

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ANA BEATRIZ DE MOURA

UM ESTUDO SOBRE ISTS E AS RELAÇÕES AFETIVO-  
SEXUAIS EM UNIVERSITÁRIOS



SÃO CARLOS -SP  
2021

ANA BEATRIZ DE MOURA

UM ESTUDO SOBRE ISTS E AS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS EM  
UNIVERSITÁRIOS

Monografia realizada como trabalho de conclusão do curso de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Nogueira Fioroni

São Carlos-SP

2021

## RESUMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), mais de 1 milhão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são adquiridas todos os dias no mundo. A cada ano são estimadas 376 milhões de novas infecções curáveis: tricomoníase (156 milhões), clamídia (127 milhões), gonorréia (87 milhões) e sífilis (6 milhões). Aproximadamente 291 milhões de mulheres possuem infecção pelo vírus HPV. Considerando estes riscos, o presente estudo investigou a vivência da contaminação por IST e o impacto dessas nas relações afetivo-sexuais de universitários. Para isso, foi realizada uma entrevista semi-estruturada na qual buscou-se verificar como se deu o cuidado em saúde, como a pessoa lida com o sigilo ou não a respeito da condição e verificar os aspectos fragilizadores e/ou fortalecedores das relações afetivo-sexuais no contexto da IST, se existirem. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo temática. Participaram 06 universitários (01 mulher, 05 homens), com média de idade 23,5 anos, apresentando as seguintes ISTs: candidíase, gonorréia, herpes genital, HPV, sífilis e tricomoníase. A análise das entrevistas produziu 4 categorias: 1. Lógicas de proteção; 2. Cuidado em saúde com foco na IST; 3. Acolhimento e rede de apoio; 4. Estigma e Tabu. Os resultados apontaram uma lógica de proteção frágil e marcada pela ideia de não-vulnerabilidade, obtendo uma variação da busca por cuidado em saúde e a fragilidade na abordagem técnica por parte dos profissionais responsáveis pelo cuidado. Além disso, pode ser observada a autonomia e liberdade para exercício das interações sexuais, mas também a conservação de estigmas e tabus quando há a necessidade de lidar com as possíveis consequências da sexualidade, como as ISTs.

**Palavras-chave:** Universitários. ISTs. Relações afetivo-sexuais.

## **ABSTRACT**

According to the World Health Organization (2018), more than 1 million Sexually Transmitted Infections (STIs) are acquired every day in the world. Each year, 376 million new curable infections are estimated: trichomoniasis (156 million), chlamydia (127 million), gonorrhea (87 million) and syphilis (6 million). Approximately 291 million women are infected with the HPV virus. Considering these risks, the present study investigated the experience of STI contamination and their impact on the affective-sexual relationships of university students. For this purpose, a semi-structured interview was done to verify how health care was provided, how the person deals with confidentiality or not, regarding the condition and to verify the weakening and/or strengthening aspects of affective-sexual relationships in the context of STI, if any. The interviews were recorded, transcribed and analyzed using the content thematic analysis technique. 06 university students (01 woman, 05 men) participated, with an average age of 23.5 years, presenting the following STIs: candidiasis, gonorrhea, genital herpes, HPV, syphilis and trichomoniasis. The interviews' analysis produced 4 categories: 1. Protection logics; 2. Health care focused on STI; 3. Reception and support network; 4. Stigma and Taboo. The results showed a weak protection logic, marked by the idea of non-vulnerability, obtaining a variation in the search for health care and the weakness in the technical approach by the professionals responsible for care. In addition, autonomy and freedom to exercise sexual interactions can be observed, but also the preservation of stigmas and taboos when there is a need to deal with the possible consequences of sexuality, such as STIs.

**Keywords:** University students. STIs. Affective-sexual relationships.

## **LISTA DE SIGLAS**

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome (síndrome da imunodeficiência adquirida)

CAIC - Centro de Atendimento de Infecções Crônicas

DeAS - Departamento de Atenção à Saúde

DIU - Dispositivo Intrauterino

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HCV - Vírus da Hepatite C

HIV - Human Immunodeficiency Virus (vírus da imunodeficiência humana)

HPV - Human papillomavirus (papilomavírus humano)

HSH – Homens que fazem Sexo com Homens

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

OMS – Organização Mundial da Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
1.1 AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.....	7
1.2 OS CONCEITOS DE VULNERABILIDADE E INTERSECCIONALIDADE.....	11
1.3 AS ISTS NAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS.....	16
1.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE GÊNERO, SEXO E INTERFACES.....	18
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	22
<b>3 MÉTODO</b> .....	23
3.1 DESENHO METODOLÓGICO .....	23
3.2 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
3.3 PARTICIPANTES.....	24
3.4 CONTEXTO E CAMPO EMPÍRICO DA PESQUISA.....	25
3.4.1 São Carlos.....	25
3.5 INSTRUMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	27
3.6 REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS .....	28
3.7 METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	29
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	31
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	31
4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	32
4.2.1 Lógicas de proteção (P1, P2, P3, P5, P6 e P7).....	33
4.2.2 Cuidado em saúde com foco na IST (P1, P2, P3, P5, P6 e P7).....	36
4.2.3 Acolhimento e Rede de Apoio (P1, P2, P5, P6 e P7).....	42
4.3.4 Estigma e Tabu (P1, P2, P3, P5 e P6).....	43
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	51
<b>APÊNDICE A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	58
<b>APÊNDICE B - Instrumentos da coleta</b> .....	61
<b>APÊNDICE C - Quadros de conteúdo temáticos individuais</b> .....	63

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são enfermidades causadas por vírus, bactérias ou outros microorganismos. A transmissão se dá, principalmente, por meio do contato sexual (oral, vaginal, anal) com uma pessoa infectada e, geralmente, sem uso de camisinha masculina ou feminina. Além disso, outra via possível de propagação de ISTs é da mãe para a criança durante a gestação, parto ou a amamentação, conhecida como transmissão vertical (BRASIL, s/d). A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde-OMS (2018), mais de 1 milhão de ISTs são adquiridas todos os dias no mundo. A cada ano são estimadas 376 milhões de novas infecções curáveis, entre elas 1 das 4: tricomoníase (156 milhões), clamídia (127 milhões), gonorréia (87 milhões) e sífilis (6 milhões). Ademais, aproximadamente 417 milhões de pessoas vivem com herpes genital e mais de 291 milhões de mulheres possuem infecção pelo vírus HPV. Nos últimos anos, principalmente após o início da epidemia de AIDS, as ISTs readquiriram importância como problemas de saúde pública, já que a incapacidade de diagnosticar e tratar as ISTs numa fase inicial pode ter como resultado complicações e sequelas graves, incluindo infertilidade, perda fetal, gravidez ectópica, cancro anogenital e morte prematura, bem como infecções em recém-nascidos e lactantes. Além disso, infecções como a sífilis e herpes podem aumentar os riscos de se obter HIV em até três vezes (OMS, 2018).

Segundo o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2019 (BRASIL, 2019), no período de 2007 a junho de 2019, a faixa etária dos 20 a 34 anos foi a de maior índice de HIV

(52,7%), enquanto a maior concentração dos casos de AIDS está entre 25 a 39 anos. Apesar da queda geral da detecção dos casos de AIDS, entre os homens observou-se um aumento na taxa de detecção daqueles na faixa de 15 a 19 anos, 20 a 24 anos, 25 e 29 anos e 60 anos e mais. Em 2018, a maior taxa de detecção foi de 50,9 casos/100.000 habitantes, que ocorreu entre os homens na faixa etária de 25 a 29 anos, tendo superado as taxas de detecção em homens de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos, que eram mais prevalentes até o ano de 2015. Ainda no Boletim, a via sexual mostrou-se como maior via transmissora: 78,9% dos casos em homens e 86,9% dos casos em mulheres e o Sudeste, região da pesquisa, surgiu como a região mais notificada para AIDS (nos últimos 5 anos) e também de HIV (entre 2007 e 2019).

Em relação à Sífilis, o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2019 (BRASIL, 2019) informa que, no Brasil, em 2018, foram notificados 151.051 casos de sífilis adquirida, 62.599 casos de sífilis em gestantes e 26.219 casos de sífilis congênita - entre eles, 241 óbitos - sendo a maior proporção dos casos notificados na região Sudeste. O Brasil vive um período de aumento dos casos de sífilis nos últimos anos: entre 2010 e 2018, houve elevação da taxa de incidência de sífilis congênita (passando de 2,4 para 9 casos por mil nascidos vivos) e das taxas de detecção de sífilis em gestante (passando de 3,5 para 21,4 casos por mil nascidos vivos). No período de 2010 a junho de 2019, foram notificados um total de 650.258 casos de sífilis adquirida, dos quais 53,5% ocorreram na Região Sudeste. Em 2018, o número total de casos notificados no Brasil foi de 158.051, sendo 71.842 (45,5%) na Região Sudeste.

Colocando em foco a questão da faixa etária, os dados indicam que, em 2018, a maior parte das notificações de sífilis adquirida ocorreu em indivíduos entre 20 e 29 anos (35,1%), seguidos daqueles na faixa entre 30 e 39 anos de idade (21,5%). As notificações de indivíduos de todas as idades vêm apresentando tendência de aumento desde 2010, principalmente na faixa dos 20 a 29 anos (em 2018, 163,3 por 100 mil habitantes).

Com relação às Hepatites Virais, segundo o Boletim Epidemiológico Hepatites de 2019 (BRASIL, 2019), de 1999 a 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 632.814 casos confirmados de hepatites virais no Brasil.



Destes, 167.108 (26,4%) são referentes aos casos de hepatite A, 233.037 (36,8%) de hepatite B, 228.695 (36,1%) de hepatite C e 3.984 (0,7%) de hepatite D. A região Nordeste é a que concentra a maior proporção das infecções pelo vírus A (30,3%). Já na região Sudeste verificam-se as maiores proporções dos vírus B e C, com 34,9% e 60%, respectivamente. Por sua vez, a região Norte acumula 74,9% do total de casos de hepatite D. Entre 2000 e 2017, foram identificados, no Brasil, 70.671 óbitos por causas básicas e associadas às hepatites virais dos tipos A, B, C e D. Desses, 1,6% foram associados à hepatite viral A; 21,3% à hepatite B; 76% à hepatite C e 1,1% à hepatite D.

Tratando mais especificamente, a respeito da Hepatite B, no período de 1999 a 2018, foram notificados 233.027 casos confirmados de hepatite B no Brasil; nos quais a maioria está concentrada na região Sudeste (34,9%), seguida das regiões Sul (31,6%), Norte (14,4%), Nordeste (9,9%) e Centro-Oeste (9,1%). As taxas de detecção de hepatite B no país têm apresentado poucas variações nos últimos dez anos, com leve tendência de queda desde 2014, atingindo 6,7 casos para cada 100 mil habitantes no país em 2018. Colocando o foco em gênero, do total de casos de hepatite B notificados de 1999 a 2018, 127.092 (54,5%) ocorreram entre homens. Entre 2008 e 2018, a razão de sexos (M:F) variou entre 11 e 13 homens para cada dez mulheres. A distribuição dos casos detectados de hepatite B segundo faixa etária e sexo mostra que, do total de casos acumulados, a maioria se concentrou entre indivíduos de 25 a 39 anos (38,2% dos casos). Em 2018, o maior percentual de casos notificados ocorreu entre as pessoas de 30 a 49 anos (47,6% dos casos) e as maiores taxas de detecção foram observadas em indivíduos entre 35 e 59 anos – em torno de 12 casos para cada 100.000 habitantes.

Na estratificação segundo sexos, 60,4% dos casos acumulados (1999 a 2018) de hepatite B entre homens ocorreu em indivíduos de 25 a 49 anos de idade. Entre as mulheres, 53,4% dos casos foram observados entre aquelas de 20 a 39 anos. A coinfeção com o HIV entre os casos notificados de hepatite B foi observada em 5,2% dos casos acumulados no período de 2007 a 2018. O coeficiente médio de mortalidade por hepatite B entre os homens foi de 0,4 óbitos para cada 100 mil habitantes e de 0,1 óbitos entre as mulheres no período de 2000 a 2017.

Em relação à Hepatite C, segundo o Ministério da Saúde, a transmissão sexual do HCV entre parceiros heterossexuais é muito pouco frequente, principalmente nos casais monogâmicos; sendo assim, a hepatite C não é considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST). Porém, entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e na presença da infecção pelo HIV, a via sexual deve ser considerada para a transmissão do HCV.

Sobre a Hepatite D, no período de 1999 a 2018, foram notificados no Brasil 3.984 casos confirmados. A maior ocorrência se deu na região Norte do país, com 74,9% dos casos notificados. As regiões Sudeste, Sul, Nordeste e Centro-Oeste abrangeram 10,3%, 5,9%, 5,5% e 3,4% dos casos, respectivamente. A maioria dos casos verificou-se entre homens (57,7%), e a diferença entre o número de casos em homens e mulheres vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1999, a razão de sexos era de 1,7, e em 2018 essa proporção diminuiu para 1,4 (40% mais de casos em homens que em mulheres). A distribuição etária dos casos notificados de hepatite D demonstrou que a população infectada é mais jovem; 51,2% dos indivíduos possuíam idade entre 20 a 39 anos no período analisado. Aproximadamente 16,5% dos casos tinham idade superior a 50 anos. De 2000 a 2017, foram identificados 781 óbitos associados à hepatite D, dos quais 67,7% tiveram essa infecção como causa básica.

A partir dos dados apresentados e do aumento dos casos de HIV/AIDS em faixas etárias específicas (15 a 19 anos e 20 a 24 anos), é necessário discorrer sobre o fato de que parte da adolescência e o início da adultez ocorre no ambiente universitário, local para crescimento intelectual, responsabilidade e amadurecimento em grande parte dos estudantes. Contudo, esse período é caracterizado por mudanças emocionais, sociais e físicas que também expõem pessoas jovens a riscos emocionais e de saúde. Durante tal fase de desenvolvimento, pessoas jovens tendem a se engajar em comportamentos de risco, como uso de álcool e drogas, assim como relações sexuais desprotegidas (PHARO et al., 2011).

Os universitários vivem novas experiências, amizades e desafios, buscam identidade, pertencimento de grupo e aderência a padrões (BERTOLI; SCHEIDMANTEL;

DE-CARVALHO, 2016), tais situações são fatores estimulantes para o crescimento pessoal do indivíduo, mas também podem ser fonte de grande vulnerabilidade à ISTs e outras patologias, devido aos comportamentos de risco. Neste contexto da universidade pública, grande parte dos cursos é organizada como período integral, o que promove/favorece um modelo de convivência intenso entre os jovens, gerando uma comunidade interna com vínculos significativos na dimensão acadêmica, afetiva e sexual. As questões relacionadas à vida universitária e comportamento sexual serão discutidas em mais detalhes no tópico “As ISTS nas relações afetivo-sexuais”.

## 1.2 OS CONCEITOS DE VULNERABILIDADE E INTERSECCIONALIDADE

Pensar sobre a relação entre ISTs e vida universitária, requer adotar um referencial condizente, como os conceitos de Vulnerabilidade e Interseccionalidade. Segundo Ayres e colaboradores (2006), ao estudar a epidemia da AIDS, Mann, Tarantola e Netter (1993) apontaram que a noção de vulnerabilidade foi elaborada no início de 1990 com raízes no campo jurídico e é levado para a Saúde Pública a partir da necessidade de compreender e intervir sobre a epidemia de aids, pensando a relação multideterminada do processo saúde-doença de forma mais complexa e potente. De forma geral, o conceito busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é resultante de aspectos apenas individuais, como também coletivos, contextuais, que promovem maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, além de maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Para Ayres, Calazans, Saletti Filho e França Júnior (2006), as análises de vulnerabilidade buscam integrar três eixos interdependentes de compreensão que tornam os indivíduos mais ou menos susceptíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento, levando em conta os aspectos da vida das pessoas, de comunidades ou, até mesmo,

das nações. Os eixos são denominados: 1. Dimensão individual da vulnerabilidade; 2. Dimensão social da vulnerabilidade; e 3. Dimensão programática da vulnerabilidade.

Em relação à dimensão individual, as análises partem do princípio de que todos os sujeitos estão suscetíveis à infecção pelo vírus e ao adoecimento pela aids. Essa dimensão leva em consideração aspectos próprios do modo de vida do indivíduo que podem contribuir para que se exponham ou se protejam do agravo, itens como o grau e à qualidade de informação de que a pessoa dispõe sobre a infecção e suas formas de transmissão, bem como sobre sexualidade, uso de drogas e serviços. Ademais, também é avaliada a capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las no seu cotidiano e em suas possíveis preocupações. Fatores de influência nesse item podem ser: valores, interesses, crenças, desejos, relações familiares, relações de amizade, relações afetivo-sexuais, situação psico-emocional, etc.

Na dimensão social da vulnerabilidade, são levados em consideração os fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual. Aspectos como a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, etc. O ponto principal desse item é entender que a obtenção das informações, as possibilidades de entendimento delas e o poder de colocá-las em prática não dependem só de das pessoas de maneira individual, mas também de aspectos sociais como: acesso aos meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, estar livre de coerções violentas e afins. Ou seja, nessa parte é importante pensar a respeito das normas sociais e culturais, relações de raça, estigma/discriminação, emprego, salários, acesso a saúde, educação, justiça, lazer, esporte e mídia, além de cidadania.

Levando em conta essa dimensão, é necessário atentar-se às particularidades das formas de interação entre duas ou mais formas de subordinação e suas consequências. Tal subordinação foi discutida em meados da década de 1970 e ficou conhecida como *Black Feminism* propondo uma teoria baseada na ideia de intersecção, que procurou relativizar o universalismo do termo 'mulher' na tentativa de contemplar

eixos de poder (como “raça”, etnia, classe e gênero) enquanto construtos que transpassam sem respeitar uma subordinação hierárquica estrita (PISCITELLI, 2008).

Portanto, analisar um fenômeno a partir da perspectiva da interseccionalidade é reconhecer que existem outros sistemas sociais que se intersectam com a questão de gênero e que são fatores simultâneos de opressão, ou seja, que raça, gênero, classe e sexualidade não existem isoladamente um do outro e que o modo pelo qual tais identidades se intersectam contribuem para a vulnerabilidade particular de determinados grupos (CRENSHAW, 2002). Ter o conceito de interseccionalidade como apoio para pensar as ISTs entre universitários, alarga as possibilidades de compreensão a respeito dos contextos de interação sexual e, portanto, de discussão ampliada e crítica sobre as diferentes vulnerabilidades de diferentes grupos ou perfis de universitários.

A dimensão programática da vulnerabilidade tem como objetivo buscar avaliar como as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem e, até mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade, levando em consideração que os recursos sociais para que as pessoas não se exponham ao vírus e se protejam dele são mediados pelas instituições sociais (como famílias, escolas e serviços de saúde) e que é necessário que o acesso seja igualitário para toda a população.

Assim, elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e, especialmente, sua permeabilidade e estímulo à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação, são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade. (AYRES et al., 2006, p. 397-398).

A preocupação principal na proposição da vulnerabilidade diz respeito à necessidade de atribuir sentidos e interpretar a variabilidade e a dinâmica das variáveis utilizadas nas análises epidemiológicas de risco em relação aos seus significados sociais concretos, de modo que as categorias estabelecidas nesta análise abstrata não sejam incorporadas sem as necessárias mediações.

Como pontuado pelos autores (AYRES et al., 2006), o acesso de informações e às mídias são parte essencial para a análise da vulnerabilidade. Estudos indicam que, apesar da disseminação de informações pela mídia, adolescentes e pessoas jovens ainda possuem dúvidas sobre como se prevenir da transmissão de HIV e outras ISTs, mostrando resistência ao uso de camisinha, aumentando sua vulnerabilidade e incidência das doenças (NADER et al., 2009). Além disso, um estudo realizado por Castro et al (2016) com universitários indicou que o preservativo masculino foi usado por 99% dos alunos que referiram ter tido relações sexuais, mas 69,5% deles não o utilizaram em todas as relações. Assim como pouco mais de 1% dos alunos nunca usou preservativo nas suas relações, mais de 70% dos graduandos que tiveram atividade sexual deixaram de usar o preservativo em algumas relações sexuais.

Apesar de acreditarem que usar preservativo protege de contaminação de ISTs, os universitários não usam preservativos com seus parceiros fixos e negligenciam com parceiros casuais, mesmo sem o uso de drogas na última relação sexual. Atitude que deixa evidente o comportamento de prevenção movido pela fidelidade e confiança nos parceiros (GIL, 2016).

Mesmo com a crescente divulgação de informações sobre sexualidade, a interiorização das práticas contraceptivas entre nós é deficiente. A sustentação de uma prática livre e pouco reflexiva da sexualidade entre os jovens, característica da cultura brasileira, reforça os estereótipos de gênero e dificultam a adoção de medidas preventivas à gravidez e às IST/AIDS (ARAÚJO et al., 2012). Ademais, pesquisas mostram que o álcool reduz a habilidade de tomada de decisão e diminui as chances de rejeição de atividades sexuais não desejadas, podendo levar à gravidez, transmissão de infecções (GRIFFIN et al., 2011), além de gerar fragilidade à violência sexual, principalmente em mulheres.

No Brasil, alguns fatos negativos têm sido apontados no contexto de atenção às ISTs: (1) escassez de dados epidemiológicos relativos às IST; (2) os portadores de IST continuam sendo discriminados nos vários níveis do sistema de saúde; (3) populações de risco como adolescentes, profissionais do sexo, homo e bissexuais, travestis entre

outros, têm pouca acessibilidade aos serviços; (4) o atendimento é muitas vezes inadequado, resultando em segregação e exposição a situações de constrangimento; (5) a irregularidade na disponibilização de medicamentos específicos contribui para que os indivíduos descreditem nos serviços de saúde; (6) poucas unidades são capazes de oferecer resultados de testes conclusivos.

Há uma forte correlação entre a difusão das ISTs convencionais e a transmissão do HIV, tendo-se descoberto que as ISTs, ulcerativas ou não ulcerativas, aumentam o risco da transmissão do HIV por via sexual. O surgimento e difusão da infecção por HIV e da AIDS podem também complicar o tratamento e controle de outras ISTs. Por exemplo, por causa da imunossupressão relacionada com o HIV, o tratamento do cancro mole tornou-se cada vez mais difícil em zonas com uma elevada prevalência da infecção por HIV (OMS, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2006), pela sua magnitude<sup>1</sup>, transcendência<sup>2</sup>, vulnerabilidade e factibilidade<sup>3</sup> de controle, as ISTs devem ser priorizadas enquanto agravos em saúde pública. As ISTs, além das internações e procedimentos necessários para tratamento de suas complicações, causam, também, grande impacto social que se traduz em custos indiretos para a economia do país.

Nos anos 1980, os primeiros casos de AIDS foram reportados nos EUA, mostrando características clínicas de prejuízo no sistema imunológico de homens homossexuais, crescendo as suspeitas sobre a relação entre homossexualidade e a doença. A AIDS foi veiculada pela mídia como uma doença letal e incurável associada com homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo, reforçando a sistematização desses grupos por todos estratos da sociedade, independente do nível educacional e conhecimento da epidemia, alimentando o medo e a desconfiança na população. Contudo, a subsequente propagação da doença entre heterossexuais, crianças e bebês revelaram que a ideia de grupo de risco homossexual era equivocada (MATOS; SANTANA; PAIXÃO, 2012).

---

<sup>1</sup> Avaliação da dimensão do problema/processo saúde-doença – onde se leva em conta principalmente a frequência da ocorrência, isto é, a incidência, a prevalência, a morbidade e a mortalidade e, em planejamento e Vigilância Sanitária, a gravidade do efeito (consequência, ou dano) do evento.

<sup>2</sup> É a medida da relevância social, da importância, do reconhecimento que determinada população dá a um evento, do desejo da comunidade de resolver o problema.

<sup>3</sup> Que pode ser realizado.

Atualmente, podemos notar o sofrimento humano causado pelo estigma, preconceito e discriminação, que são processos de desvalorização e intolerância em relação a esses indivíduos, causando desigualdade social (GARBIN et al., 2009) Por essa razão, indivíduos assintomáticos às vezes não revelam sua condição (DISCACCIATI; NEVES; PORDEUS, 1999). O estigma ligado ao HIV vai além dos efeitos individuais, estão diretamente ligados à reprodução de desigualdades, levando à preconceito, rejeição e perda de status (PARKER; AGGLETON, 2001).

Assim, um acolhimento e tratamento adequado das IST, no primeiro contato entre pacientes e prestadores de cuidados de saúde, é uma importante medida de saúde pública. No caso de pacientes adolescentes, há a possibilidade de influenciar futuros comportamentos sexuais e práticas de procura de tratamento, numa fase crítica do desenvolvimento (OMS, 2005).

No Brasil, o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/AIDS, prevê a assistência às ISTs realizada de forma integrada pelo Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços de referência regionalizados. O ESF, devido às suas características, pode facilitar o acesso ao cuidado e a busca de parceiros sexuais, ao passo que as UBS e os serviços de referência exercem um papel fundamental no tratamento adequado e seguimento clínico. Para que as medidas sejam eficazes, é importante a participação e controle de ações pelas organizações da sociedade civil no acesso aos serviços, no cumprimento da pactuação para aquisição de medicamentos, na disponibilização de insumos laboratoriais, na disponibilidade de preservativos e outros insumos (Ministério da Saúde, 2006).

### 1.3 AS ISTS NAS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS

Uma vez que valores morais estão na base das relações afetivo-sexuais e variam de acordo com o contexto sócio-histórico em que são inseridos, o conhecimento desses valores, contextualizados em determinados grupos, torna-se importante para tomadas de decisão e direcionamento das políticas públicas em saúde.



A literatura analisada em Amorim e Andrade (2006) ressalta algumas concepções e valores predominantes nas vivências afetivo-sexuais da maioria dos grupos pesquisados, neles a *relação estável* – mantida com um único parceiro fixo – surge como o principal fator associado à dispensa de prevenção (não-uso ou uso inconsistente do preservativo masculino) (Guimarães, 2001; Miranda, Gadelha & Szwarcwald, 2005).

Um estudo realizado em 2016 por Aires Gil com 305 participantes, dentre eles 258 universitários, 8 docentes e 39 técnicos-administrativos apontou que 76,1% dos sujeitos apresentaram a fidelidade nos relacionamentos afetivos como fator que impede a cadeia de transmissão do vírus. Quando questionados sobre o uso de preservativo com parceiro fixo, 90,3% dos participantes afirmaram não utilizar preservativos (independentemente da situação conjugal). Em relação a parceiros casuais, 43,2% referiram uso, enquanto 40,1% não usam e 16,7% não souberam/ quiseram informar.

Uma pesquisa desenvolvida por Pirotta (2002) indicou que o uso de preservativo masculino é frequente em estudantes universitários, principalmente na primeira relação sexual, porém a utilização do método apresenta descontinuidade. Ademais, o preservativo masculino é usado também especialmente nas relações casuais e no início dos relacionamentos sexuais com parceiros novos. Quando o contexto de casualidade muda para namoro a tendência é a substituição do preservativo masculino pelo contraceptivo oral. Na análise da autora, a concepção de estabilidade, sustentada por valores como confiança, fidelidade e respeito mútuos, torna desnecessária a proteção contra doenças, permanecendo apenas a preocupação contraceptiva.

Pesquisa com grupos de nível socioeconômico baixo indicam que o *conhecer* sobrepõe-se à categoria *estabilidade* na lógica de proteção, com o favorecimento de um sujeito conhecido a um estranho. A crença de que o “familiar” protege, gera credibilidade à dispensa do preservativo, mesmo nas primeiras relações sexuais com o novo parceiro, no caso deste ser conhecido na comunidade por meio de cenários tais como o da família, dos pares, do trabalho ou da religião. O conhecer/confiar refere-se a valores como rapaz caseiro, sossegado, não de ficar na rua, quieto, não mulherengo (GUIMARÃES, 2001).

A relação entre a *confiança* e a percepção de risco também está presente tanto nos estudos com mulheres como naqueles com homens. Na maioria das pesquisas com homens, ocorre uma distinção moral entre "donas de casa" e "mulheres da rua". As

primeiras são associadas a sentimentos de confiança, limpeza, pureza e honestidade, ou seja, o grupo das caseiras e confiáveis, as namoradas, moças de família, tímidas e quietas. O segundo grupo, considerado de risco, refere-se às "vadias", "safadas", "mulheres da noite" ou "sujas", com as quais se deve usar preservativo, uma vez que são não-confiáveis e possíveis portadoras de doenças (ALMEIDA, 2002; SILVA, 2002).

Em um estudo realizado por Alves e Brandão (2009) com jovens de 18 a 24 anos (nove moças e oito rapazes) obteve que, entre os oito rapazes, o uso da camisinha está associado às relações esporádicas e/ou com mulheres sem um conhecimento prévio. Quando se trata da namorada ou esposa, a camisinha é substituída pela "confiança", recorrendo-se à pílula para se evitar a gravidez; adquirir alguma doença não está em pauta. A manutenção de relações sem qualquer prevenção e em qualquer situação foi observada em metade dos oito rapazes entrevistados.

À vista disso, investigar a prevenção do HIV/Aids entre heterossexuais com relacionamentos estáveis pode ter como obstáculo o quanto essas pessoas estão afeiçoadas a crenças e valores morais ligados ao casamento que, na concepção ocidental, representariam atributos como amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade. Existe um pressuposto de que, ao assumir tais valores na vida cotidiana, homens e mulheres estariam protegidos do risco de se infectar (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008). Em pesquisa realizada por Maia, Guilhem e Freitas (2008) os dados indicaram que homens e mulheres heterossexuais entrevistados, casados ou em união consensual, possuíam conhecimentos importantes sobre transmissão do HIV/Aids, todavia suas percepções conjugais expressam a cultura na qual estão inseridos no tocante aos papéis de gênero e hierarquização da relação afetivo-sexual.

#### 1.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE GÊNERO, SEXO E INTERFACES

Outro ponto imprescindível para a compreensão do objeto em pauta é a necessária caracterização de alguns conceitos, dentre eles: sexualidade, sexo biológico, gênero, identidade e expressão de gênero e orientação sexual.

A sexualidade é uma construção e envolve um processo contínuo, não linear, de aprendizagem pelo qual o sujeito elabora a percepção de si, esse processo ocorre permeado por questões históricas, sociais e culturais específicas. Ao contrário do que se acredita popularmente, não é relacionada a "instintos" naturais ou depende somente de impulsos, hormônios ou genes. As definições atuais da sexualidade a abarcam como uma construção de corpos, desejos, significados, ideias, experiências, condutas, fantasias, comportamentos e identidades que os indivíduos desenvolvem por meio da apropriação das possibilidades disponibilizadas pela cultura, sociedade e história. Trata-se, desse modo, de um conceito ativo que vai evoluindo e está sujeito a diversos usos e interpretações, aparecendo como sujeito de debates e disputas políticas (BARRETO; ARAÚJO; PEREIRA, 2009).

O sexo biológico diz respeito basicamente às características físicas/biológicas que os indivíduos apresentam ao nascer. Atualmente, a espécie humana é geralmente dividida em dois grupos: o do sexo feminino e o do sexo masculino, segundo uma determinação genética relacionada aos cromossomos XX e XY, órgãos genitais, capacidades reprodutivas e características fisiológicas secundárias. Desse modo, não há gênero no sexo biológico em si, o que existe é uma expectativa social de gênero relacionada ao sexo biológico/genital (REIS, 2018).

Já o conceito de Gênero foi formulado nos anos 1970, influenciado pelo movimento feminista e criado para distinguir a dimensão biológica da dimensão social, levando em consideração que as maneiras de “ser homem” e “ser mulher” são determinadas culturalmente. Desse modo, “gênero” indica que homens e mulheres são produtos da realidade social e não resultado da anatomia corporal, ou seja, o sexo anatômico não é elemento definidor das condutas da espécie humana. A maneira como homens e mulheres se comportam socialmente é resultado de um acentuado aprendizado sociocultural que ensina os indivíduos a se comportarem conforme as ordenações de cada gênero (BARRETO; ARAÚJO; PEREIRA, 2009).

Fala-se de “identidade de gênero” para se referir à experiência interna e individual do gênero em cada indivíduo, podendo ou não corresponder ao sexo anatômico, ou seja,

é a percepção que o sujeito tem de si como sendo do gênero masculino, feminino, uma combinação dos dois (intergêneros) ou nenhum (agênero). A identidade de gênero pode não ser obrigatoriamente visível para externos (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS, 2018). A expressão de gênero é a maneira pela qual a pessoa manifesta publicamente sua identidade de gênero, podendo ser através de nome, vestimenta, cabelo, comportamento, mudança na voz/características corporais e afins.

Anexadas aos conceitos de identidade e expressão de gênero, existem classificações com o intuito de denominar tais identificações/expressões: 1. “Cisgênero” refere-se ao indivíduo que se identifica, em todos os elementos, com o gênero que lhe foi atribuído no nascimento; 2. “Transgênero” são os indivíduos que transitam entre os gêneros, são pessoas cuja identidade transcende as definições tradicionais de sexualidade (mulheres trans, travestis e homens trans); 3. “Cross-dresser” se refere a homens que usam esporadicamente itens de vestimenta culturalmente associados à mulher (em geral, se identificam como heterossexuais); 4. “Drag” (queen ou king) são indivíduos que se vestem com roupas do gênero oposto de forma satírica e extravagante para fins de trabalho artístico; 5. “Gênero fluído” é a pessoa que se identifica tanto com o sexo masculino quanto com o sexo feminino (REIS, 2018).

E, por fim, a “orientação sexual” refere-se à capacidade do indivíduo de ter atração emocional, afetiva ou sexual por sujeitos do mesmo gênero, de gêneros diferentes ou de mais de um gênero, como também ter relações íntimas e sexuais. Há três orientações sexuais preponderantes, sendo elas: 1. A homossexualidade, que seria o interesse afetivo-sexual pelo mesmo gênero; 2. A heterossexualidade, que seria o interesse afetivo-sexual pelo gênero oposto; e 3. A bissexualidade, que seria o interesse afetivo-sexual por ambos os gêneros. Além disso, existem também os “assexuais”, que são indivíduos que não sentem nenhuma atração sexual, e os “pansexuais”, indivíduos que podem desenvolver atração física, amor e desejo sexual por indivíduos independentemente da sua identidade de gênero ou sexo, rejeitando a noção dos dois gêneros e até mesmo a orientação sexual específica (REIS, 2018; MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS, 2018).

Tendo em vista as questões pertinentes à subjetividade do sujeito, envolvendo sexualidade, gênero, identidade de gênero, sexo biológico, orientação sexual e a complexidade no âmbito das relações afetivas e/ou sexuais, é importante pontuar que o controle das infecções sexualmente transmissíveis não ocorre somente com o tratamento de quem busca ajuda nos serviços de saúde. Para interromper a transmissão dessas infecções e evitar a reinfecção, é fundamental que as parcerias também sejam testadas e tratadas, com orientação de um profissional de saúde, para isso é importante que as parcerias sejam avisadas sempre que haja a detecção de uma IST. Além disso, é necessário compreender como se dão as relações no contexto das ISTs e quais as interpretações dos indivíduos sobre tais vivências. Outro ponto também relevante é a informação sobre as formas de contágio, o risco de infecção, a necessidade de atendimento em uma unidade de saúde e as medidas de prevenção e tratamento (ex.: relação sexual com uso de camisinha masculina ou feminina até que a parceria seja tratada e orientada).

## **2 OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Investigar junto aos universitários a experiência de contaminação por ISTs e o impacto destas nas relações afetivo-sexuais.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- i) investigar como se deu o cuidado em saúde relativo a IST;
- ii) investigar como a pessoa lida com o sigilo (ou não) a respeito da própria condição;
- iii) investigar aspectos fortalecedores e fragilizadores da relação afetiva/sexual no contexto da IST.

## 3 MÉTODO

### 3.1 DESENHO METODOLÓGICO

Para esse estudo, foi proposta uma pesquisa empírica de abordagem qualitativa pela necessidade de investigar um objeto dinâmico e complexo e, desse modo, sempre em formação. A matéria prima da pesquisa qualitativa é composta por um conjunto de sentidos que se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação (MINAYO, 2010).

Considerando como objeto de estudo a vivência da contaminação por ISTs, buscou-se entender qual é a compreensão do indivíduo sobre si mesmo, que é expressa através da linguagem. A linguagem por si só não traz a experiência de maneira pura, já que vem organizada pelo sujeito por meio da reflexão e da interpretação, que é influenciada pelo contexto social e pela cultura. A vivência vem como produto da reflexão pessoal sobre a experiência, já que vários indivíduos podem ter passado pela mesma situação, porém, a interpretação depende de sua personalidade, biografia e participação na história, além de levar em consideração o coletivo no qual o sujeito vive e as condições que ocorrem.

Na pesquisa qualitativa, essa subjetividade trazida através da multideterminação de fatores sociais, culturais, históricos e econômicos, é um fator primordial de análise. Através dela, é possível conhecer como o sentido que o indivíduo dá ao evento tem relação com as estruturas sociais nas quais está inserido. Desse modo, neste estudo, analisando aspectos subjetivos, culturais e sociais, foi possível investigar a experiência e vivência da contaminação por Infecções Sexualmente Transmissíveis e seus desdobramentos nas relações afetivo-sexuais em universitários.

### 3.2 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto está pautado nas resoluções 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, que define procedimentos e cuidados éticos em pesquisas envolvendo seres humanos. Desse modo, houve o comprometimento em preservar o sigilo, a garantia de assistência imediata e integral, o compromisso em oferecer todas as informações sobre o trabalho realizado e o respeito ao participante assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa até o final dos trabalhos. O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer CAAE 14713319.6.0000.5504.

### 3.3 PARTICIPANTES

O grupo de participantes da pesquisa foi composto por 7 universitários em nível de graduação e pós-graduação de duas universidades públicas (UFSCar e USP) na cidade de São Carlos-SP, entretanto, um dos participantes (P4) foi desclassificado por não cumprir um dos critérios de inclusão para o estudo. Os critérios de inclusão para participar do estudo foram: ser portador de uma IST ou ter sido; ser maior de 18 anos e ter até 30 anos de idade; ser estudante universitário da UFSCar ou USP; e aceitar participar do estudo. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: não aceitar participar da pesquisa, não ser portador de IST ou não ter sido.

Os sujeitos foram convidados a participar através das redes sociais, por meio de uma postagem nos grupos que reúnem quantidade considerável da comunidade universitária das respectivas universidades (UFSCar, UFSCar 2.0 e CAASO). A postagem consistiu numa breve descrição da proposta, objetivos da pesquisa e critérios de inclusão/exclusão. Os alunos foram convidados a entrar em contato através do email “pesquisaufscarpsi@gmail.com”, no qual os indivíduos interessados em contribuir puderam se comunicar de maneira segura e sigilosa. A pesquisa também foi divulgada pelo email de notícias oficial da UFSCar, o Inforede.



## 3.4 CONTEXTO E CAMPO EMPÍRICO DA PESQUISA

### 3.4.1 São Carlos

São Carlos é um município brasileiro localizado no interior do estado de São Paulo, possui 249.415 habitantes (IBGE, 2018) e é a 13ª maior cidade do interior do estado em número de residentes. Por ser um território que abrange diversos centros acadêmicos, tecnológicos e industriais recebeu o título de “Capital da Tecnologia”, além disso, reforçando sua posição como pólo de desenvolvimento científico e tecnológico. Os dois campi da Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Instituto Federal de São Paulo (IFSP) e a FATEC, além de uma universidade particular, o Centro Universitário Central Paulista (UNICEP), tornam intensa a atividade universitária no município.

Entre os serviços de saúde ofertados, a cidade possui um ambulatório oncológico que é destinado ao diagnóstico e tratamento do câncer, oferecendo tratamento de reabilitação em fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição e assistência social para os pacientes em tratamento de câncer. Além disso, também contém a presença de três tipos de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): 1. Álcool e drogas - voltado para o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas; 2. Infantil e juvenil - destinado à crianças e adolescentes com transtornos mentais, além do uso abusivo de álcool e outras drogas; e 3. Mental - direcionado a pacientes adultos com transtornos mentais e/ou sofrimento psíquico).

Outro serviço de saúde bastante relevante na cidade é o Centro de Atendimento de Infecções Crônicas (CAIC), local especializado para o atendimento à doenças e agravos de notificação compulsória e tratamento contínuo, com intuito de realizar busca ativa, prestar assistência e divulgar indicadores que permitam a elaboração de políticas públicas voltadas ao diagnóstico precoce e tratamento imediato de portadores de HIV, sífilis e hepatites virais (B, E e C), além de tuberculose e hanseníase.

Fazendo parte do Estratégia de Saúde da Família (ESF), a cidade trabalha no sentido da promoção, prevenção, cuidados e reabilitação da saúde das famílias,

somando cerca de 39.769 habitantes. Os atendimentos nesse segmento são realizados nas Unidades de Saúde da Família (USF) do território e por meio de visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe de saúde, com foco na atuação multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de dentista e agentes comunitários de saúde).

Ainda o município é composto por um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro Municipal de Especialidades (CEME), Serviço de Controle de Arbovirose, Serviço de Controle de Zoonoses, Unidades de Saúde, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária.

#### 3.4.1.1 UFSCar

Atualmente, o Campus São Carlos possui aproximadamente 10 mil alunos, mil docentes, e 800 técnicos-administrativos, o Campus abriga o Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia (CCET), o Centro de Educação e Ciências Humanas (CECH) e o Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade, nos quais estão alocados mais de 30 Departamentos Acadêmicos que oferecem cerca de 40 cursos de graduação.

O Campus São Carlos possui 10 edifícios de aulas teóricas (AT), totalizando mais de 130 salas de aula, mais de 300 laboratórios, e uma Biblioteca Comunitária (BCo), a primeira com essa característica do Brasil em um campus federal, que soma mais de 280.000 exemplares disponíveis para empréstimo. No Campus são ofertados 66 cursos de pós-graduação em todas as áreas do conhecimento.

A estrutura da Universidade conta com o Departamento de Atenção à Saúde (DeAS) que tem por objetivo promover e participar das ações voltadas para a saúde da universidade, como campanhas e programas de prevenção e promoção de saúde, através de atendimento médico, odontológico, psicológico e de enfermagem.

### 3.4.1.2 USP - Campus São Carlos

Possui cinco unidades de ensino - Escola de Engenharia de São Carlos (EESC), Instituto de Arquitetura e Urbanismo (IAU), Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação (ICMC), Instituto de Física de São Carlos (IFSC) e Instituto de Química de São Carlos (IQSC) -, que somadas à Prefeitura do Campus USP de São Carlos (PUSP-SC), ao Centro de Tecnologia da Informação de São Carlos - CeTI-SC, ao Centro de Divulgação Científica e Cultural (CDCC) e a outros órgãos/serviços, formam a USP-São Carlos.

A USP oferece 23 cursos de graduação e 19 programas de pós-graduação, possui atualmente 4.837 alunos de graduação, 3.030 alunos de pós-graduação, 532 professores e 1.052 funcionários. Além disso, a instituição conta com uma Unidade Básica de Atendimento à Saúde (UBAS), do Departamento de Assistência à Saúde (DPAS), dentro do campus, na qual realiza atendimentos médicos (pediatria, ginecologia e psiquiatria), odontológicos e de enfermagem de complexidade primária para alunos da graduação e pós-graduação, docentes e funcionários.

## 3.5 INSTRUMENTO E OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

O trabalho de campo foi realizado no Serviço Escola de Psicologia - SEPSI, vinculado ao Departamento de Psicologia da UFSCar, em horário combinado de acordo com a disponibilidade do participante. O SEPSI é a unidade do DPSI responsável por organizar os estágios do curso de psicologia, e também possui salas com infraestrutura necessária para a realização de entrevistas e atendimentos individuais e grupais, sendo utilizadas para a coleta desta pesquisa.

Para obtenção dos dados desejados, foi realizada uma entrevista semi-estruturada, composta por um questionário, com intuito de se obter dados mais diretos e para levantar dados que tracem o perfil sociodemográfico, e também por questões abertas, para que fosse alcançado um nível de profundidade de acordo com o desejo do participante. A partir desse tipo de instrumento, buscou-se verificar como se deu o

cuidado em saúde, investigar como a pessoa lida com o sigilo ou não a respeito da condição e verificar quais foram/se existiam aspectos fragilizadores e/ou fortalecedores das relações afetivo-sexuais no contexto da IST.

A entrevista é, acima de tudo, uma conversa realizada através da iniciativa do entrevistador, dirigida a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, nas quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender a questões formuladas, o roteiro serve apenas de orientação, não restringindo a fala dos entrevistados (MINAYO, 2010). As entrevistas tiveram tempo de duração médio de 30 minutos e durante sua execução foi priorizado o bem-estar dos participantes, deixando livre a desistência da participação a qualquer momento do processo.

Nos aspectos abordados foram incluídas questões socioeconômicas, para que pudéssemos caracterizar os aspectos sociais, culturais e econômicos da vida do participante, como gênero, orientação sexual, universidade, período de ingresso, condições de moradia e qual serviço de saúde utiliza).

### 3.6 REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A entrevista será realizada em duas partes, a primeira diz respeito ao registro manual das informações básicas (como nome, idade, universidade, etc.) e durante a segunda parte serão realizados manualmente registros pontuais e haverá uso de gravação de áudio de segurança, para complementar as informações. Isto significa que o pesquisador irá registrar em tempo real as falas durante a entrevista, e posteriormente ao organizar os dados, poderá ou não fazer uso do registro de áudio para complementar os dados levantados, sem necessidade de transcrição literal de todas as entrevistas. Cada participante terá um arquivo com o registro virtual (pastas) correspondente de sua entrevista, compondo ao final o banco de dados a ser analisado.

### 3.7 METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

Considerando a abordagem qualitativa e o tipo de instrumento que foi utilizado, fez-se ser necessário tratar o material que foi coletado a partir da Análise de Conteúdo, que consiste na análise da comunicação, através de técnicas sistemáticas e objetivas, a descrição do conteúdo das mensagens por meio de indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens (Bardin, 1979).

Operacionalmente, a análise de conteúdo parte do amplo para o reduzido, ou seja, do geral até atingir-se um grau mais profundo, buscando obter mais do que os conteúdos manifestos das mensagens. Portanto, relaciona estruturas semânticas com estruturas sociológicas da comunicação, articulando as mensagens com fatores que indicam suas características, como: contexto cultural e social, variáveis psicossociais e o processo de produção das mensagens (MINAYO, 2010).

Nessa pesquisa, foi utilizada a Análise Temática pois, segundo Minayo (2010), é o tipo de análise mais simples e considerado apropriado para investigações qualitativas em saúde. O processo consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compuseram uma comunicação, cuja presença ou frequência significasse algo para o objeto analítico. A primeira etapa é chamada de *pré-análise*, composta por três partes: a leitura flutuante, a constituição do corpus e a formulação das hipóteses. No geral, essa primeira etapa resumiu-se em estabelecer um contato mais profundo com o material para a escolha dos arquivos a serem analisados e organizá-los para que possam responder a algumas normas de validação, como também, na retomada das hipóteses e dos objetivos da pesquisa, além das hipóteses emergentes a partir do tratamento do material.

Na segunda etapa ocorreu a *exploração do material*, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto através de uma operação classificatória, para isso, buscamos identificar semelhanças, diferenças e singularidades significativas, tendo os objetivos da pesquisa como parâmetro. Para cada participante esta operação foi realizada constituindo os núcleos de sentido individuais. Em seguida, a mesma lógica foi empregada articulando os diferentes núcleos de sentido do grupo de participantes. Esta etapa permitiu a definição e descrição das unidades de registro (análise vertical de cada

sujeito) e a construção de categorias<sup>4</sup> temáticas (teóricas ou empíricas) relativas a análise transversal do material da pesquisa. Estes passos constituíram a terceira etapa de *Tratamento dos Resultados e Interpretação*. Por fim, as categorias temáticas encontradas/definidas foram interpretadas e discutidas em diálogo com a literatura e com as reflexões da pesquisadora.

---

<sup>4</sup> Segundo Minayo (2010), as categorias são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O quadro abaixo apresenta a caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo.

**Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes**

Participante	P1	P2	P3	P5	P6	P7
Idade	24	26	22	21	24	24
Gênero	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino
Orientação	Heterossexual	Homossexual	Panssexual	Bissexual	Heterossexual	Heterossexual
Universidade	UFSCar	UFSCar	USP	UFSCar	UFSCar	USP
Moradia	Com a família	República*	República	República	Sozinha	República
Renda	1,5 sm	Bolsista PROACE**	Familiar: 5-8 sm	Menor que 1 sm	2-3 sm	2,5 sm
Autodecl. de Raça	Branco	Branco	Branco	Branco	Branca	Branco
Serviço de Saúde	Privado	Público	Privado	Público	Privado/Público	Privado
IST relatada	Candidíase/HPV/Gonorréia	Sífilis	Candidíase	Sífilis/HPV	Herpes/Tricomoníase	Candidíase

\*República: para fins desse estudo, foi considerada “república” quaisquer moradias compostas por mais de 2 indivíduos que não fazem parte do mesmo núcleo familiar.

\*\*Bolsista proace: recebe auxílio-moradia pela universidade.

A média de idade dos participantes é de 23,5 anos, variando entre 21 e 26 anos. A respeito de gênero, 5 participantes se reconheceram como masculino, enquanto P6

nomeu-se como feminino, além disso, todos referiram identificação com o sexo biológico. No tocante à orientação sexual, três participantes se declararam heterossexuais, dois homens e uma mulher (P1, P6 e P7), enquanto P2 afirmou ser homossexual, P3 se reconheceu como panssexual e P5 como bissexual. É importante refletir que a maior parte da amostra foi composta por homens (somente uma mulher) e, dentre as interpretações possíveis podemos trazer: a possível necessidade desse grupo de obter um espaço no qual possa discutir esse tipo de temática e também as questões de gênero que podem estar envolvidas no motivo pelo qual as mulheres preferem não se expor em contextos que envolvem essa temática.

Em relação à autodeclaração de raça, todos os participantes se autodeclararam brancos, fato que pode ser justificado através do ainda baixo acesso de negros e pardos ao ensino superior e, especialmente, nas universidades públicas. Quanto à renda, dois participantes P2 e P5 se encontravam em situação de vulnerabilidade financeira e acessando exclusivamente o Sistema Único de Saúde.

O agravo em saúde mais citado, e nesse estudo tratado como IST por ter ocorrido especificamente em homens, foi a candidíase (50%), seguido da Sífilis e HPV (ambos com 33,3%), enquanto gonorréia e tricomoníase apareceram somente uma vez (16,6% cada um).

## 4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Nesse tópico serão apresentados os resultados das análises das entrevistas e suas discussões a partir da literatura e interpretações da pesquisadora. A partir das entrevistas foi possível identificar e organizar as categorias de análise (unidades temáticas). Vale ressaltar que esse procedimento de separação e organização do conteúdo das falas é utilizado somente para fins de análise, já que tais categorias não organizam a vida dos participantes em questão e, desse modo, fora de contextos de pesquisa e análise não é possível desassociar esses conteúdos por serem complexos e se relacionarem de maneira dialética. As categorias e subcategorias estão sistematizadas no quadro a seguir:



**Quadro 2 - Categorias e subcategoria de análise**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategoria</b>
4.2.1 Lógicas de proteção	-
4.2.2 Cuidado em Saúde com foco na IST	4.2.2.1 Masculinidades e cuidado em saúde
4.2.3 Acolhimento e Rede de Apoio	-
4.2.4 Estigma e Tabu	-

#### **4.2.1 Lógicas de proteção (P1, P2, P3, P5, P6 e P7)**

Nesta categoria foram incluídos relatos dos participantes envolvendo as lógicas de proteção contra as ISTs, trazendo em pauta a relação entre o desejo e as representações de sexo seguro e risco. O desejo é trazido diversas vezes como ponto crucial do não uso do preservativo devido à sua ação inebriante e urgente. Além disso, o desejo também é apresentado como fato presente e influenciado pela vontade, tal vivência focada no “hoje” está associada ao prazer e aventura, desse modo, o uso do preservativo numa relação sexual pode ser interpretado pelo sujeito como uma maneira de controlar/mediar essa sensação e pensar no risco, fugindo ao presente e quebrando o “clima” entre os parceiros (ARRAES, 2015).

Em pesquisa realizada por Nogueira et al. (2018), que tinha como objetivo investigar as causas do não uso do preservativo entre homens e mulheres na última relação sexual, obteve que na amostra de participantes do sexo masculino (984 ocorrências) 26,2% relataram não ter utilizado proteção por “não deu tempo/tesão”. Na amostra feminina (388 ocorrências), a justificativa do “não deu tempo/tesão” foi usada em 21,64% das ocorrências. Neste sentido, observamos na fala do participante 3:

"Ah, foi tipo um cara que eu tava muito afim de pegar, muito, muito afim, aí acabou fazendo sexo, a gente acabou ficando muito animado e acabou fazendo sem proteção. Aí depois eu fiquei pensando

'por que eu fiz isso?', sabe? na hora pareceu muito bom, porque sempre parece, mas nunca é, né?..." (P3)

Ainda dentro dessa lógica, pode-se observar também o vínculo afetivo como fator de influência diretamente proporcional ao sexo desprotegido, desse modo, quanto maior o vínculo, menor é o uso de preservativo. Corroborando essa ideia, um estudo apontou ainda que a representação social do sexo está, na maioria da vezes, associada a conceitos de Amor e Prazer, enquanto conceitos relacionados à risco/prevenção como "preservativo" e "doenças sexualmente transmissíveis" aparecem em baixa frequência, revelando o aspecto mais periférico desses pontos (GOMES; NUNES, 2015), tais dados podem ser considerados indicadores da romantização da experiência sexual e justificar os diversos níveis de utilização do preservativo e podem ser observados nas falas dos participantes 2 e 7:

"Eu uso sim camisinha, mas é... Quando eu, não sei, tô vendo que tá 'fechando', ou que tá tendo confiança na relação e vai ser um parceiro único, eu prefiro não usar, foi assim nos meus outros relacionamentos..." (P2)

"[decidimos não usar camisinha no relacionamento] Pelo prazer e ela tomava anticoncepcional há muito tempo, então, o medo de filhos reduziu drasticamente e como a gente tava parceiro fixo o medo de DST também, a gente confiava um no outro de que não ia ter uma traição e, portanto, não ia ter uma doença externa vindo aí." (P7)

Nessa esfera também foram introduzidas as falas direcionadas ao consumo de álcool como facilitador da relação sexual desprotegida, principalmente nos contextos nos quais não há risco de uma gravidez indesejada. Ainda no estudo de Nogueira et al. (2018), o motivo "sob efeito de álcool e drogas" para a realização do sexo desprotegido apareceu de maneira acentuada entre participantes do sexo masculino autodeclarados solteiros (23,3%), casados (19,1%), separados (16,6%) e de situação conjugal não informada (27%). O efeito do álcool e drogas como facilitador também pode ser observado no atual estudo, ilustrado pelas falas de P1 e P7:

"Bebeu, começa os amassos e acabou acontecendo a relação sem camisinha porque ela dizia que tomava o remédio, então, é aquele

negócio, você não pensa na doença, você pensa na gravidez né... até que um dia acordei e tava com alguns sintomas." (P1)

"Com certeza [o álcool influencia], porque a vontade é fazer sem né, mas a razão fala para gente não fazer, mas aí quando a gente tá com a razão alterada... é isso..." (P7)

Nas relações hétero e bissexuais, a gravidez indesejada aparece como sendo a maior preocupação e o maior risco do sexo desprotegido, portanto, quando a parceira faz uso de outro método contraceptivo (DIU, anticoncepcional e afins) e as chances de concepção são reduzidas, as relações sexuais são possivelmente entendidas como seguras. Um estudo realizado por Giacomozzi e Camargo (2004) investigou as representações sociais de mulheres com parceiro fixo sobre sexualidade e prevenção à AIDS, obtendo que as participantes utilizavam anticoncepcionais orais no casamento para evitar a gravidez e atribuíam a importância do uso do preservativo para prevenção de ISTs, mas somente para pessoas que não estivessem em um relacionamento fixo, ou para quando um homem casado traísse a esposa. Além disso, a confiança gerada pelo vínculo afetivo aparece como garantia de que não há relações extraconjugais, portanto, não há risco de transmissão e de que há cumplicidade entre o casal.

Outro ponto que deve ser trazido é o contexto universitário vivido pelos participantes, ambiente que tem como uma das principais representações sociais a lógica do *"carpe diem"*, marcada pela urgência ao prazer e a vivência do momento presente - a juventude. Desse modo, a preocupação com a prevenção é tida novamente como questão para o futuro, este que não faz parte da vivência *"carpe diem"* universitária, os colocando em posição de vulnerabilidade como sujeitos que devem aproveitar essa fase da vida (culturalmente entendida como momento de errar, experimentar e *"curtir"*) sem se aterem a acontecimentos futuros, já que tal conjuntura logo acabará. Nesse sentido, trouxemos a fala de P1:

"Não, acho que o pensamento de todo jovem que não tem instrução familiar é tipo: não ter filho. É basicamente aquela lei do rolê: não matar, não gerar uma vida e não morrer." (P1)

Contudo, a maioria dos relatos de sexo desprotegido são seguidos de discursos voltados para a preocupação intensa, culpabilização pelo acontecimento e reconhecimento do risco, podendo levar à procura de serviços especializados para orientação e testagem. Segundo Arraes (2015), a “Promoção de Saúde” é responsável por apresentar discursos de liberdade e empoderamento dos indivíduos, mas também determina quais são os comportamentos desejáveis (tipos de cuidado, estilo de vida, etc.) e, a partir de uma abordagem voltada para a autonomia do sujeito, o coloca como responsável pelas suas escolhas e consequências e, portanto, responsabilizado pela sua saúde. Em relação à sexualidade, as campanhas de prevenção veiculadas pelo Ministério da Saúde no decorrer dos anos vêm adotando a ideia da autonomia e impondo o uso do preservativo como sinônimo de autoestima/autocuidado, preocupação consigo, com a vida e com terceiros. A partir disso, os sujeitos apropriados dessa suposta autonomia sentem que suas escolhas são livres e individuais, mas também fazem a leitura de que as escolhas voltadas à não seguirem as recomendações serão culpabilizadas e sofrerão diversas consequências. A conjuntura trazida no estudo de Arraes (2015), aparece no presente estudo ilustrada na fala de P3:

"Eu fiquei um pouco chateado no começo porque sabia que tinha sido culpa minha, porque se eu peguei foi desleixo meu, e assim, me senti meio mal, mas acontece... Eu fui conversar com meus amigos, aí tipo assim, o povo meio que zoou 'ah lá, não se cuida né'." (P3)

#### **4.2.2 Cuidado em saúde com foco na IST (P1, P2, P3, P5, P6 e P7)**

Nessa categoria foram incluídos relatos referentes à busca e oferta de cuidados em saúde com foco na IST, trazendo em pauta as orientações de cuidado recebidas através dos profissionais de saúde e considerações dos participantes a respeito delas, além de narrações sobre o as instruções recebidas no decorrer da vida. Além disso, essa categoria é composta por uma subcategoria referente à gênero e denominada “Masculinidades e cuidado em saúde”.

A partir dessas considerações, pode-se observar a insatisfação e/ou não efetividade das orientações prestadas, principalmente aquelas em serviços privados, interpretadas como “puxão de orelha”, permeadas por uma perspectiva moral e professoral por parte dos profissionais, reflexo da falta de preparo para lidar com esse tipo de demanda. É comum que estudantes e profissionais da saúde se mostrem constrangidos frente às demandas relacionadas à esfera sexual dos pacientes, tal fato pode trazer como reflexo a não abordagem do tema, o estabelecimento de uma relação superficial, erros no diagnóstico e impossibilidade de condução do tratamento. Diversos estudos apontam internacionalmente que existe uma questão relacionada à formação dos profissionais para lidar com essas questões como: o tema ser tratado de maneira pontual, fragmentada e focada na fisiologia do corpo humano, sem articulação com outras áreas do saber, contribuindo para reforçar preconceitos baseados em crenças naturalizadas, predefinidas e dicotômicas (RUFINO; MADEIRO; GIRÃO, 2013; CESNIK; ZERBINI, 2017).

Ainda sobre as orientações realizadas pelos profissionais, uma pesquisa realizada por Barbosa *et al.* (2020) que teve como objetivo investigar a prática autorreferida de aconselhamento em infecções sexualmente transmissíveis e HIV/aids, obteve que as práticas de aconselhamento estão abaixo do padrão recomendado pelo Ministério da Saúde, gerando preocupações a respeito da não realização de importantes ações de orientação e apoio às pessoas que estiveram ou podem estar em situações de risco. Nesse sentido, trouxemos a fala da participante 6 sobre orientações e apoio realizados pelos profissionais durante o atendimento prestado:

“E também foi uma coisa que, tipo, ela não passou informação nenhuma sobre as doenças, sabe? Ah, só falou: é isso, toma isso. Por exemplo, da herpes, assim, não sabia quantas vezes aquilo ia acontecer, sabe? Quando ia voltar? Que condições ia voltar? Sabe? Tipo, não sabia nada assim, tudo foi coisa que eu tive que ir atrás da informação autonomamente sabe, porque a médica em si só fez um diagnóstico e mandou meu namorado imaginário tomar remédio, sabe?” (P6)

Foram pontuadas ainda posturas conservadoras dos técnicos e reações de constrangimento no participante. Em estudo realizado por Val *et. al* (2019) que buscava

conhecer os aspectos relacionados à sexualidade e gênero que eram abordados durante a graduação em estudantes do último ano de medicina, foram obtidos recorrentes relatos de desconhecimento ou de dificuldade de tratar do tema, termos como “polêmico”, “delicado”, “complexo” e “tabu”, foram utilizados para descrever o campo da sexualidade pelos participantes, refletindo uma postura defensiva diante de um assunto não dominado pela racionalidade instrumental da formação médica. Quando questionados sobre a capacidade de abordar assuntos sexuais com pacientes, todos os alunos relataram se sentir despreparados e, por fim, a pesquisa concluiu que a base heteronormativa, focada em aspectos biológicos, exclui questões históricas, sociais e subjetivas que são fundamentais para o cuidado em saúde.

Na mesma direção destes dados, nosso estudo reverberou tais fragilidades, como apontado por P3:

“Aí eu fui no médico, aí foi muito engraçado porque eu cheguei no médico, eu sabia que era uma IST, eu sei muito bem que foi por causa da relação que acabou sendo desprotegida, aí o médico falou 'ah, é candidíase', aí eu falei 'obviamente né', aí ele disse 'ah, mas sabe, é só lavar bem, porque acho que você pegou por causa de contato da mão que foi no seu pinto', ah, perdão a palavra, tá? Aí eu só fiquei tipo 'aham, tá', eu vou acreditar tá doutor...” (P3)

Outro ponto trazido foi a boa atuação dos serviços públicos e especializados (como o CAIC, Hospital Universitário e DeAS), referindo bom acolhimento e instruções pertinentes/efetivas. Corroborando com esse dado, uma pesquisa realizada por Lira (2017) em um Centro de Testagem e Aconselhamento em IST/AIDS (um serviço especializado), avaliou a importância das ações de aconselhamento realizadas pelos profissionais do cenário, entre os pontos positivos para o funcionamento e eficiência do serviço foram apontados: a garantia do sigilo dos atendimentos, a possibilidade de acompanhamento por uma equipe multi/interdisciplinar e a orientação ser realizada de maneira tranquila independente do resultado (positivo ou negativo). Podendo concluir que é no momento do aconselhamento que o usuário encontra ajuda para seu possível agravo, apoio psicológico, emocional, recebe orientações sobre a condição de saúde,

informações de prevenção de forma educativa, tudo isso sem julgamentos e imposições, obtendo um atendimento acolhedor, integral e resolutivo.

Nessa perspectiva, nossa pesquisa trouxe a mesma potencialidade referente à um serviço especializado de atendimento à infecções, exemplificada através da fala de P2:

"Eu aprendi durante esse acompanhamento, esse tratamento, eu aprendi muitas coisas sobre prevenção, sobre sexo, sobre corpo... Muitas coisas que eu não vi mesmo em nenhum outro lugar, sabe?." (P2)

Pensando ainda sobre cuidado em saúde, foram incluídos também os relatos referentes à percepção dos sintomas, busca por orientação e tratamento de maneira ampla (podendo ser com amigos, na internet, com um profissional de saúde), procura por cuidado em saúde no geral (como participação em campanhas de testagem) além de conversas sobre o agravo com parceiros em potencial como maneira de cuidar de si e do outro.

A respeito do uso da internet como fonte de informação em saúde relatado pela maioria dos participantes da pesquisa, sabe-se que a internet é um facilitador do acesso à informação desde sua popularização, atualmente, podendo ser consumida através de diversos recursos tecnológicos, em qualquer lugar e a qualquer momento. Em um estudo realizado por Moretti, Oliveira e Silva (2012) sobre o perfil do usuário e as tendências de busca por informação de saúde online, obteve-se que na amostra de 1.828 sujeitos, 90% buscavam informações para a própria saúde ou para a saúde de seus familiares (78%), fazendo buscas sobre o tema em uma frequência superior a uma vez por semana (51%), 59% de duas a dez vezes ao mês e 26% mais de dez vezes ao mês. Quando questionados: "Você utiliza a internet como uma das suas principais fontes de informação em saúde?", 80% da amostra respondeu que sim.

Em pesquisa mais recente realizada por Silva et al. (2019) que também buscava identificar o perfil dos pacientes que procuravam por informação de saúde na internet robustece esse dado, obtendo que 64,8% de sua amostra referiu pesquisar sobre o processo saúde-doença online.

Desse modo, é importante ressaltar que, apesar da facilidade de acesso, quantidade de informações disponíveis e produção de autonomia no sujeito, trazidos como potencialidades, o grau de confiabilidade do conteúdo pode não ser o ideal, podendo até mesmo estar incorreto, além do fato de que um conjunto de sintomas pode estar contido em inúmeros diagnósticos ou em nenhum específico, o que é uma grande fragilidade nesse tipo de busca. Nessa direção, trouxemos a fala de P6:

“...e na época eu ainda tinha plano de saúde, daí eu fui na ginecologista sim, mas assim, eu fui já sabendo assim que ia vim diagnóstico, porque quando começou a aparecer, eu fiquei tipo, mano, o que que é isso, aí você sempre vai no google né, aí ou você tá grávida, ou você tá com câncer, ou você vai morrer, e aí no caso eu ia morrer de herpes né.” (P6)

#### 4.2.2.1. Masculinidades e cuidado em saúde (P1 e P2)

Os relatos sobre o cuidado em saúde para IST trouxeram um elemento que daremos destaque nesta subcategoria, e que estão permeados pela questão da masculinidade e suas representações, envolvendo os modos de cuidado e percepções sobre ser cuidado. Sabe-se que a maneira como os homens exercem seu cuidado em saúde é permeada por questões de gênero, os referenciais culturais, sociais e econômicos impostos na sociedade os colocam em uma posição de certa vulnerabilidade à ISTs e cuidados em geral relacionados a processos saúde-doença. Em revisão sistemática realizada por Gonçalves (2019) a respeito dessa problemática, a autora obteve que em todos os artigos foram citadas a necessidade de ampliação das discussões de gênero, prevenção e saúde em homens para a concretização da maior inserção dos homens nas práticas de cuidado preventivas à ISTs. Pensando na dimensão e perspectivas masculinas frente às ISTs, a fala de P2 foi inserida como representativa:

"Eu, talvez eu não tenha tanto conhecimento assim, mas eu não me sinto tão, ah, sei lá, porque eu tive uma IST que, sei lá, que as pessoas vão me julgar ou coisa do tipo, sabe?" (P2)



Além disso, foi trazida em pauta a questão das masculinidades, representadas através de padrões marcados pelo exercício dos papéis sociais e culturais, evitando se colocarem no lugar do paciente, pois este simbolicamente pertence ao imaginário feminino. Exemplificada pelo conteúdo trazido por P1:

"Fiz exames e foi constrangedor porque do nada algumas pessoas desconhecidas, e o duro é que eram do sexo oposto, começam a observar seu órgão íntimo, uma coisa que você não tinha tanto contato profissional, é uma exposição um pouco grande, mas acho que é mais de criação mesmo, se você tiver um pouco mais de **esclarecimento** que aquilo lá é algo pro seu bem, acho que não vai ser algo tão constrangedor." (P1)

No estudo realizado por Gomes, Nascimento e Araújo (2007) esse dado já era presente, quando os entrevistados foram convidados a refletir sobre “o que é ser homem”, observou-se que os participantes trouxeram ideias opostas ao “ser mulher” para definir o “ser homem”. Desse modo, enquanto o homem foi representado por características como “bruto”, “forte”, “agressivo”, a mulher foi colocada como “suave”, “sensível”, “doce”, “sexualmente passiva”, entre outros. Portanto, em diversas culturas, os homens são estimulados a exercer sua masculinidade por meio da rejeição à feminilidade para serem tidos como homens em si, ou seja, o padrão de masculinidade pode ser tido não pelo desejo de serem viris, mas pelo medo de serem vistos como afeminados.

Seguindo essa lógica, os hábitos de prevenção são usualmente mais associados às mulheres do que aos homens, reforçando a ideia dos papéis a serem desempenhados. As mulheres, desde cedo, recebem socialização para reproduzirem e consolidarem os papéis que as tornam responsáveis pelas relações de cuidado em geral, enquanto os homens são associados a ideias de força, virilidade e invulnerabilidade (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Outro ponto trazido no estudo é a “vergonha de ficar exposto” a outra pessoa (profissionais de saúde) como justificativa para não busca de atendimento em saúde por parte dos homens, esse constrangimento pode ser associado à falta de hábito de se expor ao médico, ao contrário da figura mulher que

desde os primórdios teve seu corpo como objeto de estudo da medicina, trazido na fala do participante 1:

"Me senti bem constrangido por ter adquirido a doença, não pelos profissionais, mas pelo contexto que eu tava tendo que me submeter, tipo, buscar ajuda, entender e tudo mais era uma coisa que não era muito agradável e eu não gostava de comentar com as pessoas, era um tabu." (P1)

#### 4.2.3 Acolhimento e Rede de Apoio (P1, P2, P5, P6 e P7)

Nessa categoria foram incluídos relatos de revelação da condição para amigos e a sua importância como forma de cuidado em saúde mental através do acolhimento e apoio dos pares em relação à IST, além da identificação gerada pela possível troca de experiências. Corroborando com o dado, em pesquisa realizada por Araújo et al. (2019) que analisou a resiliência entre pessoas que vivem com HIV/AIDS obteve que os indivíduos que possuem uma rede de apoio social ampla podem desenvolver mais resiliência com o maior uso de recursos psicológicos e de proteção contra adversidades, além de serem menos suscetíveis aos danos gerados pelo preconceito e estigma social. Como trazido por P1 em sua fala relacionada à busca por apoio e orientações:

"fui perguntar pra minha rede de apoio, pedir conselhos pra algumas pessoas que eu sei que entenderiam um pouco melhor e acabaram me ajudando, coisa do tipo comprar medicamentos e..." (P1)

Na revisão integrativa realizada por Nascimento *et al.* (2020) a respeito da rede de apoio aos homossexuais vivendo com HIV/AIDS, constatou-se que os homossexuais vivendo com HIV/AIDS que dispunham de uma boa rede de apoio demonstraram maior adesão às terapias propostas, menor prejuízo psicológico e seguiram comprometidos com a sua saúde. As redes de apoio têm sido tratadas como instrumentos essenciais no enfrentamento às questões advindas do diagnóstico em ISTs, podendo ser consideradas como fator determinante na maneira de visualizar o sucesso ou fracasso terapêutico.

Além disso, pacientes com redes fortalecidas mostraram-se mais positivos, esperançosos e confiantes, fato que pode ser ilustrado através da fala da participante 6:

“Mas assim, ele conversava comigo muito seguro do que ele tava falando e aí, isso na época foi muito importante para eu perceber que, mano, as pessoas não iam me odiar e ter nojo de mim, sabe? Porque na época eu tinha nojo de mim e eu tava me odiando muito também, porque para mim eu sentia como se eu nunca mais fosse poder transar com ninguém na minha vida, sabe?” (P6)

#### 4.3.4 Estigma e Tabu (P1, P2, P3, P5 e P6)

Nessa categoria foram inseridos relatos permeados pela questão do estigma e tabu, podendo aparecer através das percepções dos participantes e de seu entorno sobre IST, pelo sigilo sobre a condição, desconhecimento/falta de educação sexual, orientações profissionais pautadas no moralismo, chiste entre colegas e pelos de relatos de sentimentos de tristeza, culpa e afins.

O estigma, segundo Goffman (1963/2019), é um termo utilizado quando a imagem de um indivíduo (como “comum” e “total”) passa a se restringir às suas características não desejadas em determinado contexto, apontando alguma “fraqueza”, “defeito” ou “desvantagem”, tal traço específico é considerado um estigma. Entretanto, tais características não tem por si só um valor honroso ou desonroso, já que um atributo que estigmatiza alguém, pode ser a confirmação da “normalidade” de outro, a depender do contexto social e grupo no qual o sujeito está inserido. No caso das ISTs em geral, mesmo que o agravo possa ser “invisível”, as representações sociais relacionadas à ele podem ser relativas à descuido, falta de higiene, sujeira, medo da transmissão, promiscuidade, falta de responsabilidade, entre outros.

Desse modo, para Goffman (1963/2019), o estigma é uma construção social que se mantém e se molda através das interações dos indivíduos e grupos em ambientes estabelecidos, ou seja, a sociedade estabelece os métodos de categorização dos indivíduos e os atributos que serão considerados como “comuns” e “naturais” para os

membros de cada uma dessas categorias e, baseando-se nessas concepções, os sujeitos as transformam em expectativas normativas.

Para o autor, o estigma pode ocorrer devido à três circunstâncias: abominações do corpo, como deformidades físicas; culpas de caráter individual, como vontade fraca, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo todas deduzidas a partir de relatos relacionados a questões como distúrbios mentais, alcoolismo, homossexualidade, desemprego, vícios, prisão, tentativas de suicídio e comportamentos políticos radicais; e os “estigmas tribais”, referentes à raça, nação e religião. Portanto, “um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus” (GOFFMAN, 1963/2019, p. 14).

O sujeito estigmatizado tende a ter as mesmas crenças sobre identidade que os indivíduos considerados normais têm e, conseqüentemente, tais padrões incorporados da sociedade o tornam mais suscetível ao traço que é visto como defeituoso, podendo levá-lo a concordar que é um ser inferior. Aliada a isso, a vergonha aparece como possibilidade central quando o sujeito toma consciência da suposta impureza de seu atributo e pode visualizar-se como um não portador dele (GOFFMAN, 1963/2019). A vergonha aparece diversas vezes no nosso estudo e pode ser ilustrada pela fala do participante 1:

"Me senti bem constrangido por ter adquirido a doença, não pelos profissionais, mas pelo contexto que eu tava tendo que me submeter, tipo, buscar ajuda, entender e tudo mais era uma coisa que não era muito agradável e eu não gostava de comentar com as pessoas, era um tabu." (P1)

Em relação ao tabu, seu conceito original se debruça em duas direções opostas, a primeira quer dizer “santo, consagrado”, enquanto a segunda faz referência a “inquietante, perigoso, proibido, impuro”. Assim sendo, o tabu está associado à ideia de algo reservado, expresso através de proibições e restrições. Entretanto, tais restrições do tabu são diferentes das desaprovações religiosas e/ou morais, não seguem o mandamento de um “deus” e valem por si. As proibições do tabu são prévias à qualquer fundamentação e possuem origens desconhecidas (FREUD, 1913/2012).

Ainda em Freud (1913/2012), o tabu nos primórdios abrange: a) o caráter sagrado ou impuro de pessoas ou coisas, b) o tipo de proibição que resulta desse caráter e, por fim, c) a santidade ou impureza que resulta da violação de uma proibição relacionada à ele. A violação de um tabu tem a possibilidade de fazer com que o próprio infrator se torne o tabu.

Em sua análise sobre o tema, o autor segue dizendo:

Os tabus seriam proibições antiquíssimas, impostas uma vez a uma geração de homens primitivos, ou seja, neles inculcadas violentamente pela geração anterior. Tais proibições recaíram sobre atividades para as quais havia um forte pendor. Elas então foram mantidas de geração em geração, talvez simplesmente devido à tradição, levada pela autoridade dos pais e da sociedade. (FREUD, 1913/2012, p. 39).

Entretanto, há nos indivíduos uma atitude ambivalente em relação a essas proibições, ou seja, permanece o desejo de fazer o proibido em seu inconsciente e, desse modo, pode-se concluir que o fundamento do tabu é uma ação proibida, para a qual há uma forte tendência inconsciente. O autor também pontua que o motivo pelo qual o sujeito violador do tabu torna-se ele mesmo o tabu deve-se ao perigo de terceiros seguirem o seu exemplo e, seguindo esse raciocínio, o indivíduo é “contagioso”, por estimular em outros o desejo considerado proibido, devendo ser evitado.

A sexualidade e o sexo em si têm sido tratados como tabu na sociedade desde os primórdios e, conseqüentemente, todas as temáticas que permeiam o assunto, como as ISTs, também são tratadas como proibidas e impuras. Tais proibições são mantidas e reforçadas por grandes instituições sociais como o Estado e a igreja (em praticamente todas as suas vertentes), que prega o sexo sendo mantido somente entre casais e com o intuito de procriação, tratando a busca pelo prazer como algo censurável. Desse modo, quando os indivíduos violam a proibição, podem ser permeados pelo sentimento de culpa e vergonha, agravado quando a consequência dessa “transgressão” se torna um agravo em saúde e tem que sair do campo do “secreto”.

Dentro da esfera das percepções sobre IST dos participantes dessa pesquisa e seu entorno, pode-se pontuar o medo de receber uma classificação estereotipada e considerada como negativa advinda do estigma, movida pelo desconhecimento geral da

população a respeito dessa temática, pois o debate sobre esse assunto pode ser entendido como um incentivo à práticas “proibidas” e/ou “desviadas”, como visto em assuntos atravessados pela questão do tabu.

"Às vezes se eu contar que tenho uma IST vão achar que eu sou uma pessoa completamente doente, que hoje não estou curado, mas foi muito tempo atrás e hoje sei que tá tudo tranquilo." (P1)

"Acho que por ser uma IST, acho que ainda tem esse grande tabu e é uma coisa que precisa ser muito, muito, muito debatida ainda pra não acontecer o que aconteceu comigo, porque eu poderia ter procurado ajuda no primeiro sintoma, na primeira verruga que eu vi que teria sido um processo infinitamente mais tranquilo." (P1)

O medo da estigmatização é alimento para o tabu, levando à proibição de diálogos sobre ISTs e seu entrelaçamento com a ideia de impureza, que pode levar aos sentimentos de culpa e vergonha, podendo inclusive prejudicar a busca por tratamento pelo infectado e a falha na conscientização por parte da sociedade.

"Não pensei porque... não sei dizer o porquê. É importante né, você avisa a pessoa... Acho que é uma questão talvez mais de... vergonha, sabe? De falar 'ah, peguei, mas aí a pessoa, sei lá, talvez não tenha sido dela [que me passou] ... então... não sei." (P2)

A falha na conscientização da população, que é um dos reflexos da educação normatizada pelo Estado, pautada pela moral e falta de educação sexual nas escolas/em outros ambientes de aprendizado, produz jovens e adultos desinformados sobre seus corpos, sobre métodos de prevenção à ISTs e gravidez, sobre sintomatologias dos agravos e sua gravidade, sobre a transmissão das infecções e até mesmo, sobre qual serviço buscar em caso de necessidade, colocando em risco a saúde de todos e alimentando o estigma e tabu. No relato do participante 5, pode ser exemplificada o conhecimento incompleto da parceira sobre o próprio agravo em saúde, colocando o participante em situação de risco de transmissão:

"...chegou a ser engraçado, porque eu tava, enfim, eu fiz sexo oral nela e daí a gente foi transar com penetração, coloquei a camisinha, ela falou ' ah, eu tenho que te avisar que eu tenho HPV, mas não tem problema

por quê não é transmissível com camisinha', daí eu parei, eu sentei e falei: então, - eu vesti o profissional de saúde ali na hora, porque a minha vontade era de mandar tomar no cu - o HPV é transmissível por qualquer contato de genitália com qualquer mucosa, enfim, então assim, a transmissão não é só com penetração, é importante estar atento que é super transmissível por sexo oral." (P5)

E, por fim, outro ponto que pode ser relacionado ao estigma e tabu é a questão do chiste como maneira de lidar com a situação. No relato dos participantes foi recorrente o aparecimento das “brincadeiras” como modo de reação dos colegas ao serem noticiados do agravo. O riso e o humor aparecem em Freud (1905/2017) relacionados diretamente à sexualidade e à obscenidade, o chiste consiste na piada/trocadilho que tem como objetivo o riso, gerando prazer e liberando o indivíduo de suas emoções reprimidas frente aos tabus imposto e interiorizados. Assim sendo, a comicidade funcionaria como um mecanismo de defesa às angústias e ansiedades dos sujeitos, geradas pela revelação da suposta violação de um tabu por parte do colega. O riso pode ser observado no relato de P3:

Eu até conversei com os meus amigos, com a minha... Todo mundo, aí todo mundo ria um pouco da minha cara, e eu ficava 'gente... não é pra rir, coça muito'." (P3)

Portanto, nessa categoria destacaram-se as questões relacionadas ao estigma, ilustradas através do constrangimento dos sujeitos por terem adquirido o agravo, os tabus sobre sexualidade e sexo, responsáveis pela proibição de diálogos sobre ISTs e, por fim, o chiste como maneira de manejo da situação, trabalhando como mecanismo de defesa das angústias e ansiedades dos indivíduos. A categoria “Estigma e Tabu” é a última da análise de dados e, desse modo, a seguir serão trazidas as considerações finais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista que o objetivo geral do estudo era de investigar junto aos universitários a experiência de contaminação por ISTs e o impacto destas nas relações afetivo-sexuais, é importante observar que foram raros os relatos envolvendo a IST como ponto de abalo nas relações afetivo-sexuais, entretanto, não se deve considerar que esses efeitos não existem, já que o resultados desse estudos retratam a lógica da amostra analisada, na qual somente um dos participantes tinha parceria fixa na época do agravo, enquanto os demais possuíam encontros casuais que não exigiam vínculo afetivo/emocional, o que pode tornar o risco de impacto nesse tipo de arranjo reduzido.

Em relação a experiência de contaminação, a partir dos relatos pudemos perceber a conexão entre desejo e as representações de sexo seguro/risco, sendo o desejo um fator imprescindível para a dispensa do preservativo e entendido dentro da lógica da vivência focada no “hoje”, que é diretamente associada ao prazer e aventura. Tal perspectiva associa-se também com a noção “*carpe diem*” da vida universitária e jovem retratada, colocando os indivíduos em posição de vulnerabilidade como sujeitos que devem aproveitar essa fase intensamente, sem se preocupar com situações futuras. O uso do álcool, prática comum dentro desse contexto, aparece ainda como facilitador das relações sexuais desprotegidas, já que a substância pode causar alterações na atividade cerebral e influenciar a tomada de decisões. Além disso, é possível identificar a romantização do sexo, associado a conceitos de amor e prazer e, conseqüentemente, a confiança, posto que quanto maior o vínculo, menor o uso do preservativo.

Sendo um dos objetivos específicos do estudo investigar como se deu o cuidado em saúde relativo à IST, a maioria das falas indica a eficiência do serviço de saúde especializado fornecido pelo SUS, sendo pontuado como adequado e espaço de grandes aprendizados referentes não somente aos agravos, como também sobre sexualidade e corpo. Em contraste, os serviços e atendimentos privados foram trazidos como permeados por abordagens conservadoras que constroem e/ou não orientam corretamente os sujeitos, atrapalhando o aconselhamento e prevenção de ISTs.

A questão do estigma relacionado às ISTs foi fato presente durante toda a pesquisa e permeou o discurso da maioria dos participantes, considerando a época na



qual o estudo foi realizado e sua população, observa-se que há uma alteração na maneira como os sujeitos lidam com a questão da sexualidade, de maneira mais aberta e acolhedora, existe de modo intenso uma liberdade no exercício da interação sexual. Entretanto, essa autonomia não alcança o campo das ISTs, visto que quando deparados com alguma infecção como consequência das interações sexuais, tal situação parece retomar a lógica conservadora ligada ao estigma e tabu, trazendo representações sociais ligadas a ideias de descuido, falta de higiene, promiscuidade, falta de responsabilidade, entre outros.

O sujeito estigmatizado tende a ter as mesmas crenças sobre identidade que os indivíduos “normais” e, por isso, os participantes apresentaram diversas falas voltadas à sentirem-se envergonhados com a situação relacionada ao agravo. A sexualidade e o sexo em si têm sido tratados como tabu na sociedade e, conseqüentemente, todas as temáticas que permeiam o assunto, como as ISTs, também são tratadas como proibitivas e impuras. Essas proibições são inclusive mantidas e reforçadas por instituições sociais como a igreja e o Estado, influenciando as práticas educativas e colaborando para a falha na conscientização da população.

Ao refletir sobre a experiência de contaminação por ISTs desses indivíduos, se faz importante pensar e repensar as diretrizes de promoção de saúde sexual e das abordagens utilizadas no ambiente universitário. É imprescindível que os responsáveis pela gestão dessas políticas estabeleçam canais de diálogo com o público estudantil, objetivando a elaboração de ações de proteção que sejam legítimas, específicas, autônomas e não-moralistas em relação aos comportamentos sexuais e suas demandas, de modo a ouvir as demandas diretamente daqueles que a solicitam. Uma lacuna relacionada a esse ponto foi o fato de que na amostra da pesquisa, apenas dois participantes utilizaram o serviço de atendimento à saúde estudantil de sua universidade, o que pode ser um indicativo de como os estudantes não conseguem e/ou se sentem livre para buscar o serviço interno com esse tipo específico de demanda. A política estudantil deve trabalhar na direção de se aproximar mais das demandas e também das linguagens mais interessantes e convidativas para estabelecer uma oferta eficaz e segura de cuidado em saúde, além de sensibilizar a comunidade universitária a respeito dos elementos que constituem sua própria vulnerabilidade como parte desse grupo.

Os espaços de troca sobre sexualidade e vivências podem ser eficientes para suprir parte da demanda por conhecimento e orientação sobre saúde sexual e temáticas envolvidas. Um exemplo disso foi a atividade de um projeto de extensão universitária intitulada “Roda de Conversa - Sexualidade ao Meio Dia”, a qual acontecia de maneira aberta, com frequência mensal e tendo duas horas de duração, na Roda de Conversa os participantes eram estudantes, servidores e professores inseridos na universidade e que tivessem interesse em dialogar e refletir sobre sexualidade e suas muitas possibilidades, de maneira a lidar e aprender a falar sobre os tabus que o tema traz (MOURA; SILVA, 2019).

Os participantes foram alcançados através de eventos nas redes sociais com um convite para que participassem, caracterizando um grupo aberto. Atividade era elaborada a partir de linguagem artística e lúdica, interativa, e com uso de disparadores com grande potencial de diálogo com a população universitária, pois foi pensada e executada por pares (universitários). As estratégias das rodas de conversa/oficinas tinham foco na vivência e na reflexão, além da divulgação de material orientador. As avaliações informais dos participantes foram muito positivas, inclusive destacando a falta de espaço na universidade para este debate e troca de experiências (MOURA; SILVA, 2019). Além desses espaços, as campanhas de testagens realizadas em parceria com as universidades e o CAIC, apareceram como ponto chave de conscientização, orientação e aproximação dos jovens com os serviços de saúde da cidade, indicando a importância das ações articuladas da universidade com a rede de saúde local.

Outra possibilidade relacionada à qualidade/efetividade da prestação de serviços por parte dos profissionais da saúde em geral, é a formação e educação permanente que instrua os técnicos sobre como se comunicar com diferentes públicos (especialmente os jovens) e como lidar com as problemáticas permeadas pela questão da sexualidade e ISTs de maneira aberta, acolhedora e orientativa, distanciando-se de posturas conservadoras e julgamentos morais, trabalhando não só o tratamento dos agravos, como também prevenção e promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Carla Cristina Lima de. Risco e saúde reprodutiva: a percepção dos homens de camadas populares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 797-805, jun. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000300023&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000300023&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 28 jan. 2019.

ALVES, Camila Aloisio; BRANDÃO, Elaine Reis. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 661-670, Mar./Abr. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a35v14n2.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

AMORIM, Melissa Mattos; ANDRADE, Ângela Nobre de. Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e aids entre mulheres do município de Vitória - ES. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 331-339, Ago. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a11.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

ARAUJO, Daniele da Silva; MORAIS, Hellen Cristina Texeira de; LINS, Camila de Sousa; FRANCO, Eugênio de Sousa; LÚCIO, Ingrid Martins Leite; FALCÃO, Lucília Maria Nunes. Práticas de sexo seguro e prevenção de DST/AIDS: conhecimento de jovens recém-ingressos em uma instituição de ensino superior. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 1, n. 1, p. 56-63, Jan./Abr. 2012. Disponível em: <https://ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/710/624>. Acesso em: 13 jan. 2019.

ARRAES, Grazielle Regina de Amorim. **Entre o Desejo e a Culpa: A Transformação do Comportamento Sexual e as Mudanças da Noção de Risco nas Campanhas de Prevenção à AIDS no Brasil (1981-2013) e Estados Unidos Durante a Década de 1980**. 2015. 319 p. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/160558/337713.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 dez. 2020.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Haraldo César; FRANÇA JUNIOR, Ivan. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 375-417. ISBN 852710704X.

BARBOSA, Thiago Luis de Andrade; GOMES, Ludmila Mourão Xavier; HOLZMANN, Ana Paula Ferreira; CARDOSO, Leia; PAULA, Alfredo Maurício Batista de; HAIKAL, Desirée Sant'Ana. Prática de aconselhamento em infecções sexualmente transmissíveis, HIV e aids, realizada por profissionais da atenção primária à saúde de Montes Claros, Minas

Gerai, 2015-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 1-14, 17 abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2020.v29n1/e2018478/pt>. Acesso em: 29 dez. 2020.

BARDIN, Laurence (1977). **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARRETO, Andreia; ARAÚJO, Leila; PEREIRA, Maria Elisabete (org.). **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 266 p. ISBN 978-85-89737-11-1. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/655>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BERTOLI, Rodolfo Silva; SCHEIDMANTEL, Carlos Edson; DE-CARVALHO, Newton Sergio. College students and hiv infection: a study of sexual behavior and vulnerabilities. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, [S. l.], v. 28, n. 3, p. 90-95, 2016. Disponível em: [http://www.dst.uff.br/revista28-3-2016/DST%20v28n3\\_IN\\_90-95.pdf](http://www.dst.uff.br/revista28-3-2016/DST%20v28n3_IN_90-95.pdf). Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Hepatites 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2019>. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>. Acesso em: 27 ago. 2020.

CASTRO, Eneida Lazzarini de; CALDAS, Tânia Alencar de; MORCILLO, André Moreno; PEREIRA, Elisabete Monteiro de Aguiar; VELHO, Paulo Eduardo Neves Ferreira. O conhecimento e o ensino sobre doenças sexualmente transmissíveis entre universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1975-1984, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1975.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2019.

CESNIK, Vanessa Monteiro; ZERBINI, Thais. Sexuality education for health professionals: A literature review. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 34, n. 1, p. 161-172, jan./mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v34n1/0103-166X-estpsi-34-01-00161.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2020.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero. **Estudos Feministas**, [S. l.], ano 10, p. 171-

188, 1.sem. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em: 2 out. 2019.

DISCACCIATI, José Augusto César; NEVES, Alisson Discacciat; PORDEUS, Isabela Almeida. Aids e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, [online], v. 13, n. 1, p. 75-82, Jan./Mar. 1999. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-06631999000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-06631999000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 19 abr. 2019.

FREUD, Sigmund. Obras completas, v. 7 (1905): **O chiste e sua relação com o inconsciente**. Tradução de Fernando Costa Mattos e Paulo César de Souza. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

FREUD, Sigmund. Obras completas, v. 11 (1912-1914): **Totem e Tabu, contribuição à história do movimento psicanalítico e outros textos**. Tradução e notas de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

GARBIN, Cléa Adas Saliba; GARBIN, Artênio José Isper; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; CARMO, Márcio Penha do. Bioética e HIV/Aids: discriminação no atendimento aos portadores. **Revista Bioética**, [online.], v. 17, n. 3, p. 511-522, 2009. Disponível em: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/514/515](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/514/515). Acesso em: 14 fev. 2019.

GIACOMOZZI, Andréia Isabel; CAMARGO, Brigido Vizeu. Eu confio no meu marido: estudo da representação social de mulheres com parceiro fixo sobre prevenção da AIDS. **Psicologia: Teoria e Prática**, Brasil, v. 6, ed. 1, p. 31-44, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v6n1/v6n1a03.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2020.

GIL, Maria Angélica Aires. **Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis no contexto universitário**. 2016. 87f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Processos Institucionais) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/22030>. Acesso em: 04 nov. 2019.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada** (1963). Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2019. 158 p.

GOMES, Alexandra; NUNES, Cristina. Representação Social do Sexo nos Jovens Adultos Portugueses. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 28, ed. 1, p. 177-185, jan/mar 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/prc/v28n1/0102-7972-prc-28-01-00177.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2020.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As

explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, Mar. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 dez. 2020.

GONÇALVES, Camila Lima Ribeiro. **Masculinidade e sexualidade: vulnerabilidades para cuidado de si em homens com IST's**. In: RODRIGUES JÚNIOR, Oswaldo M.; ZEGLIO, Carla (org.). Estudos em Sexualidade. São Paulo: Instituto Paulista de Sexualidade, 2019. p. 165-180. ISBN 9781091182660. Disponível em: [https://d1wgtxts1xzle7.cloudfront.net/63138659/EstudosSexualidade\\_ESA1\\_20042920200429-101495-196zv1l.pdf?1588185681=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEstudos+em+sexualidade.pdf&Expires=1611865687&Signature=UeISRcpnOXHKOG4qYV0JNdxUCY95wDI6VCyy6FxTdKelge0RxsLO0hfEfJ~AvtCOooB3f5SFH8MW58xNGEubTxCKYx5TWgVHokawPD2naJQq~~BtSkKikOtfSFk6ks~BkVYPUro43-WDNtrK9egkUbquTDOnmIrtgTVpM4RwQn8RzDhVUKzGoZe6RtFOJyF9C0FAFSQDMFJdl6HyoHZHtB7SM0eRoa1A-VN3XYG~K1i4RO2TIZ45J4UbpPjzVXFYktIT6tK0DGeLHDlzb-Zj3yTGRReHOCrbJOR16yNrvX5RHYyXglUUpNMd-2~BI7KOEM8Fe1bj4XQp80ti8jth2Q\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=166](https://d1wgtxts1xzle7.cloudfront.net/63138659/EstudosSexualidade_ESA1_20042920200429-101495-196zv1l.pdf?1588185681=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEstudos+em+sexualidade.pdf&Expires=1611865687&Signature=UeISRcpnOXHKOG4qYV0JNdxUCY95wDI6VCyy6FxTdKelge0RxsLO0hfEfJ~AvtCOooB3f5SFH8MW58xNGEubTxCKYx5TWgVHokawPD2naJQq~~BtSkKikOtfSFk6ks~BkVYPUro43-WDNtrK9egkUbquTDOnmIrtgTVpM4RwQn8RzDhVUKzGoZe6RtFOJyF9C0FAFSQDMFJdl6HyoHZHtB7SM0eRoa1A-VN3XYG~K1i4RO2TIZ45J4UbpPjzVXFYktIT6tK0DGeLHDlzb-Zj3yTGRReHOCrbJOR16yNrvX5RHYyXglUUpNMd-2~BI7KOEM8Fe1bj4XQp80ti8jth2Q_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=166). Acesso em: 24 dez. 2020.

GRIFFIN, Kenneth W.; SCHEIER, Lawrence M.; ACEVEDO, Bianca; GRENARD, Jerry L.; BOTVIN, Gilbert J. Long-Term Effects of Self-Control on Alcohol Use and Sexual Behavior among Urban Minority Young Women. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [online], v. 9, n. 1, p. 1-23, 23 dez. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3315087/pdf/ijerph-09-00001.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2019.

GUIMARÃES, Carmen Dora. **Aids no feminino: por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil?**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001. 232 p. ISBN 8571082375.

LIRA, Vania de Souza. **Importância das Ações de Aconselhamento do Centro de Testagem e Aconselhamento em IST/AIDS, na Cidade de João Pessoa, Paraíba**. Orientador: Renato Motta Neto. 2017. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão das Políticas em IST/AIDS, hepatites virais e tuberculose) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, João Pessoa, 2017. Disponível em: <https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/6676/1/TCC%20FINAL%20ARTIGO%20V%20c3%a2ni.pdf>. Acesso em: 31 dez. 2020.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; FREITAS, Daniel. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável (2008). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 242-248. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 abr. 2019.



MATOS, Felipe; SANTANA, Lucas; PAIXÃO, Mônica. Reflexões bioéticas no atendimento odontológico ao paciente portador de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Bioética**, [online], v. 8, n. 1-4, p. 57-66, 2012. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7777/6405>. Acesso em: 8 mar. 2019.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel M. J; NETTER, Thomas. W. (org.). **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará-Ábia-IMS/Uerj (História Social da AIDS, 1), 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010. 406 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **O que são IST**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>. Acesso em: 10 abr. 2019.

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS (Brasil). Secretaria Nacional de Cidadania. **Manual Orientador sobre Diversidade**. Brasília: [s. n.], 2018. 92 p. Disponível em: <http://www.dedihc.pr.gov.br/arquivos/File/2018/ManualLGBTDIGITALmdh.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

MOURA, Heloisa Guz Ludovice; SILVA, Mirella Cassia da. **Grupo de apoio psicossocial para pessoas trans: Relatório de Atividades**. São Carlos, 2019.

MORETTI, Felipe Azevedo; OLIVEIRA, Vanessa Elias de; SILVA, Edina Mariko Koga da. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública?. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 650-658, Nov./Dec. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/v58n6a08.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

NADER, Silvana Salgado; GERHARDT, Caroline Reis; NADER, Paulo de Jesus Hartmann; PEREIRA, Denise Neves. Juventude e AIDS: conhecimento entre os adolescentes de uma escola pública em Canoas, RS. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 53, n. 3, p. 374-381, Out./Dez. 2009.

NASCIMENTO, Anderson Marcos Vieira do; SANTOS, Carlus Alberto Oliveira dos; SANTOS, Diana Dantas; MEDEIROS, Mayhara Kauling; FAGUNDES, Guíllia Rivele Souza; PEREIRA, Beatriz Santos; BOMFIM, Maria Gabriely Ferreira; FEITOSA, Layla Maria da Silva; SILVA, Daylâne Danielly dos Santos; SILVA, Lais Nicolly Ribeiro da; SOUZA, Ana Luiza Gonçalves; RIBEIRO, Ândria Raquel Barros; ALMEIDA, Débora Ferreira de; MENEZES, Tatiane Nascimento de; MINISKISKOSKY, Gabrielli; MATOS, Mirelly dos Santos; SPIN, Mayara; SOUZA, Francisco Lucas Leandro de; RIBEIRO, Yasmin; PEREIRA, Larissa Oliveira Rocha; ROCHA, Ana Paula; VASCONCELOS, Débora Letícia Gonçalves de; ALENCAR, Raimundo Luan Souza; LIMA, Valéria da Silva Matos. Rede de apoio aos homossexuais vivendo com HIV/AIDS: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [online], v. 9, n. 10, p. 1-16, 3 out.

2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/8792/7768/122653>. Acesso em: 21 dez. 2020.

NOGUEIRA, Francisco Jander de Sousa; SARAIVA, Andressa Kécia Menezes; RIBEIRO, Maryane da Silva; DE FREITAS, Nayane Maciel; FILHO, Cesário Rui Callou; MESQUITA, Caroline Antero Machado. Prevenção, risco e desejo: estudo acerca do não uso de preservativos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, ed. 1, p. 1-8, jan/mar 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6224>. Acesso em: 8 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Orientações para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis**. Suíça. 2005. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42782/9248546269\\_por.pdf;jsessionid=8E3A8EF5FB5680BED04FA4B8A52351FC?sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42782/9248546269_por.pdf;jsessionid=8E3A8EF5FB5680BED04FA4B8A52351FC?sequence=2). Acesso em: 10 abr. 2019.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. **Cidadania e Direitos: Estigma, Discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2001. 45 p. v. 1. Disponível em: [http://www.abiaids.org.br/\\_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf](http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf). Acesso em: 11 nov. 2019.

PHARO, Henry; SIM, Clark; GRAHAM, Mikala; GROSS, Julien; HAYNE, Harlene. Risky business: executive function, personality, and reckless behavior during adolescence and emerging adulthood. **Behavioral Neuroscience Journal**, Washington, v. 125, n. 6, p. 970-978, Dez. 2011. Disponível em: <https://content.apa.org/record/2011-23431-001>. Acesso em: 8 maio 2019.

PIROTTA, Katia Cibelle Machado. Não há guarda-chuva contra o amor: estudo do comportamento reprodutivo e de seu universo simbólico entre jovens universitários da USP. 2002. **Tese (Doutorado em Saúde Pública)** - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-25042003-183553/pt-br.php>. Acesso em: 10 abr. 2019.

PISCITELLI, Adriana. Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. **Sociedade e Cultura**, [online], v. 11, n. 2, p. 263-274, Jul./Dez. 2008 Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fcs/article/view/5247/4295>. Acesso em: 10 abr. 2019.

REIS, Toni (org.). **Manual de Comunicação LGBTI+**. 2ª. ed. Curitiba: Núcleo de Estudos Afro-Brasileiros - Universidade Federal do Paraná, 2018. 104 p. ISBN 978-85-66278-11-8. Disponível em: <https://www.grupodignidade.org.br/wp-content/uploads/2018/05/manual-comunicacao-LGBTI.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2021.

RUFINO, Andréa Cronemberger; MADEIRO, Alberto Pereira; GIRÃO, Manoel João Batista Castello. O Ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de



estudantes do Piauí. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 178-185, abr./jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/04.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2020.

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (Brasil). **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. v. 24. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controladoeasdoencassexualmentetransmissiveis.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2019.

SILVA, Cristiane Gonçalves Meireles da. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, supl. p. 40-49, Ago. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 Jan. 2019.

SILVA, Lorena de Oliveira; RODRIGUES, Ana Carla Martins; LIMA, Gabriela Cavalcante de; COELHO, Leonardo Oliveira; OLIVEIRA, Salomão Antônio de; TORRES, Talita Guilarde; SUGITA, Denis Masashi. A internet como fonte de informação em saúde par pacientes de uma unidade saúde pública de Anápolis, Goiás. **Revista Educação em Saúde**, Anápolis, Goiás, v. 7, n. 1, p. 81-89, 24 jun. 2019. Disponível em: <http://revistas2.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/3667/2598>. Acesso em: 20 jan. 2021.

VAL, Alexandre Costa; MESQUITA, Leonardo Mendes; ROCHA, Vinícius de Abreu; CANO-PRAIS, Hugo Alejandro; RIBEIRO, Gustavo Meirelles. “Nunca Me Falaram sobre Isso!”: o Ensino das Sexualidades na Perspectiva de Estudantes de uma Escola Federal de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 41, n. 1, ed. 1, p. 108-118, 2019. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022019000500108&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022019000500108&script=sci_arttext). Acesso em: 29 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on Global Sexually Transmitted Infection Surveillance 2018**. Suíça. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/stis-surveillance-2018/en/>. Acesso em: 10 abr. 2019.

## APÊNDICE A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** UM ESTUDO SOBRE ISTS E AS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS EM

**Pesquisador:** Luciana Nogueira Fioroni

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14713319.6.0000.5504

**Instituição Proponente:** Departamento de Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.453.722

#### Apresentação do Projeto:

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2016), mais de 1 milhão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são adquiridas diariamente. A cada ano são estimadas 357 milhões de novas infecções, entre elas uma das quatro: tricomoníase (143 milhões), clamídia (131 milhões), gonorréia (78 milhões) e sífilis (5,6 milhões). As ISTs tem relevância como problemas de saúde pública, já que podem ter como resultado complicações e sequelas graves, incluindo infertilidade, perda fetal, gravidez ectópica, cancro anogenital e morte prematura, bem como infecções em recém-nascidos e lactantes. Desta forma, objetiva-se investigar a vivência da contaminação por ISTs e o impacto destas nas relações afetivo-sexuais de universitários. Os objetivos específicos são: i) investigar como se deu o cuidado em saúde relativo a IST; ii) investigar como a pessoa lida com o sigilo (ou não) a respeito da própria condição; e iii) investigar aspectos fortalecedores e fragilizadores da relação afetiva/sexual no contexto da IST. Trata-se de uma pesquisa empírica qualitativa interpretativa, cuja população alvo serão universitários de duas universidades públicas no interior do estado de São Paulo, utilizando como instrumento de pesquisa uma entrevista semi-estruturada e um questionário sociodemográfico. Os dados serão analisados a partir da Análise de Conteúdo temática, buscando identificar e analisar núcleos de sentido relevantes que possam produzir respostas para os objetivos propostos.

#### Objetivo da Pesquisa:

Investigar junto aos universitários a experiência de contaminação por ISTs, e o impacto destas nas

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.453.722

relações afetivo-sexuais.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios estão adequados, assim como as condições para evitar ou eliminar os riscos.

**Riscos:**

Os riscos de participação são mínimos e envolvem falar sobre a vida pessoal e sobre possíveis dificuldades na experiência afetiva-sexual, podendo causar algum desconforto psicológico e emocional, evocar lembranças desagradáveis e até mesmo gerar um leve cansaço após a aplicação dos instrumentos. A pesquisadora responsável pela entrevista está em formação no curso de Psicologia, e tem treinamento para lidar com possíveis

desconfortos psicológicos que possam surgir no decorrer do encontro, tendo condições de oferecer acolhimento, apoio e encaminhamento quando necessário.

**Benefícios:**

Os benefícios são indiretos, o projeto pode contribuir de maneira indireta para a ampliação do conhecimento sobre os fatores presentes no processo saúde e doença que podem influenciar a saúde mental e relações afetivo-sexuais de uma pessoa. Outro benefício indireto pode ser o uso das informações obtidas neste projeto para direcionar melhor os esforços da instituição em relação à promoção, prevenção e cuidados em geral à saúde da comunidade acadêmica. Um possível benefício direto seria que o espaço da entrevista poderá representar uma oportunidade de fala e expressão sobre este tema carregado de estigma.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem relevância acadêmica e social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O termo é apresentado e está adequado ao projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-005  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: oephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.453.722

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1319158.pdf	29/05/2019 17:56:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetopesquisa.pdf	29/05/2019 17:55:55	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostocep.pdf	29/05/2019 17:54:20	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinfra.pdf	29/05/2019 17:53:59	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Brochura Pesquisa	Projetopesquisa27maio.docx	27/05/2019 17:47:48	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoSEPSassinada.jpg	27/05/2019 17:45:12	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEbia.pdf	27/05/2019 17:44:39	Luciana Nogueira Fioroni	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 14 de Julho de 2019

---

Assinado por:  
Priscilla Hortense  
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
UF: SP Município: SAO CARLOS  
Telefone: (16)3351-9685 E-mail: oephumanos@ufscar.br

## APÊNDICE B - Instrumentos da coleta

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_ Orientação: \_\_\_\_\_

Universidade: UFSCar ( ) CAASO ( ) Curso: \_\_\_\_\_

Ano de ingresso/período: \_\_\_\_\_

Condição de moradia: ( ) Moradia Estudantil ( ) República ( ) Com a família

( ) Sozinho ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Cidade de origem: \_\_\_\_\_

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Na situação de coleta de dados, o pesquisador irá orientar o participante em relação ao fato de que a entrevista ocorrerá em duas partes, a primeira dirá respeito à questões gerais da vida pessoal e relações, enquanto a segunda tratará mais especificamente da IST e seus desdobramentos.

Como foi para você ter se mudado para fazer a universidade (caso tenha se mudado)?  
Como é sua vida social/rotina?

Você namora ou possui uma relação estável atualmente?

Como você avalia sua saúde nesse momento? (Possui algum outro problema de saúde?)

Qual tipo de serviço de saúde utiliza? SUS ( ) Privado ( )

Como foi na sua história de vida o desenvolvimento das suas relações sexuais e/ou afetivas?

Qual histórico clínico de ISTs?

HIV/AIDS ( ) Hepatite B ( ) Hepatite C ( ) Hepatite D ( ) Sífilis ( ) Gonorréia ( )

HPV ( ) Herpes Genital ( ) Clamídia ( ) Tricomoníase ( ) Cancro Mole ( )

Outros ( ) \_\_\_\_\_

Caso não saiba o nome, quais foram o sintomas? O que você sentia? Quando?

Como se deu a descoberta do agravo?

Qual local foi acolhido?

Como se sentiu durante o acolhimento/exames?

Como foi a instrução realizada pelo profissional de saúde?

Como você se sentiu após a descoberta da infecção?

- Você contou para alguém? Havia algum parceiro fixo na época?
- Havia alguma suspeita de onde poderia ter adquirido?
- Se contou para alguém, como foi acolhido?
- Você já havia se preocupado com isso em algum outro momento da vida? Havia recebido algum tipo de orientação em algum outro momento da vida?
- \*(Compreensão de grau de vulnerabilidade)\*
- Você escolhe usar ou não preservativo? Pílula? Com quem vai transar?

Nas relações afetivo-sexuais

- Caso ainda tenha o agravo: Como você lida com o conhecimento do agravo nas novas e antigas parcerias? Mudou algo na relação? Melhorou ou piorou algum aspecto da relação?
- Caso ainda tenho o agravo, mas não parceiro fixo: Você conta para os parceiros ocasionais sobre a condição? Porque? Se sim, como eles lidam com a situação?
- Caso não tenha mais o agravo: Você conta para os parceiros que teve a infecção? Por que? Como eles lidam com a situação? Melhorou ou piorou a qualidade do relacionamento?

## APÊNDICE C - Quadros de conteúdo temáticos individuais

### PARTICIPANTE 1

Relação com o objetivo (categoria temática estrutural)	Núcleo de sentido inicial (subcategorias)	Descrição do trecho (notação)	Trecho literal
Investigar como se deu o cuidado em saúde relativo a IST	Masculinidades e cuidado em saúde	Relato de percepção de sintomas, busca por ajuda de amigos (homens) que teriam entendimento da questão e automedicação por indicação não-profissional, baseada na experiência pessoal do amigo.	<p>“... que um dia acordei e tava com alguns sintomas: a vermelhidão e eu não sabia, como fui um moleque criado fora desse contexto, fui perguntar pra minha rede de apoio, pedir conselhos pra algumas pessoas que eu sei que entenderiam um pouco melhor e acabaram me ajudando, coisa do tipo comprar medicamentos e...”</p> <p>"Foi naquele caseiro mesmo, um amigo falou 'ó, eu já tive, toma isso, eu tenho aqui em casa', aquele compartilhamento, passa isso aqui..."</p> <p>“...eu já tinha um amigo que é o experiente, então, o primeiro sintoma que foi a dor na uretra eu já perguntei pra ele se poderia ser alguma coisa, ele já meio que falou, então começou a sair secreção...”</p>
	Masculinidades e cuidado em saúde	Relato de percepção do sintoma, tentativas de resolução caseiras e alternativas da questão e, por fim, busca por ajuda profissional, com a infecção dando indicações de agravamento.	<p>“... como eu tinha o costume de me depilar, uma vez eu acabei notando a verruga, aí eu achei que era por questão de ter depilado e ter machucado e assim ter gerado a verruga, aí eu tentei tirar na unha porque achei que era uma verruga normal, já tirei uma da ponta do nariz e deu certo, achei que ia dar certo também, aí uma outra observação que eu fui ver, eu já tinha um número considerável até do que uma, aí eu busquei a <b>USE...</b>”</p> <p>“...eu não lembro se procurei ajuda médica ou se foi gradualmente... não, procurei ajuda médica, como eu já tinha um pouco mais de clareza ou menos burrice sobre o assunto e infecções eu procurei ajuda médica e fui mais amparado.”</p>
	Masculinidades e cuidado em saúde	Relato de cuidado do agravo em uma Unidade	"Fiz exames e foi constrangedor porque do nada algumas pessoas desconhecidas, e o duro é que

		<p>de Saúde, reações emocionais à situação (constrangimento) e ponderações sobre a própria reação, indicando possível falta de familiaridade com o processo de se expor ao médico historicamente trazida através das poucas vezes nas quais o órgão sexual masculino foi objeto de estudo na biologia/medicina. Além de uma questão voltada para o contexto de criação do participante que solidificou as bases morais de sua sexualidade e relação com o próprio corpo.</p>	<p>eram do sexo oposto, começam a observar seu órgão íntimo, uma coisa que você não tinha tanto contato profissional, é uma exposição um pouco grande, mas acho que é mais de criação mesmo, se você tiver um pouco mais de <b>esclarecimento</b> que aquilo lá é algo pro seu bem, acho que não vai ser algo tão constrangedor."</p> <p>"Era uma médica e residentes da medicina, então, aconteceu de passar 3 a 4 médicas diferentes, estagiárias, e eu ficava tipo: hoje você que vai me avaliar?"</p>
	Orientações/Educação em Saúde	Relato sobre orientações secundárias de cuidado que recebeu.	"Orientaram o uso de preservativo que era o básico do básico para prevenção de uma transmissão de doença que acontece pelo 'famoso vacilo' né, então... mas a região que foi afetada é uma região que o preservativo não cobre, então até a médica mesmo falou: não tem muito como... mas ela falou pra tomar cuidado com as parceiras, tentar não ser relações tão casuais para evitar essa transmissão."
	Orientações/Educação em Saúde	Relato sobre orientações de cuidado que recebeu e considerações sobre o discurso médico em casos de IST, entendidos com teor de julgamento moral.	"sempre tem aquele puxão de orelha, aquele 'ah, toma cuidado', coisa do tipo mas eu já tava preparado porque eu sabia que o discurso parece que vem estampado na sua cara, o discurso já vem pronto o que todo médico vai falar..."
Investigar como a pessoa lida com o sigilo (ou não) a respeito da própria condição	Masculinidades e cuidado em saúde	Relato revelação da condição para pessoas próximas com objetivo de busca por aconselhamento e ajuda não-profissional.	"Fui perguntar pra minha rede de apoio, pedir conselhos pra algumas pessoas que eu sei que entenderiam um pouco melhor e acabaram me ajudando, coisa do tipo comprar medicamentos e..."
	Masculinidades e cuidado em saúde	Relato de constrangimento pela condição/ter que buscar ajuda e de sigilo em geral.	"Me senti bem constrangido por ter adquirido a doença, não pelos profissionais, mas pelo contexto que eu tava tendo que me submeter, tipo, buscar ajuda, entender e tudo mais era uma



			coisa que não era muito agradável e eu não gostava de comentar com as pessoas, era um tabu."
Estigma e tabu	Relato de revelação para amigos próximos e de brincadeiras por parte deles.		<p>"Contei para alguns amigos bem próximos"</p> <p>"Eles zoaram, mas como eu sabia que seria assim, não era uma zoeira do tipo, é... que me afetasse de uma forma negativa, eu encarei numa boa, quando eu entendi o que era que aconteceu, acho que eu consegui encarar de uma forma muito melhor"</p> <p>"Então, é um fato que eu nem sempre me sinto à vontade de falar porque nem todo mundo tem a clareza que hoje eu tenho ou que outras pessoas tem."</p>
Identificação	Relato sobre o conforto de trocar experiências sobre a condição, gerando identificação.		<p>"A partir do momento que a pessoa deu abertura e contou experiências dela, acho que fica um pouco mais confortável de conversar e coisas do tipo." (se refere à parceria sexual)</p> <p>"De parceiras que eu tive, acho que só contei para uma e foi super tranquilo porque foi uma troca de experiências..."</p> <p>"Acho que foi indiferente nos impactos a essa relação"</p>
Estigma e tabu	Relato relacionado com o estigma e desinformação em relação ao HIV/AIDS e ISTs no geral, além de constrangimento por ter adquirido o agravo e ter que buscar ajuda, trazendo à tona a questão da masculinidade e representações sociais, que têm dimensões afetivas, morais, sociais. Também é trazido no relato a questão do sigilo da condição.		<p>"... então sempre tem a confusão da IST com a AIDS. Às vezes se eu contar que tenho uma IST vão achar que eu sou uma pessoa completamente doente..."</p> <p>"Às vezes se eu contar que tenho uma IST vão achar que eu sou uma pessoa completamente doente, que hoje não estou curado, mas foi muito tempo atrás e hoje sei que tá tudo tranquilo."</p> <p>"Acho que por ser uma IST, acho que ainda tem esse grande tabu e é uma coisa que precisa ser muito, muito, muito debatida ainda pra não acontecer o que aconteceu comigo, porque eu poderia ter procurado ajuda no primeiro sintoma, na primeira verruga que eu vi que teria sido um processo infinitamente mais tranquilo."</p>

Vulnerabilidade	Desejo e proteção	Relato de uso de álcool como facilitador de tomada de decisão de ter relações sexuais desprotegidas, devido à proteção contra a gravidez, tida como a maior preocupação no momento. Discurso que indica ainda a responsabilização da mulher pela contracepção e pelo sexo seguro.	<p>“Bebeu, começa os amassos e acabou acontecendo a relação sem camisinha porque ela dizia que tomava o remédio, então, é aquele negócio, você não pensa na doença, você pensa na gravidez né... até que um dia acordei e tava com alguns sintomas”</p> <p>"Sempre andei com o preservativo no bolso, mas o problema acho que é a bebida, o momento e coisa do tipo e já aconteceu de parceiras quererem ter relações sem preservativo e não me deixar confortável."</p>
	Denegação	Relato sobre a não-influência do álcool na tomada de decisão e maior preocupação com ISTs após.	“Em relação ao álcool ele nunca me influenciou do tipo 'ah não, hoje que quero sem preservativo', não, principalmente após a doença, acho que foi uma coisa que ficou muito mais enfática.”
Aspectos sociais e culturais fragilizadores do cuidado e prevenção em relação às ISTs	Religiosidade	Relato de relação distante com os pais e forte referência religiosa na família e, conseqüentemente, fazendo com que sexo na família seja um tabu (produzindo silenciamentos e deseducação).	<p>“...não tive uma relação tão próxima dos meus pais, como eu falei, eles eram rato de igreja e quase todo dia a noite a minha rotina era: ir de manhã pra escola, chega a tarde, brincar, a noite, ou, isso na adolescência/criança, ou não brincar, mas ficar em casa, então, mas todo dia a noite eu lembro que meus pais tinham um compromisso que era ir na igreja que era inadiável, quase todo dia...”</p> <p>“Eu não sou uma pessoa tão afetiva com os meus pais, mas sou uma pessoa muito afetiva com amigos e colegas, eu sinto uma proximidade muito mais grande do que tive com os meus pais e não consigo ter uma confiança do tipo: 'mano, to com uma doença sexual, o que eu faço?'. Vai vir todo aquele julgamento, viria antes, hoje acho que é uma relação bem diferente pela idade e o caminho que eu to trilhando, mas eu não teria abertura de chegar e falar: 'ah tô tendo uma doença sexual', principalmente porque acho que eles não tiveram o contato, não tiveram esclarecimento pra poder passar e foi aquele negócio sempre: 'ah, sexo só depois do casamento então não vai acontecer nada e bola pra frente'.”</p>

	Lógicas de proteção	Relato sobre a ideia de que não ter filhos se sobressai à questão da possibilidade de adquirir ISTs.	"Não, acho que o pensamento de todo jovem que não tem instrução familiar é tipo: não ter filho, é basicamente aquela lei do rolê: não matar, não gerar uma vida e não morrer"
	Estigma e tabu	Relato sobre uma situação na qual outro rapaz expõe a condição de uma amiga para ele, com o intuito de alertá-lo sobre a moça.	"A última festa que eu fui, eu tenho uma amiga de escola que se mudou [...] a gente acabou se encontrando numa festa e é uma amiga que sempre tive da alma, nunca tive maldade nenhuma e a gente foi, tirou uma foto, e de repente chegou um cara do meu lado e falou assim 'ó, toma cuidado que ela tem DST'"
	Impacto na vida	Relato sobre o não-impacto da condição nos cuidados em geral, concluindo que ter tido os agravos não influenciou nas suas formas de cuidado.	"Eu acho que os fatos aconteceram muito no começo da minha vida sexual, então era tudo um mundo de descobertas, não foi algo tão impactante no caso de gerar uma punição, ou até questão de reforço, assim, sabe? aquela punição que te faz 'nossa, hoje eu vou me cuidar melhor'"

## PARTICIPANTE 2

Relação com o objetivo (categoria temática estrutural)	Núcleo de sentido inicial (subcategorias)	Descrição do trecho (notação)	Trecho literal
Investigar como se deu o cuidado em saúde relativo a IST	Cuidado em saúde	Relato de percepção de sintomas após o parceiro ter sido diagnosticado com o agravo e ser orientado sobre a sintomatologia. Além de cuidado do agravo em Serviços de Saúde públicos e orientações e cuidados preventivos sobre a infecção. Refere bom acolhimento.	<p>"Foi uma ferida no pênis e algumas manchas, assim, no corpo, aí depois a gente fez o tratamento com a Sigrid do DeAS e aí ela mostrou como identifica, assim, na palma da mão ou apertando embaixo da axila e tal. Aí ele fez alguns toques e falou assim 'é, acho melhor você ir lá também'."</p> <p>"Mas durante o tratamento fui bem acolhido, é... Daqui eu fui pro CAIC também, que é o serviço... aí eu fiz o tratamento, a aplicação do benzetacil no Hospital Universitário."</p> <p>"Me falou de todo processo que eu tinha que fazer agora, me explicou mais sobre o que era a sífilis e mais prevenções também né, falou do modos e só... Mas foi bom."</p>
Investigar como a pessoa lida com o sigilo (ou não) a respeito da própria condição	Naturalização das ISTs	Relato sobre percepções pessoais em relação a ter uma IST, fato trazido como algo natural e normal no contexto que está inserido (homem, jovem e universitário) e indicação de não-sigilo sobre o agravo com intuito de orientação de terceiros.	"Acho que é uma coisa normal, que pode acontecer com qualquer um, tipo, mesmo com a prevenção assim, acho que, sei lá, as pessoas saem e acaba acontecendo mesmo, então, não tem porquê. Então, às vezes eu falava abertamente sobre isso e, sei lá, falava 'ah, tem que tomar cuidado, tem que fazer o exame', então..."
	Acolhimento e rede de apoio	Relato de revelação para amigos próximos e orientações e esclarecimento à eles sobre o agravo em geral.	<p>"Contei, para amigos próximos eu contei..."</p> <p>"Ah, eles perguntaram sim e esclareci algumas coisas, falei do serviço que tem, da.. da... como identificar isso, o que que pode acontecer, como é o processo também de... de... tratamento."</p>
	Estigma e tabu	Relato de sigilo sobre o agravo com parceiros anteriores (potenciais transmissores da infecção ao participante), reflexo do estigma e tabu	"Não.." "...assim, eu acredito que eu deveria sim ter conversado, mas como já faz muito tempo, não tem como mais falar sobre isso... Mas acho que seria importante, né... Ter dado um toque..."

		sobre ISTs, gerando reações de constrangimento sobre a temática.	"Não pensei porque... não sei dizer o porquê. É importante né, você avisa a pessoa... Acho que é uma questão talvez mais de... vergonha, sabe? De falar 'ah, peguei, mas aí a pessoa, sei lá, talvez não tenha sido dela... então... não sei"
	Estigma e tabu	Relato de revelação do agravo para os pais e de relevação causada pelo desconhecimento sobre ISTs.	"...mas talvez tenha contado sim pros meus pais, mas como tava fazendo tratamento, eles.. acho que também por desconhecimento do que seria sífilis, eles falaram 'ah, ok, você tá fazendo tratamento, então tá tudo bem!."
	Cuidado em saúde	Relato de conversas sobre ter tido o agravo com parceiros atuais/potenciais por preocupação em se infectar novamente, além de indicação de troca de experiências com amigos. Declaração sobre a importância de conversar sobre ter tido o agravo e sobre ISTs em geral com intuito de conscientizar sobre a saúde.	"Eu conto, eu fico um pouco preocupado porque como eu tive uma primeira vez, a segunda vez seria um pouco mais grave, em relação ao tratamento tal. Mas eu sempre conto e as pessoas, as vezes, que tem tido conversam também isso, falam dos casos e é por isso que eu me identifico assim, que a minha foi mais tranquila, porque conheço amigos que foram bem mais sério..."  "Acho importante [conversar sobre ter tido]. Por que é muito sério, é uma infecção assim, não só da sífilis, mas de todas as outras, né... É importante manter a saúde."
Investigar aspectos fortalecedores e fragilizadores da relação afetiva/sexual no contexto da IST	Mudança na relação	Relato de cuidado conjunto do agravo com o parceiro e mudanças na estrutura da relação afetivo-sexual (saíram de uma relação casual para um relacionamento monogâmico fixo como maneira de proteger e se proteger), trazendo sentimentos de conforto e segurança (em substituição ao medo).	"Foi nessa fase [solteiro] que eu contraí a sífilis, aí me tratei com essa pessoa.. né... A gente descobriu junto, a gente meio que 'fechou' a relação, namoramos durante esse tempo..."  "Ah, foi bem tranquilo assim, eu não me senti desconfortável, não me senti inseguro por questão de que a gente 'fechou' a relação, então, tinha medo, sei lá, de transmitir pra outras pessoas, mas a gente tinha fechado a relação para se tratar e deu tudo certo."
	Masculinidades e cuidado em saúde	Declaração sobre acreditar ter transmitido a infecção ao parceiro por ter notado certos sintomas, trazendo à tona diálogo prévio de possível sintomatologia e consciente opção por relação sexual	"... mas eu ainda tava numa fase solteiro quando conheci ele e aí, eu acredito que tenha sido eu mesmo [que passou] e eu falei pra ele 'ó, eu não sei se tá seguro porque tem certas coisas aqui que eu tô achando estranhas, tudo mais'... Foi antes dele mesmo"

		desprotegida.	
	Identificação	Relato de fortalecimento da relação afetivo-sexual devido ao apoio mútuo e identificação no tratamento da infecção, trazendo ideia de segurança.	<p>“É foi isso né, por isso que fortaleceu a relação, porque eu não tive ajuda de ninguém, além do meu parceiro que também tava se tratando, então, a gente meio que se apoiou assim...”</p> <p>“... de a gente fechar o relacionamento, se tratar e depois ver o que a gente ia fazer do relacionamento mesmo, porque né, a gente descobriu que tinha só que, então por um momento a gente não podia se relacionar com outras pessoas, mas pelo menos entre a gente a gente tava mais seguro, porque a gente tava fazendo o tratamento, tava fazendo acompanhamento juntos, então, foi isso assim.”</p>
	Desejo e proteção	Relato de preocupação e culpabilização em situações de relações sexuais desprotegidas.	<p>“... antes de fazer esse teste que teve do dia [campanha de testagem da universidade], eu fui lá no postinho porque algumas vezes eu cheguei a transar sem camisinha mesmo, aí eu já fico muito preocupado mesmo, no outro dia eu falo 'puta, o que eu fiz?', aí eu fico naquela assim de, como eu tive muito tempo namorando e tal, quando isso acontece, eu fico desesperado, assim, falo 'nossa, e agora? será que vou ter que tomar um pré, mas eu chego a conversar com a pessoa e são pessoas próximas, assim.. Não são pessoas que eu não conheço, então, eu converso abertamente com ela, falo 'ah, tipo, tá tudo bem?', daí a pessoa fala que fez o teste, mas fez o teste em fevereiro, então fica aquela insegurança mesmo...”</p>
Aspectos sociais e culturais fragilizadores do cuidado e prevenção em relação às ISTs	Cuidado em saúde	Relato de participação na campanha de testagem realizada pela universidade, fez com intuito de ficar “mais tranquilo”.	<p>“Uhum, eu fiz aliás, teve o dia de prevenção aqui, fiz o teste e tal pra ficar mais tranquilo.”</p>
	Estigma e tabu	Relato sobre quais orientações recebeu sobre ISTs na escola e apontamento para carência nas informações recebidas.	<p>“... a gente se descobre e vai descobrindo nosso corpo, nossos desejos, então é totalmente diferente do que é passado pra gente, ou mesmo na escola pública, porque eu venho de escola pública, mas eles sempre falam de doenças, acho que ainda usa o termo doenças,</p>

		Além de relato sobre o estigma do HIV e as orientações recebidas sobre o agravo como homem homossexual, enquanto não foi orientado sobre outras ISTs, trazendo reações de medo em relação ao HIV/AIDS.	<p>mas sempre é alguma coisa na relação em prevenção, mas nunca assim em detalhes, sabe? ah, como isso funciona e como isso é transmitido, como identificar isso em você, ou no corpo, ou no próximo mesmo, sabe? Então, acho que é um pouco diferente para as relações homossexuais né... Eu imagino como deve ser difícil pras meninas, né?!"</p> <p>"Ah, foi, assim, eu tinha um pouco de desconhecimento sobre o que era sífilis, mas aí eu depois disso fiquei sabendo de muitas histórias que é uma infecção muito grave assim, que pode acarretar muitas coisas, assim, problemas de saúde bem sérios."</p> <p>"Assim, o que mais é falado é HIV, assim, o que mais fala. Dos meus pais mesmo minha mãe fala 'ah, toma cuidado, usa camisinha por causa do HIV e não sei o que'... Tanto que eu tenho mais medo de adquirir HIV do que sífilis, só que é tão séria quanto..."</p>
	Masculinidades e cuidado em saúde	Relato sobre sua percepção de que ter tido uma IST não afeta a visão da sociedade/pessoas sobre ele.	"Eu, talvez eu não tenha tanto conhecimento assim, mas eu não me sinto tão, ah, sei lá, porque eu tive uma IST que, sei lá, que as pessoas vão me julgar ou coisa do tipo, sabe?"
	Lógicas de proteção	Relato sobre a substituição do uso de preservativo pela confiança no parceiro.	"Eu uso sim camisinha, mas é... Quando eu, não sei, tô vendo que tá 'fechando', ou que tá tendo confiança na relação e vai ser um parceiro único, eu prefiro não usar, foi assim nos meus outros relacionamentos..."
	Orientações/Educação em Saúde	Relato sobre o aprendizado e orientações que recebeu durante o tratamento do agravo, ênfase em não ter recebido essas orientações em outro momento da vida.	"Eu aprendi durante esse acompanhamento, esse tratamento, eu aprendi muitas coisas sobre prevenção, sobre sexo, sobre corpo... Muitas coisas que eu não vi mesmo em nenhum outro lugar, sabe? "

## PARTICIPANTE 3

Relação com o objetivo (categoria temática estrutural)	Núcleo de sentido inicial (subcategorias)	Descrição do trecho (notação)	Trecho literal
Investigar como se deu o cuidado em saúde relativo a IST	Cuidado em saúde	Relato de percepção de sintomas (coceira e placas brancas) e busca por informações de maneira online, chegando ao diagnóstico indicado. Além de busca por apoio maternal e busca por um profissional qualificado (urologista).	<p>"Coça, coça muito e eu comecei a sentir muita coceira lá embaixo e não parava de coçar... Aí eu falei 'deve ser alergia, né', aí quando eu olhei tava meio branco, eu falei 'por que tá branco?', aí eu fui pesquisar né, falei 'ah, deixa eu dar uma pesquisada aqui, aí eu olhei 'ah, branco, coça muito, candidíase', aí eu falei 'puta que pariu'."</p> <p>"Acho que liguei para minha mãe, aí eu fui num urologista mesmo para analisar."</p> <p>"Liguei para minha mãe e falei 'mãe, tem alguma coisa errada, eu vou ter que ir no médico', ela perguntou 'tipo o que, filho?', aí eu falei 'mãe, não sei, deu problema lá embaixo'.</p>
	Estigma e tabu	Relato de atendimento por um profissional especialista e orientação incompleta do mesmo (indicando que a infecção foi causada exclusivamente por má higienização das mãos) e não orientando em relação à ISTs, que foi pontuado como um comportamento conservador do profissional. Tais orientações trazem à tona a questão do estigma e tabu envolvido nas Infecções Sexualmente Transmissíveis até mesmo por profissionais da saúde. Além de relato sobre desconforto/estranhamento durante o exame clínico, indicando possível falta de familiaridade com o processo de se expor ao	<p>"Aí eu fui no médico, aí foi muito engraçado porque eu cheguei no médico, eu sabia que era uma IST, eu sei muito bem que foi por causa da relação que acabou sendo desprotegida, aí o médico falou 'ah, é candidíase', aí eu falei 'obviamente né', aí ele disse 'ah, mas sabe, é só lavar bem, porque acho que você pegou por causa de contato da mão que foi no seu pinto', ah, perdão a palavra, tá? Aí eu só fiquei tipo 'aham, tá', eu vou acreditar tá doutor, aí eu falei isso para minha mãe mas eu quase ri quando falei isso para ela, ela fingiu que acreditou, eu também fingi e foi isso."</p> <p>"Ah, tem que lavar a mão antes e depois', não falou mais nada, não falou sobre IST."</p> <p>"Ah, achei meio ruim, ele demorou muito tempo para me atender, porque ele tava fazendo cirurgia e tal, aí eu esperei umas 3 horas e não chegava a minha vez, aí eu cheguei lá, fui conversar com ele e ele foi meio frio, não sei, daí depois ele foi lá olhar e ficava mexendo e mexendo, gente, tenha cuidado e carinho e, sei</p>



		<p>médico, visto que historicamente o órgão sexual masculino foi poucas vezes objeto de estudo da biologia/medicina.</p>	<p>lá, foi muito ruim, aí ele veio com essa história da mão, quase falei 'moço, eu tenho 21 anos, é obviamente que foi por sexo e tá tudo bem, pode falar, eu sei'. Achei que ele foi meio conservador.</p> <p>“Aí eu lembro que fui tomar o remédio, aí foi muito triste porque eram 8 semanas, eu não sei porque, ele pediu para eu tomar o remédio 8 semanas, aí eu falei que tudo bem né, devia tá grave.”</p>
	Desejo e proteção	<p>Relato de relação sexual desprotegida e sentimentos de culpabilização e medo após o ato, levando o participante à visitar um serviço de saúde e tomar a PEP.</p>	<p>"Ah, foi tipo um cara que eu tava muito afim de pegar, muito, muito afim, aí acabou fazendo sexo, a gente acabou ficando muito animado e acabou fazendo sem proteção. Aí depois eu fiquei pensando 'por que eu fiz isso?', sabe? na hora pareceu muito bom, porque sempre parece, mas nunca é, né? Aí eu falei 'fodeu'..."</p> <p>“...aí fui conversar com meu amigo, aí meu amigo falou 'tá, mas e se ele tiver?', aí eu fiquei 'mas ele não tem', aí ele 'mas se ele tiver?'... Aí começou a me dar muito medo, aí fui pesquisar sobre o PEP, pesquisei os exames e descobri que tinha aqui em São Carlos, aí eu fui lá no CAIC...”</p>
	Cuidado em saúde	<p>Relato de busca por serviço de saúde especializado após exposição, refere bom atendimento e cuidado.</p>	<p>“...eu fui lá no CAIC, aí comecei a falar que tive exposição, menos de 72h, queria começar a tomar o PEP, aí na hora ele me levou lá pra fazer o exame e a moça até perguntou 'você não quer trazer o seu parceiro?', e eu fiquei tipo 'não moça, só quero que isso acabe'...”</p> <p>“Aí eu lembro que o exame deu negativo, ela deu o remédio, foi muito bom, elas são muito atenciosas, elas ficaram conversando comigo, me falaram todo o processo, aí esse eu não contei para minha mãe.”</p>
Investigar como a pessoa lida com o sigilo (ou não) a respeito da própria condição	Estigma e tabu	<p>Relato de abertura sobre a questão para familiares e amigos, recebendo orientações “básicas” da mãe e sendo chateado pelos amigos. Referiu</p>	<p>"Foi de boa até, eu achei que minha mãe ia reagir muito mal, mas minha mãe reagiu bem, ela veio com aquela conversa que toda mãe faz, tipo, 'ah, filho, sempre se proteja, toma cuidado, veja onde você tá indo', e eu só ficava 'tá bom,</p>

		sentimentos de chateação e culpabilização, reforçados pelas falas dos colegas, trazendo à tona a questão do estigma e tabu envolvidos no cuidado em ISTs e no imaginário da população em geral.	mãe'. Eu até conversei com os meus amigos, com a minha.. Todo mundo, aí todo mundo ria um pouco da minha cara, e eu ficava 'gente... não é pra rir, coça muito'."
	Identificação	Relato de tranquilização após relato de uma amiga com o mesmo agravo e também após ter se munido de informações a respeito.	"...aí depois eu conversei com essa minha outra amiga que ela também tinha pegado, aí eu fiquei um pouco mais calmo, sabe? Eu pesquisei também.. É uma doença muito fácil de curar, não é coisa tão séria."
	Transparência	Relato de ter contado que teve o agravo para parceiros em potencial, mas enfatizando que por vezes deixa de contar pois já passou bastante tempo desde a infecção.	"Eu já contei, eu não sou de esconder, eu acho que se a pessoa não perguntar, 'ah você já teve alguma coisa', acho que acabo não contando, mas não de propósito. É que se a pessoa não pergunta e como já faz um tempo, eu também nem comento."
Investigar aspectos fortalecedores e fragilizadores da relação afetiva/sexual no contexto da IST	Desejo e proteção	Relato de relação sexual desprotegida que não tinha intenção de penetração por parte do participante, mas houve em certo grau. Indicações intensas de responsabilização do outro e considerações sobre abuso sexual e violações. Além disso, não houve comunicação entre o participante e o parceiro pontual após a relação sexual.	"Eu lembro que tive uma relação há uma semana atrás eu acho, não era pra ter sido sem proteção, só que a gente tava lá, não sei o que, falei 'olha, eu não tenho camisinha, então não vou fazer sexo', ele falou que tudo bem... Tava lá só no 'esfrega-esfrega' e eu tava tranquilo, a gente tava só esfregando, aí eu falei 'nossa, tô muito afim de gozar', aí ele falou que tudo bem, aí eu gozei e depois fui no banheiro, quando olhei na cama não tinha nenhuma porra, aí eu falei 'o que aconteceu?', aí depois que eu falei com ele, ele falou 'ah, entrou um pouco', aí eu falei 'por que você não falou, sua desgraça?', aí ele falou 'ah, não, de boa', aí eu fiquei preocupado, mas falei 'ah, não deixa quieto, vamo só relevar', aí depois de uma semana peguei candidiase, aí eu falei 'mas caralho...'"  "Acho que não depois, porque era de app, então, só sumiu depois, nunca mais vi ela no app online, eu só fiquei 'ah meu, foda-se' e continuei minha vida." "Nem quis conversar com ela [a pessoa], eu não que tivesse acontecido o que aconteceu, tipo,

			<p>penetração, e aí tipo rolou e ele nem pra avisar, até foi meio estupro, eu não percebi também... Essas coisas da vida...Aí também não quis muito conversar com ele, nem nada."</p>
	Identificação	<p>Relato sobre o conforto de trocar experiências sobre a condição, gerando identificação e considerações sobre aumento de confiança e melhoria na relação.</p>	<p>"Foi de boa, na verdade ela comentou que teve gonorréia, foi uma troca, tipo, experiências, foi interessante, sabe? Ela conversou... Ele era um pouco mais velho, então também conversou sobre várias coisas, aí falou 'ah, eu já tive gonorreia', aí eu já conversei também com outro moço que pegou sífilis, a gente conversou bastante também, aí foi bom assim, sabe? Ter uma troca de experiências para entender o que aconteceu."</p> <p>"Eu acho que melhora [as relações]. Tipo, ter uma troca, saber que a pessoa... Não que a pessoa tá se expondo, mas aí você sabe o que aconteceu com ela, como foi, ah, eu prefiro."</p> <p>"Gera uma confiança."</p>
Aspectos sociais e culturais fragilizadores do cuidado e prevenção em relação às ISTs	Estigma e tabu	<p>Relato de sentimentos de tristeza e culpa por ter sido "desleixado", além de ter buscado apoio em amigos e a reação ter sido de zombaria. Trazendo em pauta a questão do julgamento moral de terceiros e até de si mesmo, fomentados pela questão do estigma e tabu.</p>	<p>"Eu fiquei um pouco chateado no começo porque sabia que tinha sido culpa minha, porque se eu peguei foi desleixo meu, e assim, me senti meio mal, mas acontece... Eu fui conversar com meus amigos, aí tipo assim, o povo meio que zouu 'ah lá, não se cuida né'..."</p>
	Orientação/Educação em saúde	<p>Relato sobre as orientações que já recebeu no decorrer da vida (principalmente escola e cursinho), referindo ter tido acesso à informação a respeito dos agravos em um contexto educativo com função de saber o conteúdo para prova/vestibular o que pode gerar dificuldades de assimilação para o próprio cotidiano, além da indicação de</p>	<p>"Acho que não, tipo, sempre tive preocupação, ainda mais que geralmente é muito sexo casual, aí eu sempre tive um pouco. Mas antes de ter pegado não achava que... ah, eu ia tá tranquilo... aí depois que eu peguei eu fiquei 'geeeente do céu'."</p> <p>"...acho que foi depois que comecei a frequentar o CAIC. Aí lá eu tive bastante ajuda, o povo conversa bastante com você, mas antes nunca tive assim. Minha mãe sempre falou, mas, sabe, explicar bem o que era, como você pode pegar, foi bem pouco. Só uma vez na escola que eu</p>

		negacionismo através de falas que afirmam que isso não vai acontecer com ele.	<p>lembro que a gente teve no colegial e no cursinho, mas foi uma coisa bem rápida. Parece que não ia acontecer com você, quando você vê assim no slide, sabe?"</p> <p>"Você vê e fala 'nossa, legal, existe, mas isso não vai acontecer comigo' e aí você continua a vida."</p>
	Estigma e tabu	Relato de percepções a respeito de ISTs no geral, sobre culpabilização e entendimento da causa gerado pela troca de experiências e busca por apoio profissional.	<p>"Eu acho que a gente tem muito tabu com IST, porque você pensa 'ah, peguei, eu fui o único que peguei' ou então 'meu deus, eu que não me cuida direito e acabei pegando'. Então, meu, as vezes é um descuidado que você teve na hora, todo mundo pode ter se descuidado, aí conversando com outras pessoas, você vê que não é o único que já pegou, tipo, várias pessoas já pegaram as vezes alguma coisa e, tipo, tem, sabe, cuidado, tipo assim, as pessoas te falam 'ah, vai em tal lugar, faz tal exame, às vezes ajuda', você vai trocando experiências e vai entendendo que, tipo, não é um bicho de 7 cabeças."</p>

## PARTICIPANTE 5

Relação com o objetivo (categoria temática estrutural)	Núcleo de sentido inicial (subcategorias)	Descrição do trecho (notação)	Trecho literal
Investigar como se deu o cuidado em saúde relativo a IST	Cuidado em saúde	Relato de percepção de sintomas (gripe e manchas no corpo), estranhamento da situação e busca por apoio profissional. Ao constatar através de exame laboratorial a infecção, avisou para a namorada.	<p>“Tive Sífilis em 2018, na primeira relação sexual que eu tive com a R., que foi a menina que tinha um relacionamento monogâmico, ela tinha não sabia, ela não apresentou nenhum sintoma, na verdade, apresentou sintoma de gripe, né... Eu apresentei sintomas de gripe, resfriado, umas manchas e falei ‘ué’... daí eu fui ali na área Norte, esqueci o nome, daí ele pediu o exame falou: ó, é sífilis... eu falei ‘ah, ô xuxu então, considerando que você é a única pessoa que eu transei, nos últimos 30 dias, você tá com sífilis’.”</p> <p>“Foi bom, foi legal... Ah, não me senti desconfortável, foi bem suave na real... O exame foi tranquilo...”</p>
	Estigma e tabu	Relato de sexo oral desprotegido com parceria pontual, na qual, após o ato, avisou o participante sobre ter HPV e indicou que não seria transmissível por o ato sexual em si seria realizado com preservativo. Refere ter orientado a parceira sobre as maneiras de transmissão do HPV. Tal situação Indica possível falta de orientação/educação sexual prévia (ou efetiva) da parceira e, além disso, falta de orientação médica após ter descoberto o agravo em saúde.	<p>“O HPV foi quando eu terminei, eu e a R. terminamos.. Eu tava saindo com algumas pessoas ainda e daí eu sair com essa moça do CAASO, chegou a ser engraçado, porque eu tava, enfim, eu fiz sexo oral nela e daí a gente foi transar com penetração, coloquei a camisinha, ela falou ‘ ah, eu tenho que te avisar que eu tenho HPV, mas não tem problema por quê não é transmissível com camisinha’, daí eu parei, eu sentei e falei: então, - eu vesti o profissional de saúde ali na hora, porque a minha vontade era de mandar tomar no cu - o HPV é transmissível por qualquer contato de genitália com qualquer mucosa, enfim, então assim, a transmissão não é só com penetração, é importante estar atento que é super transmissível por sexo oral.”</p> <p>“Ela me olhou com uma cara de choque, choque mesmo, informação completamente nova, que faz eu pensar que tipo de atendimento ela</p>

			recebeu, que tipo de instrução ela recebeu na época, enfim, E aí eu tipo tá, né? segue a vida, vamos fazer exames... fui na UBS, marquei, fiz exame, e tava lá: HPV.”
Cuidado em saúde	Relato de sentimento de tristeza, estresse e até mesmo indica impaciência por estar minimamente orientado sobre ISTs e entender a problemática que a infecção traria na sua vida/rotina/relações, além de não ter tratamento para o agravo em si, somente para suas possíveis sintomatologias. Refere orientação condizente realizada pelo profissional da saúde.	<p>“Fiquei enrolando para ir fazer o exame, porque eu não tava nem um pouco afim, fiquei muito triste na real, na época eu fiquei tipo... Fiquei real chateado assim, mas foi por quê eu falei, cara, é um bagulho que vai ficar aqui por um tempo, oficial não tem cura, fora a reação espontânea que pode não rolar nunca e não tem tratamento porque não tem sintoma, assim tem tratamento para sei lá, as feridinhas, que eu nunca tive e de resto tá aí vergonha então, é uma coisa que eu só tenho que aceitar que tá ali...”</p> <p>“O cara falou: olha, a gente pode fazer um acompanhamento a cada x meses para ver se teve remissão, mas não tem muito mais o que fazer a não ser que você apresente sintoma e daí ele falou para eu ficar atento porque existe a chance de desenvolver câncer e tudo mais, apesar de ser muito mais provável em mulheres.”</p> <p>“Não chegou a ser desconfortável em nenhum momento, foi também muito suave, mas acho que pelo ambiente do DeAS ser dentro da Universidade foi um pouco mais suave em relação à isso e ao fato de que eu tava um pouco estressado também por saber que o HPV é uma coisa que não tem cura, depende do sistema imunológico fazer o trabalho dele e você fica assim: e aí, já fez? Já fez? Se resolva, por favor...”</p>	
Orientações/Educação em saúde	Relato sobre orientações de cuidado que recebeu e considerações sobre o discurso médico em casos de IST, entendidos com teor de julgamento moral, seguindo uma lógica professoral.	<p>“Foi do antibiótico, daí ele explicou sobre o funcionamento, sobre como evitar ISTs, como fazer oral com camisinha, uso do preservativo feminino também, foi meio palestrinha, sabe? Aquela coisa e eu só tipo [impaciente]... quero ir embora... daí ele falou um pouquinho de quanto tempo que eu ia tomar, receita, tals, falou que eu podia comprar pelo, pegar no posto de saúde e foi isso...Daí eu voltei lá um tempo depois...”</p>	

			<p>“Palestrinha sobre HPV, de novo palestrinha sobre o uso de preservativo, quando eu expliquei que eu tinha pegado fazendo sexo oral sem preservativo, de novo a palestrinha do sexo oral com preservativo, que é um negócio que não entra na cabeça de ninguém, vamos ser honesto... muita gente sabe, mas eu conheço, de verdade, no meu ciclo eu conheço uma pessoa que faz, só uma pessoa que fala que faz sexo oral com camisinha, que é da enfermagem e que já teve DSTs.”</p> <p>“Tive aula no ensino fundamental, até que sim, foi uma coisa assim proveitosa, eu lembro até que bem das aulas, mas eu lembro de ela fazendo os desenhos, mostrando as fotos traumáticas, foto traumática sempre emocionante, com criança... Querendo ou não se falava muito do HIV”</p>
Investigar como a pessoa lida com o sigilo (ou não) a respeito da própria condição	Cuidado em saúde	Relato de falar abertamente sobre a infecção com as parceiras, principalmente, com intuito de alertar e prevenir.	<p>“Existe a regra que é: eu uso, porque as pessoas que eu me relaciono sabem que eu tenho HPV.”</p> <p>“Nas outras relações é mais suave, é algo que as pessoas já sabem faz um tempo, todos...”</p>
	Acolhimento e rede de apoio	Relato de conversa sobre o agravo com amigos e ter sido acolhido e apoiado.	<p>“Contei para os dois meninos que moravam comigo, contei para uma amiga minha daqui também que é amiga dela, acho que ela contou para irmã dela também e tals, mas assim foi bem suave, porque querendo ou não é uma coisa, é uma doença que você fala assim: ah, tomei antibiótico, fiz acompanhamento, acabou...”</p> <p>“Contei primeiro para todo mundo que eu tava me relacionando, amigos, contei até numa situação meio cômica, assim, em casa, que eu cheguei no dia seguinte e falei: olha, tô com HPV, quase certeza, tem grandes chances, daí os meninos falaram ‘que?’, aí eu contei as histórias e eles ficaram assim... ‘como assim?’... Eles acolheram.”</p>
Investigar aspectos fortalecedores e fragilizadores da	Responsabilização	Relato de preocupação com a infecção e com as parceiras, indicando o	“Gostaria muito de não ser mais o motivo em potencial de as minhas parceiras terem

<p>relação afetiva/sexual no contexto da IST</p>		<p>uso de preservativo como maneira de prevenção em todas as relações sexuais, além da não realização do sexo oral em nenhum contexto. Aponta que todas as parcerias de ciência do agravo e respeitam/entendem. Pontua incômodo em relação a ter o agravo, já que é uma preocupação e responsabilidade constantes, geradas pelo fato de o participante entender a infecção e suas consequências para si e para terceiros, além de estar consciente das maneiras de prevenção da transmissão.</p>	<p>câncer... Porque é um bagulho que tipo, não afeta, prejudica a minha saúde... você sabe que eu tô cagando para minha saúde, mas é algo que prejudicaria a saúde das pessoas que eu me relaciono e é um negócio inaceitável.”</p> <p>“Existe a regra que é: eu uso, porque as pessoas que eu me relaciono sabem que eu tenho HPV.”</p> <p>“Gera impacto nas relações porque é algo que eu tenho que lembrar sempre e tenho que pensar sempre, não posso fingir que não existe...”</p> <p>“Não fazemos oral com camisinha, prefiro não fazer nada...”</p> <p>“Nas outras relações é mais suave, é algo que as pessoas já sabem faz um tempo, todos...”</p>
	<p>Estigma e tabu</p>	<p>Relato sobre as percepções de ter descoberto o agravo, além de maneiras de contar para a parceira. Conta que ela se sentiu pior que ele, provavelmente, indicando uma maior culpabilização por ter o agravo e tê-lo transmitido para o parceiro, além de enfatizar a maior pressão que as mulheres sofrem em relação ao cuidado em saúde e estigma/tabu. Pode-se pontuar também a questão da “confiança” e monogamia em substituição ao uso de preservativo.</p>	<p>“Acho que a sífilis foi mais suave, foi mais avisar ela que estava... isso foi um negócio também: como que eu conto? Primeiro eu fiquei muito tempo pensando, será que foi com ela mesmo? Daí eu pesquisei, vi lá o tempo de que ele fica na... aí eu falei, tá, quase com certeza foi com ela, aí eu falei: então, foi com você e ela foi fazer os exames e tinha sido com ela. Daí para ela foi um processinho mais chato mesmo, ela ficou mais mal, eu tava bem suave na real e, enfim, daí ela fez o tratamento, mas foi super legal porque na mesma época foi bom, porque eu já fiz todos os exames de DSTs, ela fez também, então, a gente depois passou a - como era um relacionamento monogâmico fechado - fazer sexo sem preservativo, que é muito melhor, vai tomar no cu.”</p> <p>“Eu escolho usar [preservativo], eu não usei com a R. porque era um relacionamento...”</p>
	<p>Estigma e tabu</p>	<p>Relato sobre ter compartilhado com uma parceira ocasional que tinha adquirido o agravo e ela ter escolhido não se relacionar mais, devido ao medo de adquirir a</p>	<p>Teve uma pessoa que acho interessante comentar, eu tava me relacionando com ela e não tô mais... a gente transou algumas vezes, todas antes de eu pegar HPV, comentei com ela que eu estava com HPV e aí nunca mais transamos... Porque a pessoa ficou com receio</p>



		<p>infecção, reforçando a questão do estigma e tabu, além de possível desconhecimento sobre a temática.</p> <p>O participante traz que se sentiu triste, mal e ficou mais receoso de compartilhar com outras pessoas que têm a infecção.</p>	<p>real, falou que tinha muito medo e pediu desculpa: prefiro que a gente não se relacione mais...”</p> <p>“Foi triste? Foi... Me senti mal? Bastante... Fiquei um pouco receoso depois disso, eu não esperava, mas acho que nas que eu tenho hoje, não chegou a melhorar/ piorar, ficou neutro“</p>
Aspectos sociais e culturais fragilizadores do cuidado e prevenção em relação às ISTs	Lógicas de proteção	<p>Relato sobre a preocupação familiar com a questão da gravidez e não de ISTs, além de uma lógica familiar que valoriza liberdade, independência e autonomia.</p>	<p>“Sim, minha mãe sempre brigou muito comigo, ela não brigava por DSTs, ela brigava por não ter filhos, mas querendo ou não tá casado com o discurso de usar camisinha.”</p> <p>“... e minha família sempre prezou muito pela questão da liberdade, da independência e autonomia, então daí a gente optou por eu realmente estudar no Rio de Janeiro.”</p>
	Comportamento de risco	<p>Relato de engajamento em múltiplas atividades sexuais (30 pessoas em 30 dias), após ter iniciado a graduação, o que reforça a ideia de maiores comportamentos de risco no contexto universitário.</p>	<p>“Aí eu entrei na educação física e eu e a S. terminamos em 2017... Meti o louco, transei com meio mundo, eu me arrependo? Algumas... nossa, até setembro, eu lembro que setembro eu transei com 30 pessoas diferentes, em 30 dias, Enfim, eu transei com muita gente.”</p>

## PARTICIPANTE 6

Relação com o objetivo (categoria temática estrutural)	Núcleo de sentido inicial (subcategorias)	Descrição do trecho (notação)	Trecho literal
Investigar como se deu o cuidado em saúde relativo a IST	Cuidado em saúde	<p>Relato de percepção de sintomas (bolhas e dor na região) e busca rápida por apoio profissional especializado (ginecologista), indicando a facilidade e lógica feminina de busca por cuidado em saúde. Além de procura autônoma por informações online, já chegando ao atendimento munida de um repertório mínimo de possibilidades de acordo com a sintomatologia.</p>	<p>“Eu comecei, ah, começaram a aparecer as bolhas da herpes em mim né, mas na época eu não sabia o que era e elas começaram a aumentar assim... E a primeira crise de herpes é geralmente muito forte assim e aí, meu, começou a aumentar assim muito, que era um negócio que eu não conseguia colocar roupa de tantas bolhas que tinham assim e doía demais, e na época eu ainda tinha plano de saúde, daí eu fui na ginecologista sim, mas assim, eu fui já sabendo assim que ia vim diagnóstico, porque quando começou a aparecer, eu fiquei tipo, mano, o que que é isso, aí você sempre vai no google né, aí ou você tá grávida, ou você tá com câncer, ou você vai morrer, e aí no caso eu ia morrer de herpes né... foi em 2015, começo de 2015, tava no meu terceiro ano no caaso, e aí, ah, foi tipo, tipo, começou a aparecer assim um monte, doía muito e era um negócio insuportável, insuportável.. E aí eu fui no médico, e aí ela, daí veio o diagnóstico das duas né, da herpes e da tricomoníase.”</p>
	Estigma e tabu	<p>Relato de um atendimento profissional pautado em julgamento moral, trazendo orientações consideradas insatisfatórias e assumindo informações sobre a vida da paciente (lógica do sexo somente quando há um relacionamento “sério”, pontuado através da sintomatologia do “namorado”, machismo), fazendo com que ela se sentisse constrangida, desconfortável e julgada.</p>	<p>“Só exame clínico...”</p> <p>“Nossa, foi escroto assim, porque ela ficou me dando aluguel sobre usar camisinha, sendo que herpes é uma doença que a camisinha não protege e, só que na época eu não sabia disso né, hoje eu sei... E, ah, meio assim, aí ela perguntou do meu namorado e eu nem namorava! E aí ela perguntou se.. Só que assim, eu não consegui falar para ela que eu não namorava, sabe? Ela perguntou assim, só que eu tava me sentindo tão julgada assim que eu só fiquei tipo... Ela perguntou se meu namorado teve alguma coisa, eu falei que não... Fiquei tipo, mano... Tanto que ela até... Para tricomoníase, é um remédio que os dois tomam né, aí tipo, ela mandou comprar dois</p>

		<p>comprimidos, tipo, na receita tava isso né, aí eu comprei, você vai na farmácia e ele te dá o remédio do jeito que tá na receita né... E aí eu fiquei assim, mano, o que eu vou fazer com esse segundo comprimido? Mas, enfim, foi meio zoado assim, nesse sentido, sabe?”</p> <p>“Foi um negócio meio julgamento assim, sabe? E tipo, eu já várias vezes assim, quando tem essas campanhas de testagem, desde a época que eu tava no caaso assim, várias vezes já fui fazer os teste, mano, as pessoas lá conversam com você super de boa né... E, tipo, faz um milhão de perguntas extremamente íntimas da sua vida, mas nunca olham para você, tipo, ‘sua ridícula’ e lá foi meio assim, sabe? Sei lá, não foi muito confortável...”</p>
Orientação/Educação em Saúde	Relato sobre a falta de orientação pelo profissional especializado em relação aos agravos diagnosticados, seguindo a lógica biomédica de medicamentação.	<p>“E também foi uma coisa que, tipo, ela não passou informação nenhuma sobre as doenças, sabe? Ah, só falou: é isso, toma isso. Por exemplo, da herpes assim, não sabia quantas vezes aquilo ia acontecer, sabe? Quando ia voltar? Que condições ia voltar? Sabe? Tipo, não sabia nada assim, tudo foi coisa que eu tive que ir atrás da informação autonomamente sabe, porque a médica em si só fez um diagnóstico e mandou meu namorado imaginário tomar remédio, sabe?”</p> <p>“A tricomoníase é um negócio que eu fico me perguntando se eu realmente tinha isso, porque a médica não fez exame nenhum e ela só deduziu que era porque eu falei que ardia para fazer xixi, sabe?”</p>
Vulnerabilidade	Relato de dificuldades de tratamento do agravo (tricomoníase) devido ao método utilizado (creme vaginal com aplicador), o qual era incompatível com a sintomatologia da herpes, causando dor, desconforto e choque.	<p>“E, nossa, eu tenho muito vívida uma lembrança, porque... por causa da tricomoníase, ela passou aquelas pomadas vaginais assim, que é um tubinho que você coloca no canal assim tipo uma seringa né, só que eu tava tipo... eu tentava colocar aquilo só que eu não conseguia assim, porque doía muito... ainda mais quando você tá cheia de bolha assim, você não consegue fazer nada... doía muito, aí eu tentava colocar assim e aí eu tirava, tava com sangue na seringa, aí eu</p>

			ficava em choque assim e era horrível assim, aí eu lembro de estar sentada no chão do meu quarto assim, chorando, sabe? Tipo aquelas cenas de filme de drama, sabe? Horrível...”
Investigar como a pessoa lida com o sigilo (ou não) a respeito da própria condição	Responsabilizaçã o	Relato de diálogo sobre o diagnóstico do agravo com o último parceiro (possível transmissor), com intuito de alertá-lo sobre a condição. Além de informar sobre o agravos à todos com quem se relacionaria, trazendo ainda uma quebra de expectativa em relação a reação das pessoas quando avisadas (reagiam bem, enquanto ela achava que reagiriam mal). Expectativa que pode ser relacionada com a questão do estigma/tabu e a própria visão da participante sobre a infecção e si mesma.	<p>“Muito horrível e eu lembro que na época eu cheguei a mandar mensagem para o último cara que eu tinha transado para falar, tipo, mano eu tô com herpes e tal, seria bom você fazer um exame, sabe? Para ver se você não tá com nada também e aí ele fez exame e deu negativo, sabe? Foi um negócio que ficou um ponto de interrogação enorme na minha vida até hoje! Porque eu não sei da onde isso veio...”</p> <p>“Meu, na época, eu contava para todo mundo antes de ficar com a pessoa e eu achava que ia ter que lidar com pessoas muito escrotas, mas ninguém teve uma reação zoada, ninguém teve uma reação de, tipo, ‘ah, sai daqui’... as vezes, geralmente, as pessoas ficavam tipo: ah, é só usar camisinha, e na época eu também acreditava que era só usar camisinha e ninguém ligou muito assim...”</p>
	Responsabilizaçã o	Relato de mudança na alimentação que favoreceu a não-crise do agravo, além de ter recebido uma “cobrança” por não se lembrar de contar para todos os parceiros que tem o agravo (se esquece pois já não se manifesta há anos).	<p>“... só que depois que eu me tornei vegana eu nunca mais tive uma crise, nunca mais... e eu esqueço que tenho, aí nessa brisa de esquecer que eu tenho, nem sempre eu falo para pessoa porque eu não lembro, mas quando lembro eu falo e ninguém nunca liga também... só teve 1 mano que, ah, uma vez a gente tava conversando sobre isso e aí ele só falou no sentido que era muito zoado eu não contar para as pessoas, mas não é um não-contar intencional, é um não-contar porque eu esqueço... mas é que é isso, já faz... meu, me tornei vegana em 2016, tipo, já faz uns anos que eu não tenho crise nenhuma e aí eu esqueço, só isso, eu esqueço...”</p>
	Acolhimento e rede de apoio	Relato sobre a importância de ter sido acolhida e escutada por um parceiro casual em um momento de vulnerabilidade, na qual sentia “nojo” de si, se	<p>“Eu tava conversando com o menino do meu curso assim... é... ah, meio que a gente tava nessa vibe assim de querer se pegar assim, e aí na época eu cheguei a conversar com ele sobre isso assim, tipo, contei para ele, pq eu tava vivendo um inferno na minha vida assim e ele</p>

		<p>odiava, estava preocupada e não sabia lidar com a situação. Trazendo em foco como teria sido importante ser devidamente orientada e acolhida pela profissional que a atendeu e deu o diagnóstico. Parte dos sentimentos da participante refletem diretamente as questões do estigma/tabu, além da pressão que as mulheres sofrem para se enquadrar em certos critérios e o sofrimento psíquico gerado por não se enquadrar.</p>	<p>era bixo assim, então, ele era novinho e ele era uma pessoa muito de boa com a vida assim, pisciano típico assim, avoadado assim e aí ele ficou falando que não era nada, que herpes era normal, todo mundo tinha e ele sempre falava uns negócios assim, que não era nada demais, blablabla, só que assim, ele tava falando isso no começo porque ele não tinha entendido que era herpes vaginal, ele tava entendendo que era tipo aquela da boca, sabe, então, ele não tinha noção do que eu tava falando, porque ele tava imaginando outra coisa, ele até falou assim 'minha mãe tem'... “</p> <p>“Mas assim, ele conversava comigo muito seguro do que ele tava falando e aí, isso na época foi muito importante para eu perceber que, mano, as pessoas não iam me odiar e ter nojo de mim, sabe? Porque na época eu tinha nojo de mim e eu tava me odiando muito também, porque para mim eu sentia como se eu nunca mais fosse poder transar com ninguém na minha vida, sabe? E acho que foi um negócio muito forte porque eu não sabia como lidar, eu não tinha informação direito das coisas e ficava muito preocupada: como é que eu vou falar isso para alguém, sabe? Mano, se eu falasse para alguém a pessoa não vai querer encostar em mim, sabe? E só que também não pensava que se alguém viesse falar para mim, mano, tenho herpes, o que eu ia pensar da pessoa assim? Foi muito ruim..”</p> <p>“Até o dia que a gente se deu conta de que eu tava falando de uma coisa e ele tava falando de outra, só que quando isso aconteceu a gente já tinha conversado sobre isso tantas vezes que foi, tipo, 'ah, tá...' e continuou de boa...”</p>
Responsabilizaçã o	Relato sobre o nervosismo que acompanha a responsabilidade que é ter que informar ao outro sobre a própria condição, como maneira de prevenção e cuidado em saúde.		<p>“Acho que a única coisa assim é o nervosismo de você saber que precisa contar isso e que não é o tipo de coisa que você tá conversando e fala tipo, ah, então, esqueci de te falar, tenho herpes... acho que é mais essa situação assim, é o único impacto... da maneira como as pessoas reagem acho que não mudou nada, nem para positivo, nem para negativo...”</p>

	Estigma e tabu	Relato relacionado trazendo o não impacto da infecção nas relações afetivo-sexuais em geral por acreditar ser um agravo “banalizado” e reflexões a respeito do estigma e desinformação em relação ao HIV/AIDS e ISTs no geral. Além de referir apreensão com ter HIV desde o primeiro relacionamento.	“Meu, acho que não... mas por ser uma doença whatever assim, sabe? Porque eu fico pensando, mano, se eu tivesse HIV, eu duvido que as pessoas iam agir dessa maneira, porque sempre foi assim, as pessoas nunca acharam que era uma coisa grave, tipo, nunca ninguém reagiu no sentido de demonstrar de fato ter preocupação com a herpes, tanto que ninguém nunca quis usar preservativo para sexo oral, por exemplo... e tipo, é transmissível do mesmo jeito... Eu desde esse meu primeiro relacionamento, tenho, fico muito paranóica assim com HIV, pq acho o tempo todo.. Com ele eu convivi por muitos anos achando que eu tinha contraído HIV dele, sabe?”
Aspectos sociais e culturais fragilizadores do cuidado e prevenção em relação às ISTs	Questões de gênero	Relato sobre os impactos que ter/ter tido o agravo causaram na autoimagem da participante, além de prejuízos em sua saúde mental. Parte dos impactos foram influenciados pela falta de orientação pelos profissionais de saúde que a atenderam e parte se relaciona às questões de gênero e cobranças que as mulheres sofrem dentro da sociedade (vistas através das falas “me sentia meio suja”, “tinha nojo de mim”, além do estigma e tabu.	“Nossa, foi horrível, muito horrível... tipo, parecia assim que eu nunca mais ia ter vontade de transar na minha vida assim, como se eu tivesse brochado eternamente, sabe? Me sentia meio suja assim, um negócio bizarro...” “... na época eu tinha nojo de mim e eu tava me odiando muito também, porque para mim eu sentia como se eu nunca mais fosse poder transar com ninguém na minha vida, sabe? E acho que foi um negócio muito forte porque eu não sabia como lidar, eu não tinha informação direito das coisas e ficava muito preocupada: como é que eu vou falar isso para alguém, sabe? Mano, se eu falasse para alguém a pessoa não vai querer encostar em mim, sabe?”
	Estigma e tabu	Relato sobre as percepções a respeito da desinformação em geral sobre ISTs e considerações sobre a educação sexual no país.	“Tipo, hoje eu sei assim que a herpes é algo que passa por contato, então, tipo, você estar usando camisinha assim não necessariamente vai te impedir de contrair, tipo HPV, na época eu não tinha plena ciência disso e acredito que as pessoas também não, porque mais de uma vez eu já ouvi que era só usar camisinha que tava suave... Mas uma coisa que eu tinha na mente era que eu só ia transmitir para alguém se eu tivesse em crise né, tivesse ou com a bolha ou com a ferida... aí quando eu tinha crise, além de ser desconfortável né, eu não tinha contato íntimo com ninguém até a crise passar...”

			<p>“Teve uma época que eu achava que tinha gonorreia, porque a gente tem uma educação sexual bosta e não sabe que muco cervical é um negócio natural né, e aí eu achava que eu tinha um corrimento eterno e que eu tinha gonorreia, sabe... Por muito tempo achei isso, tipo, você não tem sintoma nenhum e acha que tem...”</p> <p>“... quando entrei na USP, todo ano assim tem uma palestra sobre DSTs, só que é aquelas palestras tipo, insuportáveis, que você só quer... e, meu, você tem 17 anos, acabou de entrar na faculdade, vai assistir uma palestra sobre isso, é pedir para todo mundo dormir.. Eu lembro que teve isso, mas não lembro de nenhuma informação que eu tenha assimilado nesse dia..”</p>
	Lógicas de proteção	Relato sobre o preservativo como meio para prevenir a gravidez sendo substituído pelo uso de anticoncepcional e reflexões sobre o uso atual de preservativo considerando que não há utilização de outros métodos contraceptivos.	<p>“Na verdade acho esse negócio com o preservativo, antes de eu ter o diagnóstico de herpes eu tomava anticoncepcional né, e o preservativo ele existia para não engravidar, não era um negócio que eu pensava em doença, apesar de eu ter a paranóia, você nunca acha que é um negócio que tá perto de você, nunca vai chegar em você e aí eu era muito relapsa com isso, achava que tomava anticoncepcional e tava tudo bem... que eu não ia ter filhos e que o problema era esse.”</p> <p>“Aí depois foi quando eu comecei a ficar mais preocupada com isso e passei a usar sempre, só que esse sempre assim né, só para penetração, que é o padrão né, que todo mundo faz...Aí eu penso, será que tô usando camisinha por causa de doença ou para não engravidar? Porque agora eu não tomo anticoncepcional e nem uso DIU né, então, é obrigatório...”</p>
	Questão de gênero	Relato de relacionamento sério na adolescência (13 anos) com um rapaz de 18 anos, caracterizando um relacionamento abusivo, com relatos de violência psicológica (controlava toda rotina, não deixava ver amigos e	<p>“Ah, não, era só porque era uma pessoa zoada assim e que obrigava as coisas acontecerem sem preservativo, aí eu ficava muito paranóica, até porque era uma pessoa que eu percebia que mentia muito, sabe? E aí, só que a primeira vez que fui fazer um teste de HIV foi em 2016 só, final de 2015 na verdade... fiquei todo esse tempo convivendo com essa paranoia, tanto que</p>

		<p>familiares) e violência sexual (relações forçadas e não podia escolher usar preservativo).</p>	<p>a primeira vez que fiz foi numa testagem rápida lá na USP e no dia anterior eu tive uma crise de ansiedade tão absurda, de não conseguir dormir, sabe? Por saber que no dia seguinte eu ia fazer o exame, sabe? Se não tivesse um amigo meu comigo, acho que eu nem teria conseguido ir, sabe?”</p> <p>“Sim, assim, era um negócio muito mecânico, sabe? Porque não era um negócio que... mano, que eu sabia o que eu tava fazendo porque... e nunca era um negócio que eu tava realmente confortável assim, que eu tinha que guardar meu dinheiro do lanche da escola para pagar o passe de ônibus, meu e dele, para ir na casa dele para transar, sabe? Tipo, todo final de semana... e tipo, era... ah, era uma obrigação assim, sabe... não era um negócio tipo, ah, uma coisa que você tá assim compartilhando com uma pessoa que você gosta, sabe?”</p> <p>“E aí que, ah mano, a gente começou a conversar, daí a gente começou a namorar, um bagulho aleatório assim, só que mano, era uma diferença de idade considerável assim, porque com 13 anos você tá vivendo um negócio na sua vida e com 18 já é uma vibe totalmente diferente né, tipo, na adolescência assim, cada ano que passa parece que muda totalmente né, o pensamento assim... e aí que tinha uma pressão muito grande assim para transar, sabe? Que é uma coisa que, mano, com 13 anos, apesar de já ter um certo desenvolvimento assim da sexualidade, tipo, de ter um interesse né, de ter contato assim com outras pessoas, meu com 18 você tem isso muito mais desenvolvido né, e aí, ah, enfim, era um negócio assim sempre essa coisa da pressão e ser um negócio forçado e isso durou, tipo, muito tempo e era uma pessoa que controlada totalmente assim minha vida, sabe? Não deixava eu ver minha mãe, que eu morava com meus avós né, minha mãe morava em outra casa, tipo, não deixava eu ver minha mãe se ele não tivesse junto, tipo, fez eu me afastar de todos os meus amigos...”</p>
--	--	---	--



## PARTICIPANTE 7

Relação com o objetivo (categoria temática estrutural)	Núcleo de sentido inicial (subcategorias)	Descrição do trecho (notação)	Trecho literal
Investigar como se deu o cuidado em saúde relativo a IST	Cuidado em saúde	Relato de percepção de sintomas (manchas vermelhas e coceira) e busca por informações de maneira online, chegando ao diagnóstico indicado.	<p>"Começou a coçar e deu umas manchinhas vermelhas, e aí eu falei com a minha ex-namorada e ela tava também, aí a gente chegou na conclusão via internet."</p> <p>"Ah, foi tranquilo, porque era minha parceira fixa, eu vi que era muito comum e é só passar uma pomadinha..."</p>
	Orientações/Educação em Saúde	Relato de busca por orientação de um profissional da saúde (farmacêutico), referindo tranquilidade a respeito do agravo por ser considerado "comum".	<p>"A orientação na verdade foi de um farmacêutico, explicou que era uma pomadinha, passar tantos dias e é isso aí. Foi tranquilo, passou rápido..."</p> <p>"Eu lembro dele falando que era super comum, não sei o que, mina que esquece de enxugar tem e é só passar isso aqui, é tranquilo."</p>
Investigar como a pessoa lida com o sigilo (ou não) a respeito da própria condição	Acolhimento e rede de apoio	Relato de não ter compartilhado na época, mas indica não ser por vergonha. Atualmente, quando o assunto é pauta, não sente problema em expor que já teve, nesses casos, os colegas reagem bem por ser um agravo considerado "comum" e troca de experiências.	<p>"Acho que na época não [contei], não é uma coisa que eu tenho vergonha, mas 'ah, e aí, parça, tô com candidíase?'"</p> <p>"Se o assunto do momento for esse, eu não tenho problema nenhum em mencionar..."</p> <p>"Por ser uma doença comum, ninguém se espanta, geralmente comentam: ah, tal pessoa também teve, eu já tive e tal..."</p>
Aspectos sociais e culturais fragilizadores do cuidado e prevenção em relação às ISTs	Lógicas de proteção	Relato de nunca ter tido relações sexuais sem preservativo antes de namorar a parceira na época e ter realizado teste rápido para que pudessem começar a ter relações sem o preservativo, motivados por um suposto aumento do prazer (pelo não uso do preservativo), pela confiança um no outro e	<p>"Sim, eu nunca tinha transado sem camisinha, né, e aí quando eu comecei a namorar a gente começou a ficar mais íntimo nesse tipo, aí antes de a gente começar a transar sem camisinha a gente fez teste, na verdade, eu fiz teste, ela não..."</p> <p>"[decidimos não usar camisinha no relacionamento] Pelo prazer e ela tomava anticoncepcional há muito tempo, então, o medo de filhos reduziu drasticamente e como a gente</p>

		pelo fato da parceira fazer uso de anticoncepcional, o que soluciona a questão do medo de ter filhos.	tava parceiro fixo o medo de DST também, a gente confiava um no outro de que não ia ter uma traição e, portanto, não ia ter uma doença externa vindo aí."
	Questão de gênero	Relato de a parceira não ter realizado a testagem rápida por medo de os profissionais da saúde do posto contarem aos pais dela sobre o exame. Conta também que a parceira deixou de contar na época que já havia feito relações sexuais desprotegidas, correndo mais risco de ser transmissora de algum agravo.	"[sobre o teste rápido]... e aí... ela era muito criança, tipo, a brisa era que ela tinha medo, tipo, que você só pode ir no postinho perto da sua casa, né? E aí para ir no postinho fazer os exame rápido ela tinha medo que ela ia lá e iam falar para os pais dela, uma coisa assim... eu fiz e ela tinha acabado de perder a virgindade praticamente, mas só muito tempo depois ela veio falar que também já tinha transado sem camisinha rapidinho, então, ela podia de fato ter. Foi irresponsabilidade dela..."
	Desejo e proteção	Relato sobre a influência do uso do álcool na tomada de decisão, como facilitador da relação sexual desprotegida.	"Eu sempre uso [camisinha], só quando eu tô muito muito muito bêbado, aconteceu uma vez, mas aí, nossa, fica aquele medo ali por 1 mês, até dar o período de poder fazer o teste e descobrir que nada né, mas é só quando envolve álcool."  "Com certeza [o álcool influencia], porque a vontade é fazer sem né, mas a razão fala para gente não fazer, mas aí quando a gente tá com a razão alterada... é isso..."
	Impacto na vida	Relato sobre o impacto da condição nos cuidados em geral, trazendo que o fato de ter tido algo considerado mais leve trouxe a reflexão sobre a possibilidade de ter algo considerado grave, concluindo que ter tido os agravo influenciou nas suas formas de cuidado.	"Ter tido mostra que existe, que não é uma imagem que tem ali no computador, mostra que é possível e acontece com a gente, com qualquer pessoa e que pode acontecer, ali como eu tive a candidíase, poderia ter sido outra coisa, e aí faz com que tenha seu certo cuidado né..."