

Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e ao HIV: construção e validação de marcadores*

ASSESSING THE VULNERABILITY OF WOMEN TO SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES STDS/ HIV: CONSTRUCTION AND VALIDATION OF MARKERS

EVALUACIÓN DE LA VULNERABILIDAD DE MUJERES A LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL - ETS/VIH: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE MARCADORES

Mônica Cecilia De la Torre Ugarte Guanilo¹, Renata Ferreira Takahashi², Maria Rita Bertolozzi²

RESUMO

Objetivo: Construir e validar marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, tendo em vista a relevância das DST/HIV. **Método:** Estudo metodológico desenvolvido em três etapas: 1) revisão sistemática e identificação de elementos de vulnerabilidade na produção científica; 2) seleção dos elementos de vulnerabilidade e elaboração de marcadores; 3) constituição de grupo de especialistas e validação dos marcadores (Validade de Conteúdo). **Resultados:** Foram validados cinco marcadores: Não abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV; Não percepção da vulnerabilidade às DST/HIV; Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV; Não reconhecimento de si próprio como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos; Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV. Cada marcador contém três a onze componentes. **Conclusão:** A construção de tais marcadores configura um instrumento, apresentado em outra publicação, que pode contribuir para apoiar a captação de vulnerabilidades de mulheres em relação às DST/HIV, no âmbito dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Os marcadores constituem importante ferramenta para operacionalizar o conceito de vulnerabilidade na Atenção Básica à Saúde e promover processos de trabalho inter/multidisciplinares e inter/multisetoriais.

DESCRITORES

Mulheres
Vulnerabilidade em saúde
Doenças sexualmente transmissíveis
HIV
Síndrome da imunodeficiência adquirida
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

Objective: To construct and validate markers of vulnerability of women to STDs/HIV, taking into consideration the importance of STDs/HIV. **Method:** Methodological study carried out in three stages: 1) systematic review and identification of elements of vulnerability in the scientific production; 2) selection of elements of vulnerability, and development of markers; 3) establishment of the expert group and validation of the markers (content validity). **Results:** Five markers were validated: no openness in the relationship to discuss aspects related to prevention of STDs/HIV; no perception of vulnerability to STDs/HIV; disregard of vulnerability to STDs/ HIV; not recognizing herself as the subject of sexual and reproductive rights; actions of health professionals that limit women's access to prevention of STDs/HIV. Each marker contains three to eleven components. **Conclusion:** The construction of such markers constituted an instrument, presented in another publication, which can contribute to support the identification of vulnerabilities of women in relation to STDs/HIV in the context of primary health care services. The markers constitute an important tool for the operationalization of the concept of vulnerability in primary health care and to promote inter/multidisciplinary and inter/multi-sectoral work processes.

DESCRIPTORS

Women
Health vulnerability
Sexually transmitted diseases
HIV
Acquired immunodeficiency syndrome
Nursing in public health

RESUMEN

Objetivo: Construir y validar marcadores de vulnerabilidad de mujeres a las ETS/VIH. **Método:** Estudio de desarrollo metodológico realizado en tres etapas: 1) revisión sistemática e identificación de elementos de vulnerabilidad; 2) selección de los elementos de vulnerabilidad y elaboración de; 3) constitución de grupo de especialistas y validación de marcadores (Validación de Contenido). **Resultados:** Se validó cinco marcadores: No abertura en la relación para discutir aspectos relacionados a prevenir las ETS/VIH; No percepción de la vulnerabilidad a las ETS/VIH; Desconsideración de la vulnerabilidad a las ETS/VIH; No reconocerse como sujeto de derechos sexuales y reproductivos; Acciones de los profesionales de salud que limitan el acceso a la prevención. Cada marcador estuvo conformado por tres a once componentes. **Conclusión:** La construcción de tales marcadores constituye un instrumento, presentado en otro artículo, el cual puede ayudar a apoyar la captura de vulnerabilidades de las mujeres en relación a las ETS/VIH en el contexto de los servicios de Atención Primaria de Salud. Los marcadores constituyen importante herramienta para operacionalizar el concepto de vulnerabilidad en la Atención Primaria. Además, promueven procesos de trabajo inter e multidisciplinar e inter e multisectorial. La propuesta de un instrumento basado en dichos marcadores puede apoyar la captura de la vulnerabilidad de las mujeres en relación a las ETS/VIH.

DESCRIPTORES

Mujeres
Vulnerabilidad en salud
Enfermedades de transmisión sexual
VIH
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
Enfermería en salud pública

*Extraído da tese "Construção e validação de marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na atenção básica à saúde", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012. ¹Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ² Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as interpretações sobre a transmissão do *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e os grupos sociais mais afetados sofreram modificações face à evidência de que a epidemia atinge indiscriminadamente qualquer grupo social, havendo maior acometimento quando as vulnerabilidades individual, social ou programática sobrepujam-se. A feminização da enfermidade, entendida como a proporção crescente de casos novos de aids notificados neste segmento⁽¹⁾, é evidência que tem sido cada vez mais encontrada no perfil epidemiológico e é produto da sobreposição de tais dimensões, além de outros processos relacionados à sexualidade e à perspectiva de gênero, que ainda que fundamentalmente importantes, não serão aqui abordados. A feminização é observada na evolução da razão masculino/feminino (razão M/F) de casos novos de aids, que no País passou de 39 em 1983, para 1,7 em 2013⁽²⁾.

Com o intuito de fortalecer as ações de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV, desde 2002, as Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS, dirigidas às mulheres e, posteriormente, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, estabeleceram que a análise e prevenção da epidemia do HIV/AIDS na população feminina deve ser pensada a partir do conceito de vulnerabilidade^(1,3-5). Contudo, ainda são apontadas limitações nas intervenções, como a prevalência da noção de *grupos e comportamentos de risco*, que objetivam mudar o comportamento das pessoas por meio do repasse de informações de caráter prescritivo, autoritário, diretivo e pontual^(4,6-9).

Tal situação motivou a necessidade de utilizar elementos que, neste presente estudo, são denominados marcadores, que podem apoiar a identificação de vulnerabilidades, com a finalidade de nortear as ações de intervenção. Indicadores disponíveis no Brasil no âmbito das DST/HIV, como o MONITORAIDS⁽¹⁰⁾ e o Painel Paulista de Indicadores de Aids⁽¹¹⁾, apesar de sua importância, têm restrita sensibilidade para identificar contextos de vulnerabilidade, pois não integram questões importantes, como: a capacidade das mulheres na tomada de decisões relacionadas à sua saúde sexual; as possibilidades efetivas de acessar, portar ou negociar o uso do preservativo; as habilidades para abordar temas de DST junto ao parceiro, entre outras.

Com a finalidade de contribuir para a identificação de tais contextos de vulnerabilidade, este artigo tem como objetivo apresentar o processo de construção e validação de marcadores de vulnerabilidade de mulheres brasileiras às DST/HIV. Considera-se que tais marcadores possuem potencial de aplicação no âmbito de unidades básicas de saúde, espaço prioritário de atuação das equipes que integram a Atenção Básica à Saúde (ABS).

MÉTODO

Neste estudo de desenvolvimento metodológico⁽¹²⁾ foram construídos e validados marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV. O conceito de vulnerabilidade, proposto por Ayres et al.⁽⁶⁾, os quais partiram da proposta de Mann e Tarantola⁽¹³⁾, constituiu o referencial teórico. Esses autores atribuem a infecção pelo HIV e o adoecimento pela aids a aspectos sociais, ao compromisso político dos governantes e de instituições sociais, além dos aspectos próprios relativos às pessoas.

A construção dos marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV constou de três etapas.

Primeira etapa - revisão sistemática e identificação de elementos de vulnerabilidade: abrangeu a ampliação da revisão sistemática realizada em estudo anterior no período de período de 1996 a 2007⁽¹⁴⁾, para 2008 a 2012. Para tanto, foram utilizadas as mesmas fontes de dados: CINAHL, PubMed, OVID, Web of Science, LILACS, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da CAPES e Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo. A pergunta norteadora foi: Quais os elementos considerados na caracterização e análise da vulnerabilidade de mulheres brasileiras ao HIV?

Foram incluídos estudos qualitativos: a) publicados em inglês, português ou espanhol; b) realizados com adultos (18-44 anos) do sexo masculino e/ou feminino, com resultados apresentados separadamente sobre a vulnerabilidade de mulheres soropositivas ou soronegativas para o HIV, de qualquer raça, etnia ou classe social, heterossexuais, não privadas da liberdade, não usuárias de drogas e não trabalhadoras sexuais e c) procedentes de teses de livre-docência, de doutorado, dissertações de mestrado e artigos. Cada estudo foi avaliado por dois pesquisadores, de forma independente, considerando-se o rigor metodológico, a credibilidade e a relevância. Para tal, utilizou-se uma adaptação do instrumento fornecido pelo *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) para estudos qualitativos. Esse instrumento, composto por nove itens, permitiu classificar os estudos como de boa qualidade, com menor risco de viés metodológico (satisfação para seis a nove itens, que constituiu o Grupo A) ou de regular qualidade, com maior risco de viés (satisfação para cinco ou menos itens: que constituiu o Grupo B)⁽¹⁵⁾.

Os dados foram registrados em uma Ficha Resumo, constituída por: tipo de publicação, afiliação do primeiro autor, localização geográfica da realização do estudo, idioma, objetivos, características da população e resultados. A partir desses dados, foram identificados os elementos de vulnerabilidade, revistos em conjunto pelos membros do Grupo de Pesquisa *Vulnerabilidades, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva* da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, cadastrado no Diretório de Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Brasil, visando corrigir erros na análise e ajustar a denominação dos

elementos de vulnerabilidade, buscando assegurar a validade interpretativa* deste procedimento. Ainda, acrescentaram-se os elementos de vulnerabilidade extraídos do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST do Estado de São Paulo.

Segunda etapa - seleção dos elementos de vulnerabilidade e elaboração dos marcadores: após a identificação dos elementos de vulnerabilidade procedeu-se à seleção daqueles com potencial para operacionalização na ABS, visando facilitar a captura das vulnerabilidades de mulheres, pelos profissionais de saúde, no cotidiano da assistência à saúde. Os elementos de vulnerabilidade selecionados foram agrupados por semelhança, atribuindo-se o termo *marcador* ao elemento central do tema extraído e *componentes do marcador* aos elementos que o constituíram. Realizou-se uma primeira avaliação dos componentes do marcador seguindo os critérios: 1) passíveis de mensuração prospectiva; 2) relevância na objetivação da vulnerabilidade feminina às DST/HIV e, 3) passível de ser utilizado pelos profissionais de saúde na ABS⁽¹⁶⁾. Para cada marcador, elaboraram-se instrumentos para viabilizar sua construção: Manual Operacional (MO), Planilha de Avaliação (PA) e Instrumento para registro do julgamento dos Especialistas na Validação de Conteúdo dos Marcadores.

Terceira etapa - constituição do grupo de especialistas e validação dos marcadores: o número de especialistas recomendado pela literatura, para constituir o grupo, varia entre dois a dez⁽¹⁷⁾ e entre oito a 140⁽¹⁸⁾. Há autores que consideram que esse número depende do fenômeno de estudo e dos critérios para selecioná-los⁽¹⁹⁾, assim como da experiência e qualificação dos especialistas na análise do tema proposto⁽²⁰⁾. No presente estudo, a seleção dos especialistas foi determinada pelo grau de conhecimento sobre o conceito de vulnerabilidade, o campo da promoção da saúde, a construção de indicadores e experiência na avaliação de práticas de prevenção em DST/HIV.

Utilizou-se a técnica de Validação de Conteúdo e, para tanto, os especialistas emitiram juízo sobre os marcadores. Tal procedimento foi realizado em três fases. **1ª Fase** – envio aos especialistas, por correio regular, do MO, da PA dos marcadores e do instrumento para registro do julgamento. **2ª Fase** - oficina com os especialistas e membros do Grupo de Pesquisa Vulnerabilidade, Adesão e Necessidades em Saúde Coletiva, para discutir as mudanças sugeridas pelos especialistas, em relação ao MO e à PA. Com a prévia autorização dos especialistas, a discussão foi gravada. **3ª Fase** - os especialistas receberam, pelo correio, o MO e a PA, junto com o instrumento contendo o registro do novo julgamento.

Assim, os especialistas procederam ao que se segue:

a) Em relação ao *Manual Operacional*: responderam, concordando ou discordando (Sim ou Não), às

perguntas: 1) O objetivo do marcador é claro, no sentido de entender o quê o indicador mensura e sua importância na prevenção das DST/HIV na população feminina?; 2) As fontes de informações possibilitam a aplicação do marcador, são suficientes, acessíveis e sem custo? 3) Os critérios para avaliar os dados obtidos sobre o componente são claros e não possibilitam diferentes interpretações?

b) Em relação ao *conjunto dos componentes de cada marcador*: avaliaram seus atributos, visando identificar se eram Atribuíveis (ou seja, se refletem a vulnerabilidade às DST/HIV), Acessíveis (as informações podem ser acessadas e sem custo), Comunicáveis (a relevância da medida pode ser compreendida), Precisos (medem o que se pretende medir) e Exequíveis (a medida é aplicável). Para o julgamento utilizou-se a escala psicométrica: não contempla o atributo (1); contempla o atributo, mas requer revisão (2) e, contempla o atributo(3).

c) Em relação aos *atributos de cada componente do marcador*: avaliaram os atributos: Simplicidade (expressa uma única ideia), Clareza (utiliza frases com expressões simples), Precisão (cada componente é distinto dos demais componentes do marcador).

c) Em relação à *avaliação da relevância de cada componente do marcador*: definiram se cada componente do marcador era relevante na avaliação da vulnerabilidade de mulheres brasileiras às DST/HIV, com base na seguinte escala psicométrica: (1) não relevante, (2) pouco relevante, (3) relevante e (4) muito relevante. Além disso, registraram sugestões quando o componente não era muito relevante.

Considerou-se que houve consenso quando se obteve 60% de julgamento positivo nas pontuações 2 e/ou 3 para as escalas de 1 a 3 e 3 e/ou 4 para as escalas de 1 a 4. Quando se obteve níveis de consenso inferiores a 60%, consideraram-se as observações levantadas pelos especialistas para seu reajuste. O nível de consenso adotado é apoiado pela literatura, uma vez que são recomendados níveis que variam entre 50 a 90%⁽²⁰⁻²²⁾. Estudos brasileiros definem nível de consenso mínimo de 75%⁽²³⁻²⁴⁾, assim como há autores que afirmam que o nível de consenso é arbitrário e proposto pelos pesquisadores⁽¹⁸⁾.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº 1020/2011/CEP-EEUSP) e da Coordenadoria Regional de Saúde Centro Oeste da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo (Parecer nº 028/12-CEP/SMS, CAAE: 026.0.196.000-11). Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e finalidade da pesquisa, assim como o caráter voluntário de sua participação, em conformidade à Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Após tomarem ciência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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

RESULTADOS

Na primeira etapa do estudo, conforme a Figura 1, dos 920 estudos identificados em ambas as revisões sistemáticas, foram selecionados 16 estudos, sendo seis artigos, oito dissertações e duas teses, em sua maioria realizados por enfermeiros (seis) e psicólogos (cinco). Todos foram classificados no Grupo A, segundo o CASP.

Os estudos trouxeram à luz elementos da vulnerabilidade de mulheres ao HIV na dimensão individual, social e programática, a partir da perspectiva de 137 mulheres brasileiras, quatro coordenadores de DST, 63 enfermeiras e 50 médicos. Os estudos que analisaram a vulnerabilidade na perspectiva de mulheres corresponderam a 75% (12 estudos), sendo que seis foram desenvolvidos com soropositivas ao HIV.

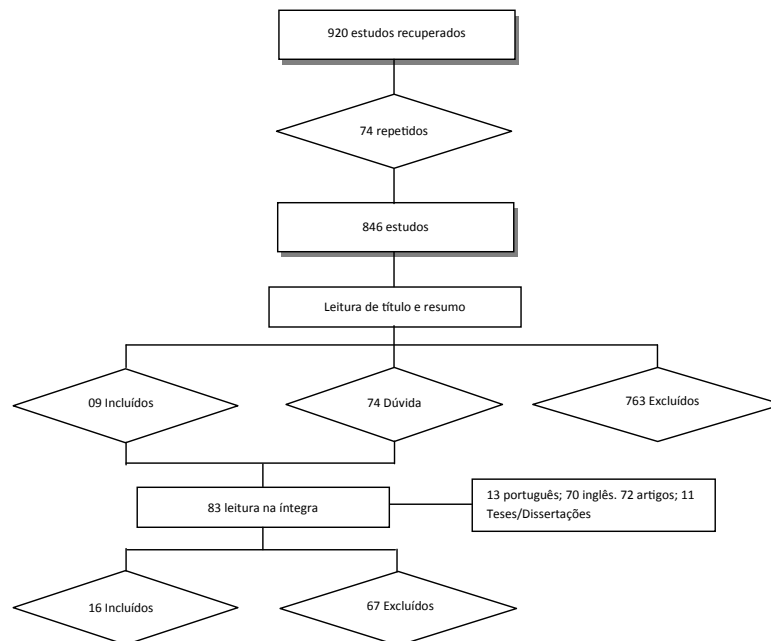


Figura 1 - Processo de inclusão e exclusão de estudos, segundo leitura de título, resumo, ou leitura na íntegra - São Paulo, 2011.

Os estudos foram agrupados considerando-se o ano de publicação, quando não se identificou o ano em que a pesquisa foi desenvolvida, dado o interesse de relacionar os elementos de vulnerabilidade às características temporais da epidemia. Quando o estudo foi desenvolvido no decorrer de um período, considerou-se o ano de

início da pesquisa. Desta maneira, dos três grupos que integraram os estudos: 1996-2000, 2001-2005 e 2006-2011, o último concentrou 50%, com maior proporção de estudos desenvolvidos no Estado do Rio de Janeiro (3), seguido do Piauí (2), São Paulo e Paraná, com um estudo cada (Quadro 1).

Quadro 1 - Estudos incluídos na construção dos Marcadores de vulnerabilidade de mulheres brasileiras às DST/HIV, segundo período de desenvolvimento da pesquisa ou publicação - São Paulo, 2011

Estudos	Período		
	1	2	3
1. Alves RN, Kovacs MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. Rev Saúde Pública. 2002;36(4 Supl):32-9.	x		
2. Betini G. Da informação em saúde ao servidor como informação [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997.	x		
3. Carvalhaes FF. Subjetividade e aids: a experiência da doença e da militância na trajetória de vida de mulheres HIV+ vista sob a perspectiva dos estudos de gênero [dissertação]. Assis: Faculdade de Letras e Ciências de Assis, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2008.			x
4. Souza MCP, Santo ACGE, Motta SKA. Gender, Women's Vulnerability to HIV/Aids and Preventive Actions at a Neighborhood on the Periphery of Teresina, Piaui, Brazil. 2008. Saúde Soc. 2008;17(2):58-68.			x
5. Geraldés SM. Bemmalmesquer: análise da vulnerabilidade feminina à contaminação por HIV no Brasil e no México [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Filosofia Letras Ciências e Humanas, Universidade de São Paulo; 1998.	x		
6. Maliska ICA, Souza MIC, Silva DMG. Sexual practices and the use of condom among women with HIV/Aids. Ciênc Cuidado Saúde. 2007;6(4):471-8.		x	
7. Neves FRA. O aconselhamento para realização da sorologia a anti-HIV em gestantes: factibilidades e utopias [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.		x	

Continua...

Estudos	Período		
	1	2	3
8. Paiva MS. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000	x		
9. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. Rev Saúde Pública. 2006;40 Suppl:109-19.			x
10. Pereira FCQ. Diretrizes político institucionais do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS do município de Marília sob a perspectiva do conceito de vulnerabilidade [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.			x
11. Bellenzani R. Sexualidade entre jovens das comunidades anfitriãs de turismo: desafios para a prevenção das DST/HIV e o programa saúde da família [dissertação]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2008.			x
12. Saldanha AAW. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências, Letras e Humanas, Universidade de São Paulo; 2003	x		
13. Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(2):401-6.			x
14. Silva CM. A percepção de mulheres, em relacionamento estável, quanto à vulnerabilidade para contrair DST/aids [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado de Rio de Janeiro; 2008.			x
15. Sousa JHM, Paiva MS. Vulnerabilidade de jovens frente a infecção pelo HIV e as representações sociais da AIDS. Rev Baiana Enferm. 2002;17(3):55-64	x		
16. Sousa MCP. Questão de gênero nas ações de prevenção do HIV/AIDS em mulheres, desenvolvidas pela equipe de saúde da família no município de Teresina – PI [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2007.			x

Legenda - 1: período 1996-2000; 2: período 2001-2005; 3: período 2006-2011

Na segunda etapa do estudo, selecionaram-se os elementos de vulnerabilidade operacionalizáveis na ABS, os quais deram lugar à conformação de quatro marcadores que refletiam como as normas sociais e a gestão da saúde influenciam a vulnerabilidade das mulheres. Elaborou-se um MO para cada marcador com os itens: nome do marcador e código de identificação (M1, M2, M3, M4); importância do marcador; tipo de marcador (vulnerabilidade individual, social ou programático); fontes de informação para a coleta dos dados e, critérios de avaliação. A PA de cada marcador continha os itens: nome do marcador; componentes do marcador; critérios para avaliação: Presente (P), Não presente (NP) ou Não se aplica (NA) no

contexto social das mulheres e, Observações do profissional que aplica o instrumento.

O grupo de especialistas que participou da terceira etapa do estudo foi constituído por cinco enfermeiras e um médico. Não obstante, na 2ª fase da validação, uma enfermeira teve limitações profissionais que a impediram de participar. Os especialistas sugeriram: exclusão de alguns marcadores, inclusão de novos marcadores e componentes, realocação de componentes em outros marcadores e o aprimoramento da redação, para torná-la mais clara.

A versão final dos marcadores de vulnerabilidade, após o processo de validação, é a apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 – Marcadores de vulnerabilidade após o processo de validação – São Paulo, 2011

Marcador 1	Não abertura no relacionamento para discutir aspectos relacionados à prevenção das DST/HIV			
	P	A	NA	Observações
Componentes				
A mulher sente dificuldade para iniciar conversa sobre a transmissão e prevenção das DST/HIV				
A mulher sente dificuldade em propor o uso do preservativo masculino ou feminino				
A mulher manifesta preconceito em relação às mulheres que portam preservativo cotidianamente				
Marcador 2	Não percepção da vulnerabilidade às DST/HIV			
Componentes	P	A	NA	Observações
A mulher desconhece se o parceiro/companheiro é portador de DST/HIV				
A mulher desconsidera o uso do preservativo, embora tenha tido experiências anteriores de DST				
A mulher desconhece ou não tem conhecimento adequado sobre transmissão e prevenção das DST/HIV				
A mulher associa DST/HIV aos grupos de risco e, proteção, aos relacionamentos estáveis				
A mulher não se sente vulnerável às DST/HIV				
A mulher não tem acesso ao preservativo masculino ou feminino e, mesmo assim, tem relação sexual				
Desconhecimento ou incerteza quanto aos serviços que oferecem aconselhamento para a prevenção das DST/HIV, quanto à realização do teste anti-HIV na UBS, ou quanto a encaminhamentos da UBS para Centro de Testagem e Aconselhamento-CTA (3NC)				
A mulher sabe que o companheiro tem múltiplas parceiras				
A mulher sabe que o companheiro é soropositivo ao HIV				

Continua...

...Continuação

Marcador 3		Desconsideração da vulnerabilidade às DST/HIV		
Componentes	P	A	NA	Observações
O parceiro nega-se a usar preservativo com qualquer justificativa				
A mulher considera natural o fato do companheiro ter múltiplas parceiras				
A desconsideração do uso do preservativo pela mulher, por desejo de engravidar, não é objeto de atenção por parte do serviço de saúde				
A mulher se submete(eu) a relacionamento sexual desprotegido com parceiro desconhecido por dependência econômica do parceiro				
Marcador 4		Não reconhecimento de si mesma como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos		
Componentes	P	A	NA	Observações
A mulher sente dificuldades em manifestar suas necessidades de atenção e afeto ao companheiro				
A mulher não encontra satisfação na relação com o parceiro				
A responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva recai sobre a mulher				
Marcador 5		Ações dos profissionais de saúde que limitam o acesso das mulheres à prevenção das DST/HIV		
Componentes	P	A	NA	Observações
As ações de prevenção dirigidas à população em geral são realizadas esporadicamente (em determinadas ocasiões como: carnaval, dia internacional da aids), sem longitudinalidade no cuidado				
O serviço de saúde não está aberto diariamente à população				
Ações de prevenção de DST/HIV não são incorporadas transversalmente nas práticas de saúde				
O aconselhamento pré e pós-teste anti-hiv não é realizado pelos profissionais da saúde				
A população masculina é excluída das ações de prevenção				
As ações de prevenção não são avaliadas				
Ações de prevenção estão mais voltadas para as mulheres de determinados grupos				
Os profissionais de saúde desconhecem o perfil epidemiológico de DST/HIV de seu território de atuação, limitando o planejamento das ações de prevenção				
Os profissionais de saúde desconhecem contextos locais de vulnerabilidade das mulheres às DST/HIV, como índices de agressão física, psicológica, outras DST/HIV				
Comunicação limitada, nos Conselhos Gestores, sobre as vulnerabilidades das mulheres às DST/HIV				
As ações de prevenção não são multi/intersectoriais e multi/interdisciplinares				

Legenda: P: presente; A: ausente; NA: não aplicável

DISCUSSÃO

Este estudo visou construir e validar marcadores de vulnerabilidade de mulheres brasileiras às DST/HIV, no âmbito da ABS. Para garantir a validade de conteúdo na construção dos marcadores, isto é, garantir que representem adequadamente o conceito/conteúdo que se pretende medir, neste caso a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, recomenda-se analisar sistematicamente sua área de abrangência, a fim de assegurar que os aspectos fundamentais sejam adequadamente abordados⁽²⁵⁾. Nesse sentido, a revisão sistemática realizada para subsidiar a construção dos marcadores foi considerada uma fortaleza para garantir a validade de seu conteúdo.

O fato de todos os estudos serem classificados no Grupo A, segundo o CASP, pode ser reflexo das exigências que os editores das revistas consideram para aceitar artigos e, ainda, pelo fato de terem sido incluídas dissertações de mestrado e teses de doutorado, que fornecem informações detalhadas sobre a metodologia e resultados da pesquisa desenvolvida.

A proporção cada vez maior de estudos acompanha o desenvolvimento da epidemia na população feminina e as

ações propostas para seu enfrentamento. Com relação ao desenvolvimento da epidemia, dados brasileiros mostram aumento progressivo da taxa de detecção de aids em mulheres de 8,4/100.00 hab. para 12,0/100.00hab., no primeiro período de 1996 a 2000. No segundo período, de 2001 a 2005, a taxa aumentou de 12,6/100.00hab. para 15,3/100.00 hab. E, no último período, de 2006 a 2011, a taxa aumentou de 14,7/100.00 hab. para 15,2/100.00 hab.⁽²⁾. O último período coincide com a implementação, em 2007, do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, que concretiza a institucionalização do uso do conceito de vulnerabilidade como instrumento norteador para a análise e planejamento das ações de prevenção na população feminina brasileira⁽⁴⁾. Isto pode ter motivado mais pesquisadores a desvendar aspectos de vulnerabilidade de mulheres ao HIV, dado o avanço da epidemia nesse grupo.

Em sua maioria, os estudos foram desenvolvidos por enfermeiros e psicólogos, o que pode indicar maior envolvimento desses profissionais na investigação sobre a temática, mas também indica a necessidade de envolver profissionais de outras áreas, de forma a aprofundar o conhecimento sobre os elementos da vulnerabilidade e aprimorar as ações de prevenção, uma vez que se considera

que a abordagem multidisciplinar é uma importante estratégia para superar as ações centradas na racionalidade clínica. Cabe ressaltar que, em revisão sistemática desenvolvida com estudos sobre a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, de diversos países, identificou-se o envolvimento de profissionais do campo da Sociologia, Economia, Antropologia, Política e Economia em Saúde⁽¹⁴⁾.

A inclusão, tanto de estudos desenvolvidos com mulheres soropositivas ao HIV, quanto com mulheres soronegativas, foi estratégia que fortaleceu a construção dos marcadores de vulnerabilidade, pois os elementos de vulnerabilidade foram reconhecidos como determinantes do aumento da vulnerabilidade das mulheres soronegativas ao HIV e da infecção, no caso das mulheres soropositivas ao HIV.

A apresentação dos marcadores tem a finalidade de sensibilizar e envolver o profissional de saúde da ABS no planejamento de ações de prevenção não limitadas ao repasse de informações, mas aos espaços de troca que favoreçam discussões sobre conhecimentos, crenças e valores. Ainda, visa trazer à luz a necessidade de incorporar ações de prevenção de caráter inter/multidisciplinar e inter/multisetorial, uma vez que a forma como a mulher vive sua sexualidade está relacionada aos seus modos de viver que, por sua vez, dizem respeito ao contexto social onde se insere. O caráter inter/multidisciplinar e inter/multisetorial das ações e o espaço de troca junto às mulheres podem facilitar a identificação de meios convenientes à construção de respostas perante a vulnerabilidade⁽⁶⁾.

Sabe-se que tanto os profissionais de saúde quanto a população apresentam dificuldades em abordar aspectos relacionados à saúde sexual, por ser tema marcado por preconceitos e tabus^(9,26). Nesse sentido, os marcadores de vulnerabilidade podem ser considerados como tecnologias leves importantes, ao possibilitar o levantamento de informação a esse respeito, proporcionando espaços de troca e de planejamento de ações visando à superação das vulnerabilidades.

A validade de conteúdo utilizada para validar os marcadores verifica sua capacidade ou suficiência para medir aquilo que se propõe, neste caso a vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV^(17-18,21). Contudo, não esgota a avaliação da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV, mesmo porque, além da complexidade da vulnerabilidade, os marcadores precisam ser testados quanto à confiabilidade

interna e externa, ao serem aplicados empiricamente. Segundo a literatura, nem todo instrumento que apresenta confiabilidade tem validade, mas se considera que todo instrumento que tem validade também apresenta confiabilidade⁽²⁷⁾. Cabe destacar que é necessário dar continuidade a seu desenvolvimento, com vistas à *translação* de cada componente dos marcadores em perguntas concretas que possibilitem a captação de informações fundamentais para as intervenções em saúde.

Por fim, é necessário destacar a potência do conceito de vulnerabilidade para a interpretação dos agravos em saúde, pois articula as dimensões relativas ao contexto em que emergem, às políticas e ações instituídas para o seu controle, além dos processos que se efetivam no âmbito mais singular e que se referem à vivência da enfermidade/agravo⁽²⁸⁾.

CONCLUSÃO

A revisão sistemática desenvolvida para a identificação dos elementos da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV permitiu que os marcadores construídos representem aspectos fundamentais de vulnerabilidade que podem ser abordados no âmbito de interesse definido, isto é, na ABS.

O processo de validade de conteúdo permitiu melhor qualificar os componentes dos marcadores de vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV e garantir que os marcadores representem adequadamente o conceito de vulnerabilidade.

Os marcadores validados constituem importante ferramenta para operacionalizar o conceito de vulnerabilidade na ABS, pois permitem caracterizar a vulnerabilidade de mulheres, contribuindo para nortear o planejamento de ações de prevenção pautadas na realidade, que não se limitem ao repasse de informações, mas à troca de saberes, crenças e valores vinculados à forma pela qual a mulher vive sua sexualidade.

Por fim, cabe destacar como um dos limites do estudo o fato de que as revisões sistemáticas somente capturam uma faceta da realidade. Assim, há que se ter o cuidado de não extrapolar os dados para quaisquer populações, uma vez que os grupos sociais guardam especificidade em sua formação e historicidade, especialmente quando se trata de tema que envolve a sexualidade e a perspectiva de gênero.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST: versão revisada. Brasília; 2011.
2. Boletim Epidemiológico DST/Aids. Ministério da Saúde, Brasília. 2013;2(1).
3. Souto CPK, organizadora. Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/AIDS entre Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenadoria do Programa Nacional de DST e Aids; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília; 2007.

5. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. Plano Integrado de enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST: versão revisada. Brasília; 2009.
6. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 354-95.
7. Paiva V, Pupo RL, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. Rev Saúde Pública. 2006;40 Supl:109-19.
8. Ferraz DAS. Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/Aids numa Unidade de Saúde da Família [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.
9. Cirino FMSB. Ações de prevenção ao HIV/aids na Estratégia Saúde da Família sob a ótica da vulnerabilidade programática [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids – MONITORAIDS. Brasília; 2004.
11. São Paulo (estado). Secretaria da Saúde. Painel Paulista de Indicadores de aids [Internet]. São Paulo; 2011 [citado 2012 mar. 14]. Disponível em: <http://ppi aids.crt.saude.sp.gov.br/view/index.php>
12. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. Delineamentos de pesquisa; p.107-40.
13. Mann J, Tarantola DJM. AIDS in the world. New York: Oxford University Press; 1996. Vulnerability: personal and programmatic; p.441-62.
14. De-la-Torre-Ugarte-Guanilo MC. Vulnerabilidade feminina ao HIV: metassíntese [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.
15. The University of Kent. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). 10 Questions to help you make sense of qualitative research [Internet]. England: Public Health Resource Unit; 2006 [cited 2008 June 25]. Available from: http://www.arf-asia.org/resources/ten_question_to_make_sensible_wi-th_research.pdf
16. Lynn MR. Determination and qualification of content validity. Nurs Res. 1986;35(6): 382-5.
17. Westmoreland D, Wesorick B, Hanson D, Wyngarden K. Consensual validation of clinical model practice guidelines. J Nur Care Qual. 2000;14(4):16-27.
18. Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. J Adv Nurs. 1994;19(1):180-8.
19. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.
20. Salmond SW. Orthopaedic nursing research priorities: a Delphi study. Orthop Nurs. 1994;13(2):31-45.
21. Pascuali L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: Pasquali L, organizador. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM/IBAPP; 1999. p. 37-71.
22. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 2006;29(5):489-97.
23. Fernandes MVL. Indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter: construção e validação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
24. Silva CPR. Indicadores para avaliação de programas de controle de infecção hospitalar: construção e validação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
25. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall MN. Improving the quality of health care: research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. BMJ. 2003;326(7393):816-9.
26. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. Metodología de la investigación. México: McGraw Hill; 1996.
27. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília; 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).
28. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryscek ALPL, Araújo NVDAL, Padoveze MC, Ciosak SI, et al. The potential of the concept of vulnerability in understanding transmissible diseases. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2012 June 14];45(n. spe2):1769-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_23.pdf

Agradecimentos

Aos pesquisadores da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e profissionais da Divisão de Epidemiologia do Centro de Referência e Treinamento em DST e AIDS do Estado de São Paulo que contribuíram com sua *expertise* para a validação do estudo.