação das políticas públicas.

Quando perguntado como avaliam sua saúde íntima, algumas mulheres se avaliaram positivamente:

“[...] Do mesmo jeito de quando eu era pequena, com saúde [...]” (Rosa)

“[...] Bem. Não sinto nada [...]” (Bromélia- CA)

A ideia de que a criança é saudável, especialmente porque se espera que ela não pratique relação sexual, faz a mulher comparar sua saúde atual com a da infância, como um modelo ideal de saúde. A outra avalia positivamente, pelo fato de não apresentar sintomas, no entanto, algumas ISTs passam despercebidas porque são assintomáticas por um período, impedindo muitas vezes que o indivíduo procure os serviços de saúde.

Em contrapartida, parte das mulheres avaliaram a saúde negativamente. Peres et. al (2010) acredita que indivíduos que possuem auto percepção negativa de saúde, apresentam-se vulneráveis ao risco de morte em comparação aos que avaliam positivamente.

Dentre as avaliações negativas, destacaram-se: Dispareunia, condiloma acuminado, trichomoníase e pediculose pubiana.

“[...] Quando vou fazer relação, dói, tenho medo. Tenho verruquinhas na entrada, não sabia que era doença [...]” (Tulipa)

Segundo Lima et. al (2016), dispareunia é um transtorno sexual que provoca dor genital durante ou após a relação sexual, podendo ser persistente ou recorrente. Normalmente está associada a depressão, abuso sexual, endometriose, doenças inflamatórias e infecções genitais. A dispareunia causa maior preocupação na mulher, por ser representada pela dor, ao contrário do condiloma acuminado, que são lesões indolores, e portanto, não são relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis. No entanto, o HPV é um dos principais predisponentes para o câncer do colo do útero, atualmente, uma das maiores preocupações da saúde pública.

Alegaram ser acometidas por trichomonas e piolho pubiano:

“[...] Tenho trichomonas [...]” (Margarida- CA)

“[...] Eu peguei aqueles bichinhos nos cabelos de baixo. Estala igual a lendea. Aí me ensinaram um negócio: Raspar e danar álcool [...]” (Lírio CA)

A pediculose pubiana, é transmitida especialmente pelo contato sexual, mas estudos como o de Fernandes et. al (2001), trazem que a contaminação pode se dar através de fomites (roupa, lençol, toalhas), além disso ele possui ciclo de vida de aproximadamente um mês, podendo se locomover para axilas e cílios. Frente a isto, é importante enfatizar que a higiene inadequada, corrobora para a reprodução do parasita.

4.5.2 Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade é empregado de diversas formas a depender do campo de estudo. Se tratando de ciência da saúde, “ se configura em uma dinâmica de interdependências recíprocas que exprimem valores multidimensionais – biológicos, existenciais e sociais” (OVIEDO & CZERESNIA 2015 p.246).

A auto percepção de vulnerabilidade entre as moradoras em situação de rua, é divergente. Normalmente, esse grupo de pessoas não costuma usar vestimentas novas ou individuais, pela própria condição financeira, então, se vestem a partir das doações que recebem. A mulher, quando questionada acerca de como ela avalia seu próprio risco de contrair IST/AIDS, responde:

“[...] Vestindo roupa dos outros, se não ajeitar o fundo da roupa, esquentar bem, pega [...]” (Rosa)

Ela acredita que as infecções mencionadas, podem ser transmitidas através de fomites e enfatiza a importância da lavagem adequada das peças antes da utilização.

Ainda sobre a auto avaliação de risco, as respostas divergiram de mulher para mulher. Houve reconhecimento do perigo que é viver nas ruas, especialmente pelas práticas que envolvem o dia a dia:

“[...] Tenho risco de pegar HIV. Faz medo, mulher; a pessoa que vive nessa vida que nem eu [...]” (Orquídea)

“[...] Muito, muito, muito. Porque eu saindo com cara que nunca vi na vida, frequentando os cantos, sem saber o que tinha naquelas camas [...]” (Lírio CA)

A mulher acredita que o fato de viver nas ruas, e, portanto vivenciar as situações que tal vivência oferece, faz dela uma pessoa predisponente a obtenção da infecção. Outra coloca que, se torna mais vulnerável por manter relações sexuais com pessoas que não conhece e pelos ambientes hostis que frequenta. Em compensação, algumas moradoras que frequentam as casas de acolhidas, revelaram não estar expostas as IST/ AIDS, conforme observado nas falas:

“[...] Não. Porque eu estou me aposentando, deixei de pegar homem [...]” (Margarida- CA)

“[...] Quem tem medo pega, eu não tenho essa frescura [...]” (Bromélia- CA)

Quando se fala em aposentadoria, imagina-se no afastamento do serviço após determinado tempo de trabalho ou idade avançada. A mulher faz uma analogia para dizer que não mantém mais relações sexuais, e por isso está fora de perigo, ou seja, se diz não ser vulnerável às infecções abordadas.

Diferentemente das demais, percebe-se que outra mulher usa de superstição, ao acreditar que, as infecções são transmitidas apenas para as pessoas que possuem medo de assim adquiri-la. No entanto, traz contradição em sua fala, pois em um questionamento anterior sobre as formas de prevenir as IST/AIDS ela cita a abstinência sexual e o uso do preservativo. Tal colocação corrobora com o estudo de Nunes & Andrade (2009) o qual traz que, mesmo os indivíduos tendo conhecimento das formas de prevenção, não as praticam pelo fato de acreditar na predestinação como uma condição decisiva para a infecção. Todavia, ao contrário do que pensa, compreender fatores de risco como bobagens, torna essa mulher ainda mais predisponente ao adoecimento, porque evidencia o conhecimento deficitário e a necessidade de maiores esclarecimentos.

5.CONCLUSÃO

O estudo mostrou que as mulheres em situação de rua, possuem suas individualidades e necessidades específicas, além disso, carregam consigo histórias de vida diferenciadas. Porém, alguns pontos em comum neste universo são evidenciados : negação dos direitos civis, desprezo, violência, desesperança, discriminação.

A partir dos aspectos observados, viu-se que as mulheres em situação de rua, enfrentam maiores adversidades, especialmente pela desigualdade de gênero, abuso sexual, inaccess

à saúde, prostituição, sexo desprotegido, desconhecimento. Vale destacar aqui, os fatores de risco que desencadeiam outros, como é o caso do trinômio violência, prostituição e droga.

As mulheres abrigadas nas casas de acolhida, possuem melhor assistência à saúde, acesso a alimentação e ao repouso, corroborando para minimização dos riscos de contrair infecções. Todavia, a falta de informação sobre as IST/ AIDS se iguala às mulheres que estão diariamente nas ruas. Em contrapartida, apesar de algumas mulheres reconhecerem suas vulnerabilidades, permanecem correndo o risco, pois a própria condição de vida, não permite maiores mudanças, ou seja, a mulher por si só não consegue transformar sua realidade. Se faz necessário maior visibilidade por parte dos poderes públicos, reavaliação dos dispositivos prestadores de assistência em saúde direcionadas a população em situação de rua, criação de novas políticas voltadas à mulher em situação de rua, bem como maior responsabilidade dos profissionais de saúde. A enfermagem pode contribuir na redução das IST/AIDS na população estudada, através da criação de vínculo com o usuário, para que assim, se estabeleça confiança e a mulher se sinta à vontade para retornar ao serviço. Além disso, o enfermeiro deve promover uma assistência humanizada, sem preconceito ou discriminação, através de uma escuta qualificada sem fazer juízo de valor, bem como promover educação em saúde e realizar mais estudos como este.

6 REFERENCIAS

ALBUQUERQUE, A. C.C; SILVA, D. M; RABELO, D. C. C; LUCENA, W. A. T; LIMA, P. C. S; COELHO, M. R.C. D; TIAGO, G. G. B. Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. Ciênc. saúde coletiva. Vol. 19, N.7, Julho 2014.

ALVES, M.E. R. AS MORADORAS DE RUA ENTRAM EM CENA: a violência contra a mulher moradora de rua como uma das expressões da “questão social”, 2013.

ANDRADE, S. S. C; ZACCARA, A. A. L; LEITE, K. N. S; BRITO, K. K. G. B; SOARES, M. J. G. O; COSTA, M.M. L; PINHEIRO, A. K. B; OLIVEIRA, S. H. S. Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. Rev Esc Enferm USP. Vol. 49. N. 3. P.364-372, 2015.

BARATA, R. B; JUNIOR, N.C; RIBEIRO, M. C. S. A; SILVEIRA, C. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. Saúde Soc. São Paulo, v.24, N.1, p.219-232, 2015.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 1977.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 13 de Jun 2013; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília- DF, 2004.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Política para as Mulheres. Brasília- DF, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. N.º 18 Brasília - DF 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política nacional para inclusão social da população em situação de rua. Brasília/DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília- DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Primária. Rastreamento. Volume II. Brasília- DF, 2013.

_____.BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2ª edição 1ª reimpressão. Brasília — DF 2014a.

_____.BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Saúde da população em situação de rua: Um direito humano. Brasília- DF, 2014b.

_____.BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis. Relatório de recomendação. CONITEC. Abril, 2015a.

_____.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília- DF, 2015b.

BRITO, A. M; SOUSA, J. L; LUNA, C. F; DOURADO, I. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti- retroviral no Brasil. Rev. Saúde Pública Vol. 40 (Supl). P.18-22, 2006.

COSTA, M.C; DEMARCH, E. B; AZULAY, D. R; PERISSE, A. R. S, DIAS, M. F. R.G; NERY, J. A. Da C. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. An Bras Dermatol. Vol. 85, n. 6. P.767-85, 2010.

DARDES, R.C.M; MORAES, A. S; SANTOS, M. B. Como diagnosticar e tratar dismenorrea. RBM. Vol. 68 N. 12 p. 14-20, 2011.

Disponível em <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2013/JornadaEixo2013/anais-eixo7-questoesdegeneroetniaegeracao/pdf/asmoradorasderuaentramemcena.pdf>. Acesso em 15 de fevereiro de 2018.

FERNANDES, J. B.V.D; GORN, P. G. V; MATAYOSHI, S. Tratamento de fitiríase palpebral com ivermectina. Arq. Bras. Oftalmol. Vol. 64, P:157-8, 2001.

FIGUEIREDO, R; PEIXOTO, M. Profissionais do sexo e vulnerabilidade. Desigualdades e Iniquidades em Saúde Vol. 12, n.2, 2010.

GARCIA, M. R. V. Diversidade Sexual, Situação de Rua, Vivências Nômades e Contextos de Vulnerabilidade ao HIV/AIDS. Vol. 21, nº 3, 1005-1019, 2013.

GASPAR, Maria D. Garotas de programa... Op.cit.; BONETTI, Alinne de L. Maridos e Clientes de Prostitutas: quem traz o verdadeiro perigo de Aids. mimeo, UFRGS, 1995.

GODOY, A. M; LOPES, D. A; GARCIA, R. W. D. Transformações socioculturais da alimentação hospitalar. História. Ciências. Saúde- Manguinhos. V.14, N.4. Rio de Janeiro, 2007.

GRANGEIRO, A; HOLCMAN, M. M; ONAGA, E. T; ALENCAR, H. D. R; PLACCO, A. L. N; TEIXEIRA, P. R. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. Rev. Saúde Pública Vol. 46, N. 4, p.674-84, 2012.

HALLAIS, J. A. S; BARROS, N. F. Consultório na rua: visibilidades, invisibilidades e hiper-visibilidade. Cad. Saúde Pública. Vol. 31, N.7,p: 1497-1504, 2015.

IRFFI, G; SOARES, R. B; SOUZA, S. A. Fatores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais que Influenciam no Conhecimento sobre HIV/AIDS. Economia. Vol. 11, N. 2. P. 333-356, Maio/ agosto, 2010. Brasília- DF.

JUNIOR, A. L. R; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Vol. 37, N. 4. P. 312-317, julho-agosto, 2004.

JUNIOR, N. C; JESUS, C. H.; CREVELIM, M. A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 709- 716, 2010.

LIMA, R. G. R; SILVA, S. L. S; FREIRE, A. B; BARBOSA, L. M. A. Tratamento Fisioterapêutico nos Transtornos Sexuais Dolorosos Femininos: Revisão Narrativa. Revista eletrônica Estacio Recife Vol. 2 - N 1 - Julho, 2016.

LONDERO, M. F. P; CECCIM, R. B; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafios para um cuidado em verso na saúde. Interface, Vol. 18, N. 49, p: 251-260, 2014.

MATOS, M. A; CAETANO, K. A. A; FRANÇA, D. D. S; PINHEIRO, R. S; MORAES, L. C; TELES, S. A. Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis em mulheres que comercializam sexo em rota de prostituição e turismo sexual na Região Central do Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.21 no.4 Ribeirão Preto jul./ago. 2013.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. Cad. Saúde Públ., Vol. 14, N.1 p.:35-42, Rio de Janeiro jan-mar, 1998.

NIGHTINGALE, F. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Trad.: Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez. 1989.

NUNES, E.L. G; ANDRADE, A. G. Adolescentes em situação de rua: Prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, Brasil. Psicologia & Sociedade; Vol.21 N.1 P: 45-54, 2009.

OVIEDO, R. A. M; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *INTERFACE. Comunicação saúde educação*. Vol. 19, N.53. p. 237- 49, 2015.

PALMA, B.D; TIBA, P. A; MACHADO, R. B; TUFIK, S; SUCHECKI, D. Repercussões imunológicas dos distúrbios do sono: O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal como fator modulador. *Rev. Bras. Psiquiatr.* Vol.29, n. Supl I p.S33-8, 2007.

PASINI, E. Limites simbólicos corporais na prostituição feminina. *Cadernos pagu* N.14 p.181-200, 2000.

PERES, M. A. MASIERO. A. V; LONGO, G. Z; ROCHA, G. C; MATOS, I. B; NAJNIE, K; OLIVEIRA, M. C; ARRUDA, M. P; PERES, K. G. Auto- avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* Vol. 44, N. 5, P. 901-11, 2010.

PINTO, V. M; TANCREDI, M. V; ALENCAR, H. D. R. D; CAMOLESI. E; HOLCMAN, M. M; GRECCO, J. P; GRANGEIRO, A; GRECCO, E. T. O. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. *Revista Brasileira epidemiologia*; 341-354 Abr- jun., 2014.

ROSA, A. S; BRETAS, A. C. P. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface- Comunicação saúde educação*. Vol. 19, N. 53. P: 275-85. 2015.

ROSA, A. S; SECCO, M. G; BRETAS, A. C. P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. *Ver. Bras. Enfermagem*. Vol. 59, N. 3. P: 331-6. maio-jun, 2006.

SANTOS, C.F. Os processos do cuidado na saúde da população em situação de rua: um olhar para além das políticas públicas. Porto Alegre, 2013.

SANTOS, V. B. Mulheres em vivência de rua e a integralidade no cuidado em saúde. Dissertação de mestrado. UFSM. Santa Maria- RS, 2014.

SOUSA, P. K. R; MIRANDA, K. C. L; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Rev. bras. enferm.* Vol.64 N..2. Brasília mar./abr. 2011.

TILIO, R. De; OLIVEIRA, J. Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua. *Psicologia em Estudo*, Vol. 21, N. 1 p: 101-113, Maringá, jan./mar. 2016.

VALE, B; BRITO, S; PAULOS, L; MOLEIRO, P. Distúrbios menstruais em adolescentes com transtornos alimentares- meta de percentil de índice de massa corporal para resolução dos distúrbios menstruais. Einstein. Vol. 12, n.2, P: 175- 80, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A- INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Naturalidade: _____
4. Estado civil: Casada/ união consensual () Separada () Viúva () Solteira ()
5. Escolaridade: Sem escolaridade () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo ()
6. Possui documentação? Sim () Não ()
7. Problemas de saúde: HS () diabetes () câncer () tuberculose () Hanseníase () HIV () Outros: _____ Não sabe ()
8. Faz uso de Medicamentos? Sim () Não () Quais?

9. Em quais vias as medicações são administradas? _____
10. Realiza alguma atividade remunerada? Sim () Não () Quais?

11. Qual sua renda mensal? 0,00 () < 50,00 () 100,00 a 300,00 () 300,00 a 500,00 () > 500,00 ()
12. Que alimentos fazem parte da sua dieta?

13. Quantas refeições faz ao dia? _____

ASPECTO SOCIAL

1. Possui vínculo familiar? Sim () Não ()
2. Possui amigos? Sim () Não ()
3. Sofre ou já sofreu discriminação pela sociedade? Sim () Não () Quais?

4. Possui ou já possuiu envolvimento com ações ilícitas? Sim () Não ()
Quais? _____
5. Por qual motivo você está nas ruas?

6. Quanto tempo faz que você vive em situação de rua?

7. Qual sua trajetória em situação de rua?

8. Você dorme em que local? Outras pessoas também fazem uso dessa localidade para o mesmo fim?

HIGIENE E NECESSIDADES FISIOLÓGICAS

1. Costumar realizar higiene corporal? Sim () Não () Com que frequência? _____
2. Em que localidade você faz o asseio? Que produtos utiliza para se higienizar? _____

3. Onde você faz as necessidades fisiológicas? _____

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS, OBSTÉTRICOS, SEXUAIS

1. Com que idade você menstruou pela primeira vez? _____
2. Quando foi sua primeira relação sexual (idade)? _____
3. Quantos parceiros sexuais você teve ao longo da vida? _____
4. Tem filhos? Sim () Não () Quantos? _____
5. Já sofreu aborto? Sim () Não (). Se sim, foi provocado? Com que?

6. Já fez ligação de trompas? Sim () Não ()

7. Possui vida sexual ativa? Sim () Não ()
8. Já se prostituiu? Sim () Não () Por qual motivo?

9. Na rua, já sofreu violência sexual? Sim () Não ()
10. Deseja informar sua orientação sexual? Heterossexual () homossexual () bissexual ()
Outros () _____
11. Usou ou usa métodos anticoncepcionais? Sim () Não () Quais? _____
12. Já fez consulta ginecológica? Sim () Não () Quando? _____
13. Como é o seu acesso aos serviços de saúde? _____
14. Como são os seus ciclos menstruais? _____
15. Sente cólica menstrual? Sim () Não () O que usa para passar a dor?

16. Que material você usa para absorver a menstruação? _____
17. Possui corrimento? Sim () Não () Com que aspecto, cor e odor?

18. Possui alguma ferida ou verruga na vagina e/ou ânus? Sim () Não () Não sabe ()
- 19.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS

1. O que você compreende por IST? _____
2. Você sabe o que é AIDS?

-
3. Você sabe como se prevenir de IST/ AIDS? _____
4. Você se previne contra IST/AIDS? Sim () Não () Porque?

5. Seu parceiro possui alguma IST/ AIDS? Sim () Não () Não sabe ()

6. Você possui alguma IST e/ou AIDS? Sim () Não () Não sabe () Qual?

7. Como você avalia seu risco de contrair IST/AIDS?

8. Você sabe as consequências das IST e/ou AIDS? Sim () Não () Não sabe () Qual?

9. Depois que está nas ruas, tem percebido o aparecimento de algum acometimento genital, até então não existente? Sim () Não () Não Qual?

10. De um modo geral, como você avalia sua saúde íntima?

CONSUMO DE DROGAS

1. Você consome bebida alcoólica e/ou fuma? Sim () Não () _____

2. Você usou ou usa drogas? Sim () Não () Não Qual?

3. Já se prostituiu em troca de droga? Sim () Não ()

4. Já manteve relação sexual sob efeito da droga? Sim () Não () Não sabe ()

Obrigada por participar!!!

Local da pesquisa: _____

Data: ___ / ___ / _____

Pesquisador: _____

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos a senhora a participar da pesquisa CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E VULNERABILIDADE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA EM

CONTRAIR IST/AIDS, como o objetivo: Compreender a correlação entre a condição de vida das mulheres em situação de rua e a exposição à IST/AIDS. Para realização da pesquisa, serão utilizados dois instrumentos: Questionário e gravador. Para o preenchimento do questionário, se faz necessário a realização da entrevista, assim como a utilização de papel e caneta. Já o gravador será utilizado apenas para as respostas subjetivas. Enfatizamos ainda que todo o material relacionado a entrevista será avariado afim de mantermos o seu anonimato. Os riscos serão mínimos, visto que serão considerados as recomendações da resolução 466/2012. A senhora possui o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sempre que desejar, sem prejuízo ou encargo financeiro e terá o direito à resposta de toda e qualquer dúvida que envolva a pesquisa. Garantimos ainda, sua privacidade e o sigilo de suas informações.

Nos casos de dúvidas e esclarecimentos, a senhora deve contatar: Rosilene Santos Baptista: telefone: (83) **33153312**/ e-mail: rosilenesbaptista@gmail.com

Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente termo, eu, _____
me disponho a participar desta pesquisa, pois estou esclarecida dos objetivos do estudo e dos meus direitos relacionados a ela. Autorizo a divulgação e a publicação das informações passadas por mim em publicações e eventos científicos. Portanto, assino este termo, o qual está disposto em duas vias com o mesmo conteúdo, de modo que uma via fica sob meu poder e outra com a pesquisadora.

Participante _____ / Assinatura Dactiloscópica

Pesquisador _____



Campina Grande - PB, ____ de _____ de 2017.

ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto de pesquisa intitulado: **“Características sócio demográficas e vulnerabilidade da mulher em situação de rua em contrair IST/AIDS”**, desenvolvido por: **Josefa Cláudia Borges de Lima**, discente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, orientado por: **Dra. Rosilene Santos Baptista**, tendo como sujeitos da pesquisa as mulheres em situação de rua da cidade de Campina Grande – PB.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12, sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia a esta diretoria.

Campina Grande, 23 de Outubro de 2017.

Atenciosamente,

Raquel Lula
Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

CEREST – Rua Maestro Alcides Leão, 595, Avenida Dinâmica (ao lado do INSS).
CEP: 58417-003 - Telefone: (83)3335-7254.

**ANEXO B- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (CASA DE ACOLHI-
MENTO ZULEIDE PORTO)**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Como responsável pela instituição Casa de Acolhimento Sr. Zuleide Porto,
estou ciente da intenção da realização do projeto CARACTERÍSTICAS SÓCIO
DEMOGRÁFICAS E VULNERABILIDADE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA
EM CONTRAIR IST/AIDS, o qual será desenvolvido pela aluna Josefa Cláudia Borges
de Lima, do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, sob
orientação da Profª Drª Rosilene Santos Baptista.



Assinatura do responsável institucional

Gesner José Coube
Coordenador

Campina Grande - PB, 26 de outubro de 2017.

**ANEXO C- TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (ASSOCIAÇÃO DO
APOSTOLADO DA DIVINA MISERICÓRDIA)**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Como responsável pela instituição Associação do Apostolado da Divina Misericórdia estou ciente da intenção da realização do projeto CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS E VULNERABILIDADE DA MULHER EM SITUAÇÃO DE RUA EM CONTRAIR IST/AIDS, o qual será desenvolvido pela aluna Josefa Cláudia Borges de Lima, do curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, sob orientação da Profª Drª Rosilene Santos Baptista.



Assinatura do responsável institucional

Campina Grande - PB, 31 de Outubro de 2017.

Associação do Apostolado da
Divina Misericórdia
CNP.J. 09.191.289/0001-01
Avenida Paris, 2290, Cuites
Telefone: (83) 3322-5864
CAMPINA GRANDE-PB