



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



GABRIELA SILVA ESTEVES DE HOLLANDA

**COMPORTAMENTO SEXUAL DE MULHERES RIBEIRINHAS: UMA ANÁLISE
SOBRE ATITUDES E PRÁTICAS SEXUAIS E FATORES ASSOCIADOS**

JOÃO PESSOA – PB

2021

GABRIELA SILVA ESTEVES DE HOLLANDA

**COMPORTAMENTO SEXUAL DE MULHERES RIBEIRINHAS: UMA ANÁLISE
SOBRE ATITUDES E PRÁTICAS SEXUAIS E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

Projeto de Pesquisa Vinculado: Epidemiologia das Infecções Sexualmente Transmissíveis em Populações Ribeirinhas

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Cristina de Oliveira e Silva

JOÃO PESSOA – PB

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

H734c Hollanda, Gabriela Silva Esteves de.

Comportamento sexual de mulheres ribeirinhas : uma análise sobre atitudes e práticas sexuais e fatores associados / Gabriela Silva Esteves de Hollanda. - João Pessoa, 2021.

102 f. : il.

Orientação: Ana Cristina de Oliveira e Silva.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Mulheres - vida sexual. 2. Saúde - vulnerabilidade.
3. Comportamento sexual. 4. Vida sexual - qualidade. 5.
Estratégias educativas - prevenção. I. Silva, Ana
Cristina de Oliveira e. II. Título.

UFPB/BC

CDU 613.88-055.2(043)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



ATA DA 508ª SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

01 Às 9 horas do dia 01 de 03 de 2020, realizou-se a sessão de defesa de dissertação
02 da discente **GABRIELA SILVA ESTEVES DE HOLLANDA**, regularmente matriculado no curso
03 de **MESTRADO EM ENFERMAGEM** da Universidade Federal da Paraíba, que apresentou a
04 dissertação intitulada **“Comportamento Sexual de Mulheres Ribeirinhas: uma análise sobre**
05 **atitudes e práticas sexuais e fatores associados”**. Compunham a banca examinadora as/os docentes
06 Dra. Ana Cristina de Oliveira e Silva (Orientadora), Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães
07 (Membro Externo - UFPI), Dra. Maria Eliane Moreira Freire (Membro Interno), Dra. Edilene Araújo
08 Monteiro (Membro Externo Suplente - UFPB), Dra. Bárbara Iansã de Lima Barroso (Membro Interno
09 Suplente). Após a exposição do trabalho, o aluno foi submetido à arguição, dispondo cada membro da
10 banca de 20 minutos. Encerrada a sessão pública de apresentação e de defesa do trabalho final, a
11 comissão examinadora, em sessão secreta, deliberou sobre o resultado e atribuiu ao trabalho o
12 conceito aprovada. Nada mais havendo a relatar, a sessão foi encerrada às
13 12:05h horas e eu, Profa. Ana Cristina de Oliveira e Silva, presidi a banca examinadora da
14 defesa da dissertação e lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e
15 pelos demais membros da banca.

João Pessoa, 01 de março de 2020.

MEMBRO	ASSINATURA
ORIENTADOR(A)	
MEMBRO EXTERNO	
MEMBRO INTERNO	
SUPLENTE EXTERNO	
SUPLENTE INTERNO	

Dedico

Às mulheres que vivem em comunidades ribeirinhas, que participaram do estudo, que contribuíram para a construção deste trabalho e sem as quais eu não teria realizado esta pesquisa. A vocês, gratidão.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Ivoneide Silva** e **Mário Hollanda** (*in memoriam*), que não mediram esforços para proporcionarem qualidade aos meus estudos, vocês sonharam os meus sonhos e acreditaram que aquela menina que saia de casa aos 17 anos tinha responsabilidade para tornar-se independente. Mãe, sua dedicação, sua escuta e suas palavras em áudios de dois minutos muitas vezes foram o motivo para seguir. Pai, o seu orgulho em falar da conquista das suas filhas permanecerá, sobretudo em meu coração.

Ao meu esposo, **Ysmhael Herculano**, que por vezes trocou de cidade para acompanhar os meus sonhos, o seu companheirismo e carinho são essenciais. Amo-te como ama o amor.

A minha irmã e cunhado, **Ana Beatriz** e **Solano Castelo**, que acreditaram mais em mim que eu mesma, a distância física nunca impediu de vivenciarmos as mais diversas emoções.

A minha orientadora, **Prof^ª. Dr^ª. Ana Cristina de Oliveira e Silva** por tanto. Tanto carinho, compreensão, apoio, dedicação. Por me receber de forma tão carinhosa e gentil na pós-graduação, me conduzindo sempre em bons caminhos, mesmo sem me conhecer. Que muitos tenham a mesma sorte para encontrar uma orientadora comprometida, responsável.

Aos amigos do grupo de pesquisa **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Agravos Infeciosos e Qualidade de Vida (NEPAIQV)** que me receberam com carinho e estenderam às mãos na coleta de dados, em especial, **Wynne Nogueira**, **Layane Trindade**, **Sérgio Vital**, **Isabella Martelleto**, **Aparecida Catão**, **Cibelly Nunes**.

Aos **Agentes Comunitários de Saúde, gerentes e enfermeiros das Unidades de Saúde** por toda a articulação junto com as moradoras das comunidades.

As profissionais do setor de IST/HIV/AIDS e hepatites virais da Secretaria do Estado de Saúde da Paraíba, **Ivoneide Lucena** e **Mailza Gomes**, por realizarem o treinamento da equipe e fornecerem os testes rápidos que viabilizaram a realização desta pesquisa. Muito obrigada!

Aos profissionais do Complexo de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga e o Centro de Testagem e Aconselhamento municipal, **Enfermeira Sara**, por viabilizarem os encaminhamentos. Gratidão!

A todas as **mulheres ribeirinhas** participantes do estudo, meus sinceros agradecimentos!

Aos **amigos da Pós-Graduação** que viraram amigos da vida durante a jornada percorrida, **Eudanúsia Figueiredo, Nildo Barros e Matheus Nobréga** pela compreensão e resiliência nos momentos difíceis.

Aos **amigos do Ceará** que têm palavras de afeto e um ombro amigo nas alegrias e nas tristezas, **Jorgiana Cavalcanti, Raianny Gondim, Ihasmyne Sousa, Isabelly Oliveira, Bruna Monik, Vanessa Kelly, Gisele Mendes**. Agradeço por cultivar amizades tão importantes ao longo dos anos.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Paraíba (PPGENF)** pelo acolhimento, confiança e apoio que depositaram em mim. Em especial, **Nathali Costa**, por nos atender de forma tão prestativa.

E, finalmente a **todos** que de alguma forma colaboraram direta ou indiretamente para a consolidação deste trabalho.

EPÍGRAFE

*“Aqueles que passam por nós não vão sós.
Deixam um pouco de si, levam um pouco de
nós”.*

Antonie de Saint-Exupery

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos primários – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) – Diagram Flow. João Pessoa, Paraíba, 2020.	41
--	----

LISTA DE QUADROS

Artigo 1

Quadro 1 - Estratégias de busca nas bases de dados PubMed, EBSCO, LILACS e Web of Science, João Pessoa, Paraíba, 2020.	40
Quadro 2 - Descrição da produção de conhecimentos sobre os comportamentos sexuais de mulheres associados à prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis, segundo autores, ano de publicação, objetivos, caracterização da amostra, comportamentos sexuais de risco. João Pessoa, Paraíba, 2020.	44

LISTA DE TABELAS

Artigo 2

Tabela 1. Frequência do uso do preservativo nos últimos 12 meses de mulheres ribeirinhas por estado civil. João Pessoa, Brasil, 2020. (n=138).....	63
Tabela 2. Qualidade de vida sexual de mulheres ribeirinhas por faixa etária. João Pessoa, Brasil, 2020. (n=138).....	64
Tabela 3. Análise dos fatores sociodemográficos associados à qualidade da vida sexual de mulheres ribeirinhas em João Pessoa, 2019. QVS Regular n=49; QVS Boa n=89.....	64
Tabela 4. Análise de regressão logística múltipla para qualidade de vida sexual de mulheres ribeirinhas. João Pessoa, 2019.....	65

Artigo 3

Tabela 1. 1. Características sociodemográficas das mulheres ribeirinhas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.....	75
Tabela 1. 2. Classificação do uso de álcool de mulheres ribeirinhas, segundo o AUDIT, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.....	76
Tabela 1. 3. Associação entre a classificação do Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso de Álcool (AUDIT) e à positividade do teste rápido para sífilis em mulheres ribeirinhas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.....	77

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ECOS®	Estudo do Comportamento Sexual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Índice de Confiança
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
NEPAIQV	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Agravos Infecciosos e Qualidade de Vida
OR	<i>Odds Ratio</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
UNILAB	Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
USF	Unidade de Saúde da Família
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>

RESUMO

HOLLANDA, Gabriela Silva Esteves de. **Comportamento sexual de mulheres ribeirinhas: uma análise sobre atitudes e práticas sexuais e fatores associados.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021.

Introdução: O comportamento sexual das mulheres ribeirinhas vem se modificando e recebe influência de fatores sociocultural, da modernidade, resultando em possíveis desfechos desfavoráveis – gravidez indesejada, violência, disfunções sexuais, infecções. **Objetivo:** Analisar o comportamento sexual de mulheres ribeirinhas e os fatores associados. **Método:** Estudo transversal analítico, realizado no município de João Pessoa – PB entre junho e novembro de 2019, com 170 mulheres ribeirinhas. Os dados foram coletados por uma entrevista individual utilizando um formulário estruturado com questões sociodemográficas, sobre comportamento sexual por meio do Estudo do Comportamento Sexual no Brasil (ECOS), para o padrão do consumo do álcool, o Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT) e testagem rápida para investigação das hepatites virais B e C, para o HIV e sífilis. A análise dos dados ocorreu por estatística descritiva e de regressão logística. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com parecer de nº 3.340.273. **Resultados:** A maioria das mulheres ribeirinhas está na faixa etária 41-60 anos 68 (40,0%), são casadas ou em união consensual 106 (62,4%), têm até oito anos de estudo 162 (95,3%) e vivem com renda mensal de até um salário mínimo 124 (72,9%). Prevaleceu o não uso do preservativo no último ano 87 (63,0%). Disfunções sexuais como dor 47 (34,1%) e perda de interesse 46 (33,3%) durante o ato sexual foram as mais citadas. Sobre a qualidade de vida sexual, as mulheres classificaram como “boa” 55 (39,9%). Maior escolaridade (OR=2,45) e início da vida sexual precoce (OR=0,43) aumentaram a probabilidade de “boa” qualidade de vida sexual. A prevalência de consumo excessivo de álcool (AUDIT \geq 8 pontos) 29,8% (IC-95%: 22,1-37,3). O consumo de álcool excessivo aumentaram as chances de testar positivo para sífilis, conforme positividade do teste rápido (OR=6,54). **Conclusão:** Comportamentos sexuais de risco contribuem com desfechos desfavoráveis à saúde. Estratégias educativas devem ser intensificadas e incorporadas para práticas assertivas na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e conseqüentemente melhor qualidade de vida sexual.

PALAVRAS-CHAVES: Mulheres; Vulnerabilidade em Saúde; Comportamento de Risco à Saúde; Comportamento Sexual; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: The sexual behavior of riverside women has been changing and is influenced by sociocultural factors, modernity, resulting in possible unfavorable outcomes - unwanted pregnancy, violence, sexual dysfunctions, infections. **Objective:** To analyze the sexual behavior of riverine women and associated factors. **Method:** Analytical cross-sectional study, conducted in the municipality of João Pessoa - PB between June and November 2019, with 170 riverside women. Data were collected by an individual interview using a structured form with sociodemographic questions, on sexual behavior through the Study of Sexual Behavior in Brazil (ECOS), for the pattern of alcohol consumption, the Test for Identification of Problems Related to Alcohol Use (AUDIT) and rapid testing for investigation of viral hepatitis B and C, for HIV and syphilis. Data analysis was performed using descriptive statistics and logistic regression. The study was approved by the Research Ethics Committee with opinion number 3.340.273. **Results:** Most riverine women are in the age group 41-60 years 68 (40.0%), are married or in a consensual union 106 (62.4%), have up to eight years of schooling 162 (95.3%), and live on a monthly income of up to one minimum wage 124 (72.9%). Non-use of condoms in the last year 87 (63.0%) prevailed. Sexual dysfunctions such as pain 47 (34.1%) and loss of interest 46 (33.3%) during sexual intercourse were the most cited. About the quality of sexual life, women classified as "good" 55 (39.9%). Higher education (OR=2.45) and early sexual debut (OR=0.43) increased the likelihood of "good" quality of sex life. The prevalence of excessive alcohol consumption (AUDIT \geq 8 points) 29.8% (95% CI: 22.1-37.3). Excessive alcohol consumption increases the chances of testing positive for syphilis, according to rapid test positivity (OR=6.54). **Conclusion:** Sexual risk behaviors contribute to unfavorable health outcomes. Educational strategies should be intensified and incorporated for assertive practices in the prevention of sexually transmitted infections and consequently a better quality of sexual life.

KEYWORDS: Women; Health Vulnerability; Health Risk Behavior; Sexual Behavior; Quality of Life.

RESUMEN

Introducción: El comportamiento sexual de las mujeres ribereñas ha ido cambiando y está influenciado por factores sociocultural, de la modernidad, lo que genera posibles desenlaces desfavorables: embarazo no deseado, violencia, disfunciones sexuales, infecciones. **Objetivo:** Analizar el comportamiento sexual de las mujeres ribereñas y los factores asociados. **Método:** Estudio analítico transversal, realizado en la ciudad de João Pessoa - PB entre junio y noviembre de 2019, con 170 mujeres ribereñas. Los datos fueron recolectados a través de una entrevista individual utilizando un formulario estructurado con preguntas sociodemográficas, sobre comportamiento sexual a través del Estudio de Comportamiento Sexual en Brasil (ECOS), para el patrón de consumo de alcohol, la Prueba de Identificación de Problemas Relacionados con el Uso de Alcohol (AUDIT) y pruebas rápidas para la investigación de las hepatitis virales B y C, el VIH y la sífilis. El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva y regresión logística. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con dictamen No. 3.340.273. **Resultados:** La mayoría de las mujeres ribereñas tienen entre 41 y 60 años 68 (40,0%), están casadas o en unión consensual 106 (62,4%), tienen hasta ocho años de estudio 162 (95,3%) y viven con un ingreso mensual de hasta un salario mínimo (72,9%). El no uso de preservativo en el último año predominó 87 (63,0%). Las disfunciones sexuales como el dolor 47 (34,1%) y la pérdida de interés 46 (33,3%) durante las relaciones sexuales fueron las más citadas. En cuanto a la calidad de vida sexual, las mujeres la calificaron de "buena" 55 (39,9%). La educación superior (OR = 2,45) y la iniciación sexual temprana (OR = 0,43) aumentaron la probabilidad de una "buena" calidad de vida sexual. La prevalencia de consumo excesivo de alcohol (AUDIT \geq 8 puntos) 29,8% (IC 95%: 22,1-37,3). El consumo excesivo de alcohol aumenta las posibilidades de dar positivo en sífilis, según la positividad de la prueba rápida (OR = 6,54). **Conclusión:** Las conductas sexuales de riesgo contribuyen a resultados de salud desfavorables. Las estrategias educativas deben intensificarse e incorporarse a prácticas asertivas en la prevención de infecciones de transmisión sexual y, en consecuencia, una mejor calidad de vida sexual.

PALABRAS CLAVE: Mujeres; Vulnerabilidad en Salud; Comportamiento de Riesgo a la Salud; Comportamiento Sexual; Calidad de Vida.

SUMÁRIO

INSERÇÃO DA PESQUISADORA NA TEMÁTICA.....	16
1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVO	21
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3. REVISÃO DA LITERATURA	22
3.1 Comportamento sexual e fatores associados	22
3.2 Mulheres ribeirinhas e a vulnerabilidade a partir do comportamento sexual ..	24
4. MÉTODO	27
4.1 Etapa 1 – Revisão Integrativa.....	27
4.2 Etapa 2 – Estudo de Campo.....	27
4.2.1 Desenho do Estudo	27
4.2.2 Local do Estudo	27
4.2.2.1 São Rafael	28
4.2.2.2 São José.....	28
4.2.2.3 Tito Silva.....	28
4.2.2.4 Porto do Capim	28
4.2.2.5 Comunidade do “S”	29
4.2.3 População e Amostra	29
4.2.4 Procedimento de Coleta de Dados	30
4.2.4.1 Treinamento dos colaboradores da pesquisa	30
4.2.4.2 Instrumentos.....	30
4.2.4.2.1 ECOS.....	31
4.2.4.2.2 AUDIT	31
4.2.4.3 Recrutamento de Participantes.....	32
4.2.4.4 Coleta de dados	33
4.2.5 Testagem rápida.....	33
4.2.6 Análise dos Dados	35
4.2.7 Aspectos Éticos.....	35
4.2.7.1 Riscos.....	36
4.2.7.2 Benefícios	36
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37

5.1	Artigo 1 – Comportamento Sexual de Mulheres e as Infecções Sexualmente Transmissíveis: um estudo de revisão	37
5.2	Artigo 2 – Qualidade de Vida Sexual de Mulheres Ribeirinhas: uma análise sob práticas e atitudes sexuais	60
5.3	Artigo 3 – Padrão de Consumo de Álcool entre Mulheres Ribeirinhas.....	72
6.	CONCLUSÃO.....	84
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICES.....	92
	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	93
	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
	FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE RESULTADOS DE TESTES RÁPIDOS ...	98
	FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO.....	99
	ANEXOS	100
	TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL (AUDIT).....	101

INSERÇÃO DA PESQUISADORA NA TEMÁTICA

O interesse da pesquisadora por estudos relacionados à saúde da mulher surgiu enquanto graduanda do curso de Enfermagem na Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB). A participação em grupo de pesquisa, extensão foi o primeiro contato com a saúde da mulher, proporcionando durante os cinco anos de curso, compreender as demandas de cuidado e particularidades que essa população apresenta.

Nesse período, os primeiros passos de aprendizagem para o desenvolvimento de pesquisas foram cumpridos. Nos anos iniciais foram como bolsista de extensão com grupo educativo para gestantes e visitas domiciliares puerperais. Em seguida, a primeira bolsa de iniciação científica com usuárias de métodos contraceptivos. E ao fim da graduação, uma bolsa de iniciação científica com graduação sanduíche desenvolvida na temática de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e sexualidade com pessoas com deficiência visual. Assim, o vínculo com a pesquisa se firmava.

As pretensões em seguir carreira acadêmica e desenvolver pesquisas na área de saúde da mulher motivaram o ingresso no curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Juntamente com o mestrado, a pesquisadora ingressou no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Agravos Infecciosos e Qualidade de Vida (NEPAIQV), o que possibilitou conectar temas de seu interesse. Surgiu então, o entusiasmo em conhecer os comportamentos sexuais de mulheres ribeirinhas para compreender as singularidades no cuidado a esta população.

Diante disso, foi desenvolvida esta dissertação de Mestrado intitulada: **Comportamento Sexual de Mulheres Ribeirinhas: uma análise sobre atitudes e práticas sexuais e fatores associados**. Assim, está dividida em cinco capítulos.

No **Capítulo 1 – Introdução** apresenta algumas considerações acerca das populações ribeirinhas, saúde da mulher e comportamento sexual.

O **Capítulo 2 – Objetivos** consta o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa.

No **Capítulo 3 – Método** encontra-se a trajetória metodológica deste estudo, em que para melhor compreensão está dividida em duas etapas, a primeira etapa compreende uma revisão integrativa da literatura e a segunda um estudo de campo, incluindo natureza da pesquisa, local do estudo, população e amostra, procedimento de coleta de dados, análise dos dados e aspectos éticos.

O **Capítulo 4 – Resultados e Discussão** descreve os resultados e discussão, sendo apresentados em formato de três artigos seguindo o modelo escandinavo. Estes foram desenvolvidos e referenciados de acordo com as normas das revistas científicas em que foram submetidos. O artigo um, consiste em uma revisão integrativa, intitulado “**Comportamento Sexual de Mulheres e as Infecções Sexualmente Transmissíveis: um estudo de revisão**” que objetivou identificar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre os comportamentos sexuais de risco das mulheres no contexto das IST. E o artigo dois intitulado: “**Qualidade de Vida Sexual de Mulheres Ribeirinhas: uma análise sob práticas e atitudes sexuais**” que objetivou analisar as práticas, atitudes e qualidade de vida sexual de mulheres ribeirinhas e fatores associados. O artigo três intitulado: “**Padrão de Consumo de Álcool entre Mulheres Ribeirinhas**” que objetivou analisar o padrão do consumo de álcool de mulheres ribeirinhas e sua associação com a positividade para os testes rápidos das hepatites virais B e C, HIV e sífilis.

O **Capítulo 5 – Conclusão** traz as conclusões, contribuições e limitações do estudo.

Ao fim, agregam-se as **Referências**, os **Apêndices** e os **Anexos**.

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o comportamento sexual das mulheres vem se modificando e perpassa as limitações do discurso biológico e científico do corpo, compreendendo questões referentes ao prazer, desejo, diversidade na relação sexual, determinados pelo modo de ser e agir das mesmas (MARTINS, HOLANDA, SANTOS *et al*, 2020).

As mulheres, por muitos anos foram vistas apenas como seres com funções maternas e capazes de preservar o lar e a sua família. Assim, estando designadas ao matrimônio monogâmico e a atividade sexual exclusivamente para fins reprodutivos (LOURENÇO; AMAZONAS; LIMA, 2018; FOUCAULT, 2010).

Na década de 1980, no auge do movimento feminista brasileiro, os programas destinados à saúde da mulher foram fortemente criticados, uma vez que a mulher tinha acesso apenas aos cuidados durante o seu ciclo gravídico-puerperal. Dessa maneira, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) propôs a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) que vislumbra contemplar necessidades de saúde das mulheres até então ausentes nas políticas públicas (BRASIL, 2011). No entanto, mesmo com a evolução das políticas de saúde, essas não chegam para populações que vivem à margem da sociedade como para a população geral.

Ainda na contemporaneidade, é possível encontrar barreiras relacionadas ao gênero, sejam estas familiares, profissionais ou sociais (UNAIDS, 2017). Contudo, com as conquistas e em razão da independência feminina, o comportamento sexual das mulheres atinge uma visão mais ampla e contempla debates acerca do controle da natalidade, controle da gravidez precoce em adolescentes, planejamento familiar consciente, prevenção de gravidez indesejada, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disfunções sexuais, danos psicológicos, entre outros (BRASIL, 2020^a).

As decisões acerca do comportamento sexual podem afetar a saúde, o futuro e os planos de vida dos responsáveis e de terceiros. Estudos descrevem comportamentos sexuais de mulheres até então pouco discutidos na literatura científica como: sexo comercial; uso da internet e aplicativos móveis para recrutar parcerias; Mulheres que fazem Sexo com Mulheres (MSM); sexo sob o efeito de álcool e/ou drogas; disparidade de idade em relacionamentos; relacionamentos intergeracionais (PORTER; HAMPSHIRE; ABANE *et al*, 2020; TANTON; GEARY; CLIFTON *et al*, 2018; VILLEGAS-CASTAÑO; TAMAYO-ACEVEDO, 2016).

Esses comportamentos podem trazer repercussões desfavoráveis para a saúde, consistindo em comportamentos de risco. Entende-se por comportamentos de risco à saúde, o

envolvimento em ações que interferem negativamente a saúde física e/ou mental do indivíduo, influenciando nos riscos de morbimortalidade (GRAF; MESENBURG; FASSA, 2020).

Nesse contexto, as MSM são vistas como um grupo com menor risco ou sem risco de exposição à infecção, à gravidez indesejada, repercutindo em uma população invisível no contexto das IST e do planejamento familiar. Ademais, são mulheres que enfrentam entraves de acesso a exames como a citologia oncótica, desde obstáculos atitudinais de profissionais a um atendimento fragmentado e descontextualizado às suas parcerias sexuais (FERNANDES; GALVÃO; ASSIS, 2019). Entretanto, esse grupo representa não somente mulheres que se autoidentificam como homossexuais, bissexuais, como também heterossexuais e que mantêm relação sexual com outra mulher. Assim, estão expostas por meio de comportamentos sexuais com troca de fluidos com as parcerias, em sexo oral, vaginal, fricção genital-a-genital e compartilhamento de brinquedos sexuais (UNAIDS, 2017; *WOMEN'S INSTITUTE*, 2009).

Arelado aos comportamentos, a vulnerabilidade de determinadas populações para algum quesito diz respeito à chance aumentada para desfechos desfavoráveis – gravidez indesejada, uso de álcool e outras drogas, violência, IST, danos psicológicos, seja pelos condicionantes estruturais que indicam susceptibilidade, seja por condicionantes políticos, econômicos e socioculturais (AYRES; FRANÇA JÚNIOR; CALAZANS *et al*, 2003). Nesse sentido, enquadram-se como populações vulneráveis, as populações ribeirinhas.

A população ribeirinha é caracterizada por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados com a terra (BRASIL, 2013). O cotidiano às margens dos rios e sob influência das cheias e vazantes institui restrições de ordem multidimensional. Estudos prévios descrevem que fatores como baixa escolaridade, condição econômica insuficiente, condições mínimas de infraestrutura e de acesso aos serviços de saúde indisponíveis têm associação considerável com o perfil epidemiológico dessa população, caracterizando-a como vulnerável para determinados agravos e infecções (FIGUEIRA; SILVA; MARQUES *et al*, 2020; GAMA; FERNANDES; PARENTE *et al*, 2018).

Comumente, as pesquisas realizadas com populações ribeirinhas abrangem temas pautados em infecções por veiculação hídrica, embasadas na poluição dos rios e utilização dessa água por essas populações. Todavia, é necessário voltar-se para ações de saúde que busquem atenção integral a essas populações, bem como formas de prevenção e promoção a saúde que sejam significativas para esses indivíduos.

Perante o exposto, mulheres ribeirinhas apresentam vulnerabilidades sociais e econômicas. E, juntamente com comportamentos sexuais de risco, estão suscetíveis a desfechos desfavoráveis à saúde.

Assim, diante da condição de vulnerabilidade vivenciada por mulheres ribeirinhas, o presente estudo busca identificar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre os comportamentos sexuais de risco das mulheres no contexto das IST e investigar o comportamento, atitudes e práticas sexuais de mulheres ribeirinhas e os fatores associados.

Acredita-se que os resultados encontrados poderão subsidiar ações dos serviços de saúde voltadas para essa população feminina relacionada ao comportamento sexual bem como das suas parcerias mediante as políticas já existentes.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o comportamento sexual de mulheres ribeirinhas e os fatores associados.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever a qualidade de vida sexual de mulheres ribeirinhas e as práticas e atitudes sexuais;
- Associar as atitudes, práticas e qualidade de vida sexual com fatores sociodemográficos das mulheres ribeirinhas;
- Estimar a prevalência de hepatites virais B e C, HIV e sífilis das mulheres ribeirinhas segundo teste rápido;
- Analisar o padrão de consumo de álcool das mulheres ribeirinhas;
- Analisar os fatores associados ao comportamento sexual, padrão do consumo do álcool e Infecções Sexualmente Transmissíveis entre mulheres ribeirinhas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Comportamento sexual e fatores associados

No fim da década de 1990, com a discussão dos casos de HIV/Aids, inquéritos populacionais sobre comportamentos, atitudes e práticas sexuais começaram a ser realizados. Tais estudos buscavam analisar a relação entre atividade sexual e a transmissão sexual de HIV/Aids (ANDRADE; ZACCARA; LEITE, 2015; BARBOSA; KOYAMA, 2008).

O comportamento sexual faz parte do conjunto de escolhas e atitudes das atividades sexuais de cada pessoa. O comportamento sexual de risco pode ser um dos contribuintes para alterações nas condições de saúde, com o desenvolvimento de infecções e agravos à saúde (MOURA; TORRES; CADETE *et al*, 2018).

Os comportamentos sexuais de risco estão relacionados com: início precoce das atividades sexuais, múltiplos parceiros sexuais; uso irregular ou não uso de preservativo; manter relação sexual sob efeito de álcool e/ou drogas; histórico de encarceramento; violência sexual; sexo por dinheiro (prática profissional ou por interesse pessoal); vulnerabilidade e instabilidade social e econômica (MARTINS; PESCE; SILVA *et al*, 2018; GENZ; MEINCKE; CARRET *et al*, 2017; PEREIRA; ARAÚJO; NEGREIROS *et al*, 2016; SALES; CAVEIÃO; VISENTIN *et al*, 2016).

O início da atividade sexual dos brasileiros, geralmente, ocorre na adolescência, sendo em média, a primeira relação sexual com 14,9 anos e acontecendo mais tardiamente para as mulheres do que para os homens. Adolescentes de 13 a 15 anos entrevistados pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar em 2012 mostraram que 29% destes já haviam iniciado a vida sexual. A idade do início da atividade sexual pode influenciar padrões de comportamento e riscos à saúde ainda na vida adulta (GONÇALVES; MACHADO; SOARES *et al*, 2015; IBGE, 2013; BARBOSA; KOYAMA, 2008).

A literatura científica tem identificado a multiplicidade de parceiros sexuais como um dos fatores associados para o risco de IST. Um estudo realizado no Nepal que objetivou avaliar a associação potencial entre início da vida sexual precoce (definido como precoce antes ou aos 15 anos de idade) e os fatores de risco para aquisição de IST/HIV apontou que quando associado com o número de parceiros sexuais (variável independente) apresentou proporcionalidade direta, pois à medida que aumentava o número de parceiros, aumentava as chances de início da vida sexual precoce (MORAES; FRANCA; SILVA *et al*, 2019; SALES; CAVEIÃO; VISENTIN *et al*, 2016; SHRESTHA; KARKI; COPENHAVER, 2016).

O uso irregular ou não uso do preservativo estão entre os comportamentos de risco que contribuem na transmissão de HIV/Aids e outras IST, pois apesar de estudos comprovarem a eficácia nesse método para prevenção dessas infecções, um número alto de pessoas não aderem ao uso adequado, tendo em vista, que se preocupam mais com o prazer físico e emocional do que em adquirir uma IST (SOARES; SILVA; SILVA *et al*, 2017). Algumas mulheres justificam o uso com menor frequência do preservativo por estarem em relações estáveis, em que a confiança, estabilidade, baixo risco aparente e submissão da mulher contribuem para esse comportamento de risco (NEVES; WENDT; FLORES *et al*, 2017).

Os comportamentos de risco podem ocorrer entre pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, pois o efeito excitatório e relaxante das drogas está associado ao favorecimento de atitudes que habitualmente as pessoas não teriam na ausência do álcool e/ou outras substâncias. Algumas drogas estimuladoras, como a cocaína e anfetaminas, agem estimulando as ações dopaminérgicas, noradrenérgicas, assim, estão diretamente relacionadas ao aumento da euforia e encorajamento para práticas sexuais desprotegidas (BRASIL, 2018^a).

Estudo realizado com 150 mulheres no município de Campina Grande – PB destacou que 76% (114) concordavam que o uso abusivo do álcool pode levar à relação sexual desprotegida, pois dificulta a negociação do uso do preservativo (OLIVEIRA; ANDRADE; MATOS *et al*, 2016).

O histórico de encarceramento tem relação com comportamentos sexuais de risco, pois indivíduos em situação de reclusão e seus parceiros sexuais estão expostos a situações de alto risco quando comparados com a população sem este histórico. Visto que, na condição de encarceramento existem inúmeras pessoas que fazem visitas íntimas aos seus parceiros (as) sexuais, assim considerados vulneráveis devido as possíveis exposições aos riscos físicos, psicológicos que podem resultar no desenvolvimento e transmissão de infecções (MARTINS; PESCE; SILVA *et al*, 2018; PEREIRA, 2016).

A violência sexual repercute na saúde física, psicológica, além de expor diretamente a situações de risco como gravidez indesejada, danos psicológicos, IST. Ademais, mulheres que sofreram violência são 2,3 vezes mais propensas a desenvolverem distúrbios relacionados ao álcool (BARUFALDI; SOUTO; CORREIA *et al*, 2017). Um estudo realizado com mulheres de apenados no Paraná apresentou associação entre IST e violência sexual ($p < 0,001$), demonstrando que mulheres nessa situação muitas vezes não podem optar por proteção e determinar seus comportamentos sexuais (MARTINS; PESCE; SILVA *et al*, 2018).

A prática sexual por dinheiro seja esta profissional ou por interesse econômico está entre os comportamentos sexuais de risco para infecções. Em razão de, as pessoas com esse

tipo de prática sexual têm 3,8 vezes mais chances de contrair uma IST e; quando exercem essa atividade remunerada podem negociar o não uso do preservativo por dinheiro (MARTINS; PESCE; SILVA *et al*, 2018; PENHA; AQUINO; NERI *et al*, 2015).

Demais aos supracitados, a vulnerabilidade e instabilidade social e econômica são contribuintes para comportamentos sexuais de risco. Estudo realizado com jovens da periferia de Fortaleza – CE apontou que a renda familiar tem associação estatisticamente significativa com a vulnerabilidade às IST/HIV ($p=0,037$), quando esses viviam com menos de um salário mínimo eram mais vulneráveis quando comparados com os demais. Da mesma maneira que, esses jovens quando atingiam altos valores de vulnerabilidade de acordo com o questionário também possuíam baixos valores na escala de resiliência (COSTA; RODRIGUES; TEIXEIRA *et al*, 2020).

A partir disso, torna-se evidente que mesmo com medidas preventivas, os comportamentos sexuais de risco podem ser assumidos inúmeras vezes ao longo da vida do indivíduo.

3.2 Mulheres ribeirinhas e a vulnerabilidade a partir do comportamento sexual

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) lançada em 2011 estabeleceu objetivos no que diz respeito à saúde dessa população, apontando três elementos importantes: 1. Melhoria dos níveis de saúde com ações que reconheçam as especificidades desse grupo; 2. Redução de riscos à saúde; 3. Melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida. Além disso, esta política avançou ao reconhecer as peculiaridades e especificidades da saúde dessas populações, contemplando a saúde de diferentes grupos (agricultores familiares, trabalhadores rurais, ribeirinhas, quilombolas, entre outros) (BRASIL, 2013).

Por meio da PNSIPCFA, o MS busca diminuir as vulnerabilidades sofridas por essas pessoas, em que vivem em baixas condições socioeconômicas que não lhes permitem o acesso às mínimas condições como água tratada, saneamento básico, segurança alimentar, além de enfrentarem dificuldade de acesso as informações em virtude das limitações geográficas e organizacionais (DIAS, 2016; BRASIL, 2015^a).

Deste modo, os objetivos da PNSIPCFA destacam a importância de pensar na diversidade dessas pessoas e na melhoria dos níveis de saúde. Dentre os grupos supracitados, temos populações ribeirinhas que apresentam condições de vulnerabilidade.

O termo vulnerabilidade, para a saúde, é definido como a chance de exposição do indivíduo ao adoecimento como consequência de aspectos relativos ao comportamento individual, coletivo e o contexto ao qual está inserido, ocasionando maior suscetibilidade a infecção e ao adoecimento (CESTARI; MOREIRA; PESSOA *et al*, 2017).

Nesse sentido, a condição de vulnerabilidade dos ribeirinhos deve ser considerada e priorizada no planejamento da assistência à saúde. Embora, homens e mulheres ribeirinhos ocupem os mesmos espaços físicos, comunidades ribeirinhas, as formas de apropriação destes indivíduos são distintas e, é a partir da compreensão de que existem especificidades entre os gêneros é que surge a necessidade de evidenciar o protagonismo de mulheres que vivem em um ambiente tradicional orientado ao patriarcado.

As mulheres têm menos liberdade em sua vida sexual, menor poder acerca da decisão do uso do preservativo, além de serem afligidas por situações diretas a violência doméstica, sexual, ademais, a maioria das mulheres não se reconhece no grupo e com comportamentos considerados de risco para o desenvolvimento de infecções, principalmente, quando nos referimos às IST. Visto que, atribuem a confiança no relacionamento estável a fator protetor, determinado por compensação de risco (LEITE; LUIS; AMORIM *et al*, 2019; DAMASCENO; SANTOS; SILVA *et al*, 2017).

A terminologia para IST determina síndromes clínicas e infecções causadas por diversos patógenos, vírus, bactérias, fungos, que podem ser adquiridos e transmitidos por meio da atividade sexual, sem o uso do preservativo, por via sanguínea, pela transmissão materno-fetal, dita vertical, e amamentação. Essas infecções representam um grave problema para a saúde pública, as mais recorrentes são: infecção pelos vírus das hepatites B e C, HIV, gonorreia, clamídia, herpes, bem como a sífilis e as vulvovaginites (BRASIL, 2020^b; OLIVEIRA; ABUD; INAGAKI *et al*, 2018).

A prevalência e incidência das IST, entre mulheres, é crescente. Essas repercutem em doença inflamatória pélvica, verrugas, câncer, infertilidade. Sendo as doenças oportunistas ao HIV/Aids, a terceira principal causa de morte entre mulheres jovens dos 15 aos 29 anos e a principal causa de óbitos femininos na faixa etária de 30 a 49 anos (LOURENÇO; AMAZONAS; LIMA, 2018; OMS, 2018; CDC, 2016).

Considerando as condições de saúde e vida das mulheres de populações ribeirinhas, o comportamento de risco para a saúde, neste caso, o comportamento sexual de risco influencia no surgimento, manutenção e disseminação da cadeia de transmissão para IST, como também situações indesejadas, gravidez não planejada, disfunções sexuais, entre outros.

Há que se considerar que a minimização das situações de vulnerabilidades em que se encontram as mulheres poderá ser obtida por ações preventivas e políticas públicas de apoio as mulheres que se encontram às margens da sociedade.

4. MÉTODO

4.1 Etapa 1 – Revisão Integrativa

A primeira etapa do estudo consistiu na realização de uma pesquisa do tipo revisão integrativa da literatura (RIL). Esta seguiu etapas essenciais, a saber: identificação do tema e seleção da pergunta de revisão; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; busca e identificação dos estudos nas bases científicas; extração de dados dos estudos; avaliação dos estudos selecionados e análise crítica; síntese dos resultados da revisão; avaliação e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O desenvolvimento da RIL teve como questão de pesquisa: Quais as evidências científicas acerca de comportamentos sexuais de risco de mulheres e a relação com as IST?

A busca na literatura foi realizada em quatro bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via PubMed), Ebsco, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Web of Science*. Ocorreram em setembro de 2019. A extração de informações dos artigos ocorreu a partir de um instrumento de coleta estruturado.

4.2 Etapa 2 – Estudo de Campo

4.2.1 Desenho do Estudo

Estudo do tipo transversal e analítico. Estudos analíticos objetivam buscar esclarecimentos para as variações de frequência dos agravos, por meio de associações entre uma exposição e um efeito específico (MARTINS; RIBEIRO; BOBROFF *et al*, 2014).

4.2.2 Local do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida nas comunidades ribeirinhas localizadas no município de João Pessoa – PB. O município abrange nove comunidades ribeirinhas: São Rafael, São José, Porto do Capim, Beira da Linha, Comunidade do S, Tito Silva, Padre Hildon, Porto de João Tota, Jardim Coqueiral. No entanto, diante da logística e operacionalização da etapa de coleta de dados, a saber: acesso, segurança, períodos chuvosos com inundações, o estudo aconteceu

com as mulheres inseridas nas comunidades São Rafael, São José, Tito Silva, Porto do Capim e comunidade do “S”.

Ademais, o município de João Pessoa – PB é dividido em cinco Distritos Sanitários de Saúde, comportando uma área geográfica da população com características epidemiológicas homogêneas. As comunidades estudadas estão inseridas nos Distritos Sanitários IV e V da capital paraibana.

4.2.2.1 São Rafael

Situada na área do vale do Rio Jaguaribe que margeia a BR 230, no bairro Castelo Branco, este local foi área de produção agrícola e criação de aves para abastecimento da cidade de João Pessoa entre as décadas de 1930 e 1950. Esta comunidade foi construída, parte em um terreno mais elevado, parte em um terreno mais baixo, por isso, sofre o risco de deslizamento de terras (OLIVEIRA, 2019).

4.2.2.2 São José

O bairro São José surgiu de forma gradativa como um assentamento informal por migrantes de baixo poder aquisitivo, ocupando as margens do Rio Jaguaribe em Área de Preservação Permanente. Este bairro faz parte do cenário de sério comprometimento sócio ambiental e está cercado por bairros considerados “nobres” (Bairro Manaíra e Bairro João Agripino) (MEDEIROS; BARBOSA, 2016).

4.2.2.3 Tito Silva

Inserido nas imediações dos bairros Castelo Branco e Miramar na cidade de João Pessoa, na sua base encontra-se o Rio Jaguaribe. A comunidade Tito Silva está situada em uma área de preservação ambiental, com traçado urbano desordenado, habitações em situações precárias e com alto nível de risco ambiental (GREGÓRIO, 2016).

4.2.2.4 Porto do Capim

A comunidade Porto do Capim está localizada à beira do Rio Sanhauá desde a metade do século XX, inserida nesta localização geográfica antes do surgimento do centro histórico

de João Pessoa, limitada pelo bairro Varadouro e pela linha férrea da Rede Ferroviária Federal.

O Porto do Varadouro, também conhecido como Porto do Capim, era o principal porto da cidade João Pessoa até a criação do Porto de Cabedelo. Neste local, aconteciam os grandes negócios da cidade. Presume-se este nome para a comunidade devido à quantidade de capim que existia para alimentar os animais que serviam de transporte na época (BRAGA; MORAES, 2016).

4.2.2.5 Comunidade do “S”

A Comunidade do “S” está localizada no Baixo Roger na cidade de João Pessoa, a 6 km do centro da cidade, na margem direita do Rio Sanhauá, num denso manguezal, situada ao norte com o mangue, ao sul com a linha de trem e o baixo Roger a leste com a mata e a rede de esgotos e a oeste com o lixão e a comunidade Silva Ramos. Esta é uma área de risco social em virtude da falta de infraestrutura e de estar entre uma zona de mangue e um aterro sanitário (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2009).

4.2.3 População e Amostra

Participaram do estudo mulheres com idade igual ou superior a 18 anos no momento da coleta; residentes das comunidades ribeirinhas. Não foram consideradas elegíveis mulheres visivelmente impossibilitadas de responder ao instrumento de coleta de dados.

Para a composição da amostra foram considerados 11.498 indivíduos, que corresponde à soma do total de moradores das referidas comunidades. Visto que, essas comunidades não possuem cadastros com distinção de gênero, idade.

Para a determinação do tamanho amostral admitiu-se uma margem desejável de erro de 5,5% e uma frequência estimada de 50%. Então o número de participantes que foram incluídos no estudo foi obtido pela expressão (LUIZ E MAGNANINI, 2000):

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N-1) \cdot E^2}$$

Onde,

N = número de indivíduos na população;

Z_{α/2} = valor crítico que corresponde ao grau de confiança;

p = proporção populacional de indivíduos pertencentes a categoria de interesse;
 q = proporção populacional de indivíduos que não pertencem a categoria de interesse;
 E = margem de erro ou erro máximo da estimativa.

Com isso, obteve-se uma amostra de 310 pessoas. Por não saber o número de mulheres exato dessa população, optou-se por estimar o n por meio de estimativa de mulheres da população geral de João Pessoa – PB, segundo o IBGE (2019). Finalizando em um tamanho mínimo da amostra de 167 mulheres.

Deste modo, 170 mulheres referiram interesse em participar do estudo, preenchendo os critérios de elegibilidade. O processo de amostragem foi não probabilístico, por conveniência, a partir da disponibilidade das participantes (BUSSAB; MORETTIN, 2017).

4.2.4 Procedimento de Coleta de Dados

4.2.4.1 Treinamento dos colaboradores da pesquisa

A pesquisadora responsável contou com a colaboração de 11 voluntários (profissionais de saúde e acadêmicos do último ano de enfermagem) para a fase de coleta de dados, estes receberam treinamento prévio obrigatório para a aplicação dos instrumentos de coleta.

O treinamento da entrevista ocorreu mediante a simulação da aplicação do instrumento. Todos aplicaram o instrumento entre si, em que se estabeleceu uma dinâmica para que todos pudessem ser entrevistadores e entrevistados.

Para conhecer a prevalência das hepatites virais B e C, HIV e sífilis houve capacitação para a testagem rápida. Todos os colaboradores da pesquisa participaram de cursos *online* para testagem rápida de hepatites virais, HIV e sífilis, oferecido pelo MS, do programa de educação permanente, o TELELAB. Em seguida, o curso presencial, para realização da parte prática ocorreu em parceria com os membros da Gerência Operacional das IST/HIV/Aids/Hepatites virais da Secretaria Estadual de Saúde do estado da Paraíba.

4.2.4.2 Instrumentos

Os dados foram coletados por uma entrevista individual utilizando formulário estruturado com questões sociodemográficas, questões sobre comportamento sexual e uso de álcool, por meio do Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

(AUDIT) e do Estudo do Comportamento Sexual no Brasil (ECOS). A aplicação dos instrumentos de coleta durou, em média, 40 minutos.

4.2.4.2.1 ECOS

O instrumento ECOS foi elaborado comportando três modelos. O modelo I com 38 questões sendo a versão inicial. Uma versão reduzida com 28 questões, o modelo II, que subtraiu as questões que não se mostraram relevantes, tornando o formulário mais ágil para um trabalho de campo. E, o modelo III, uma versão simplificada com 14 questões. Os três modelos abordam o comportamento sexual (ABDO; MOREIRA; FITTIPALD, 2000).

O modelo I foi aplicado de fevereiro a abril de 2000 com uma população de 2.835 indivíduos maiores de 18 anos e residentes em sete Estados brasileiros, a saber: São Paulo (48%), Bahia (11%), Minas Gerais (11%), Pernambuco (10%), Rio Grande do Sul (9%), Paraná (6%) e Rio de Janeiro (5%) durante o projeto Caravana da Saúde (ABDO; MOREIRA; FITTIPALD, 2000).

Para este estudo o modelo II foi selecionado e adaptado para pesquisa em campo somente para as mulheres (APÊNDICE A). Esse instrumento não se detém apenas a dados sobre sexualidade de risco, pois abrange aspectos referentes ao perfil sociodemográfico (idade, estado civil, escolaridade, número de filhos), hábitos (sexarca, uso do preservativo, número de parceiros nos últimos 12 meses) e retrata o comportamento sexual atual e progresso da população (medos em relação ao sexo, sexo grupal, relação com animal, teve uma IST) (ABDO; MOREIRA; FITTIPALD, 2000).

Todas as seções do instrumento contemplam variáveis com possibilidades de respostas dicotômicas e de múltipla escolha (VOLPATO; BARRETO, 2016).

4.2.4.2.2 AUDIT

A OMS preconiza a utilização do *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) como instrumento de rastreamento em serviços de saúde. O teste AUDIT ou Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool é um teste simples de aplicar, utilizado para identificar problemas relacionados ao consumo de álcool (WHO, 2003).

No Brasil, o AUDIT teve duas iniciativas de validação, uma na Bahia por Lima *et al.* (2005) e outra no Rio Grande do Sul, por Mendez (1999).

O AUDIT (ANEXO A) contém 10 perguntas em que cada questão tem uma margem de 0 a 4, podendo no final pontuar de 0 a 40 pontos (CARNEIRO; RONZANI; AVALLONE *et al.*, 2016). Essas questões são de variável quantitativa discreta que possibilitam a formação de valores numéricos provenientes de uma contagem (VOLPATO; BARRETO, 2016).

Com a somatória, existe a classificação, em que:

- Zona I (baixo risco, menos de 2 doses-padrão por dia) → 0 a 7 pontos recomenda prevenção primária;
- Zona II (uso de risco, acima de 2 doses-padrão) → 8 a 15 pontos indica orientação básica;
- Zona III (uso nocivo, consome acima dos padrões associados a problemas de consumo) → 16 a 19 pontos requer intervenção breve e monitoramento;
- Zona IV (grandes chances de dependência) → 20 a 40 pontos evidencia a necessidade de encaminhamento para serviço especializado (SILVEIRA; DOERING-SILVEIRA, 2017).

Mulheres com pontuação de 0 a 7 no AUDIT foram consideradas consumidoras de baixo risco, aquelas com resultados superior a 8 pontos no AUDIT foram classificadas como consumo de risco, nocivo e de provável dependência (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS, 2001).

4.2.4.3 Recrutamento de Participantes

Para o início da coleta de dados, houve contato prévio para articulação com o representante do Distrito Sanitário e com os profissionais (gerentes, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)) das Unidades de Saúde da Família (USF) responsáveis pela abrangência territorial das comunidades ribeirinhas. Nas reuniões da equipe de saúde, a pesquisadora responsável explicou sobre a pesquisa, seu objetivo, tempo estimado e a população específica do estudo.

A partir desse contato, os ACS acordavam uma data junto com a pesquisadora para realizar o reconhecimento da comunidade e buscar equipamentos urbanos comunitários onde pudessem ser realizadas todas as etapas da pesquisa de forma privativa. Assim, foram propostas datas para o início da coleta, e os ACS usavam desse íterim para divulgar a pesquisa entre as moradoras, também foram afixados nos locais de coleta cartazes divulgando data e horário da realização da pesquisa.

4.2.4.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu de junho a novembro de 2019 em equipamentos urbanos comunitários. Equipamentos urbanos comunitários são todos os bens públicos ou privados, de utilidade pública, úteis à prestação de serviços necessários ao funcionamento da cidade. Esses podem ser classificados como circulação e transporte, cultura e religião, esporte e lazer, infraestrutura, sistema de comunicação, sistema de energia, sistema de iluminação pública, sistema de saneamento, segurança pública e proteção, abastecimento, administração pública, assistência social, educação e saúde (NEVES, 2015). Para este estudo foram utilizados equipamentos como associação de moradores, restaurante, espaço paroquial. Nos horários de coleta esses espaços não possuíam programação para uso, assim estando disponível exclusivamente para a equipe de coleta de dados.

As mulheres elegíveis eram convidadas a participar do estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi lido individualmente para cada participante e esclarecido conforme surgissem dúvidas, portanto, esse era assinado em duas vias antes da obtenção das informações da pesquisa. Para os casos de analfabetismo, o TCLE foi explicado para a participante e a assinatura deste foi dactiloscópica.

Em seguida, as entrevistas eram realizadas de maneira individual e privativa, garantindo a privacidade e sigilo das informações declaradas. Após, as participantes se dirigiam para realização de testes rápidos de triagem para as hepatites virais B e C, HIV e sífilis, seguindo rigorosamente todas as diretrizes apontadas no protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018^b).

Todas as fases da coleta de dados resultavam em um tempo médio de 40 minutos previamente elucidado a cada participante. A pesquisadora responsável participou de todas as fases, além da inspeção do fluxo de todo o processo.

Houve limitações quanto ao período de coleta de dados, inviabilizando o cumprimento do cronograma estabelecido. Visto que, algumas comunidades não possuíam equipamentos urbanos comunitários adequados para a coleta de dados; o difícil acesso as comunidades; o período de chuvas com cheias que ocasionaram danos aos moradores; a necessidade da disponibilidade dos ACS para acompanhar a equipe durante a coleta por questão de segurança da equipe.

4.2.5 Testagem rápida

O aconselhamento pré-teste ocorreu de forma individualizada por cada entrevistador, enfatizando os testes que seriam realizados, se o indivíduo tinha realizado algum dos testes anteriormente, a garantia do sigilo dos resultados, além de explicitar quais as condutas que seriam adotadas diante de testes considerados positivos quanto ao encaminhamento e a continuidade do acompanhamento nos serviços de referência.

Para a testagem rápida, a coleta da amostra é de simples execução, em que se utiliza uma gota de sangue da polpa digital; materiais como álcool a 70%, algodão para higienização; lancetas e pipetas provenientes de cada teste; equipamentos de proteção individual; cronômetro.

A interpretação ocorre igualmente para os testes rápidos, apenas com a diferença do tempo de leitura. O princípio da testagem válida se dá quando surge uma linha colorida no cassete indicando controle. No momento da leitura, quando se têm apenas a linha do controle, indica um teste válido e não reagente. Quando surge a segunda linha, este teste é interpretado como válido e reagente. Os testes são considerados inválidos quando a linha do controle não aparece dentro do tempo determinado pelo fabricante para leitura do resultado, havendo necessidade de repetir a testagem (BRASIL, 2018^b).

O teste rápido para hepatite B da distribuidora *Bioclin*, consiste na detecção do antígeno HBsAg com a possibilidade de leitura entre 15 a 30 minutos da inserção da amostra de sangue e do diluente, inviabilizando a interpretação posterior (BRASIL, 2015^b). Para hepatite C há detecção de anticorpos anti-HCV. Utilizou-se o fabricante *Alere* que permite a leitura do resultado entre 10 a 15 minutos não podendo ser interpretado após 15 minutos (BRASIL, 2017).

Havia dois testes para HIV, conforme preconizado, ambos detectam anticorpos anti-HIV. O primeiro teste do laboratório *Abon* caso apresentasse resultado reagente era realizado o segundo teste confirmatório. A leitura deve proceder entre 10 a 20 minutos (BRASIL, 2010).

O teste rápido utilizado para triagem da sífilis era da distribuidora *Bioclin* que indica a leitura após 15 a 30 minutos, inviabilizando a interpretação posterior. Este é um método para determinação qualitativa de anticorpos totais (IgG, IgM e IgA) anti-*Treponema pallidum* (BRASIL, 2016). Os casos reagentes não têm como precisar se há uma infecção ativa ou apenas uma cicatriz sorológica, por isso a necessidade de confirmar o diagnóstico com exame de testagem não treponêmico, *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) (BRASIL, 2018^b).

Os resultados dos testes rápidos foram registrados em formulários elaborados, (APÊNDICE C), que serviram para o controle da pesquisadora e para a entrega dos resultados aos indivíduos.

No aconselhamento pós-teste, realizado pessoalmente e individualmente, em local privativo, medidas preventivas dos comportamentos sexuais de risco foram abordadas. As participantes, cujos resultados revelaram positividade para algumas das IST investigadas, foram orientadas e encaminhadas para o serviço de referência do município Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) (APÊNDICE D) para a possível confirmação diagnóstica e caso necessário, a realização do tratamento gratuito e individual.

4.2.6 Análise dos Dados

Os dados obtidos foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* - versão 2013. A partir da identificação de todas as variáveis no dicionário foi construído um banco de dados e logo após alimentado, a alimentação do banco ocorreu por pares. Em seguida, os dados foram importados para o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) – versão 21.0 em que ocorreram as análises estatísticas.

Os dados passaram por análise descritiva, utilizando frequência absoluta, relativa e percentuais para as variáveis categóricas, enquanto para as variáveis numéricas foram usadas medidas de média, mediana, desvio padrão e valores mínimo e máximo, assim, caracterizando a amostra.

Para a análise da qualidade de vida sexual, a variável desfecho partiu da resposta do ECOS “como considera sua vida sexual” (muito ruim, ruim, regular, boa, ótima). Utilizou-se a análise bivariada do modelo de regressão logística para estimar as razões de chances ou *Odds Ratio* (OR) com Índice de Confiança (IC) 95%. As variáveis que apresentaram um $p < 0,25$ foram incluídas simultaneamente no modelo de regressão logística múltipla. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes.

A partir da identificação da prevalência das hepatites virais B e C, HIV e sífilis, foi utilizado o modelo de regressão logística binária para verificar associação com comportamentos. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos, OR com IC 95% foram utilizados para análise.

4.2.7 Aspectos Éticos

O presente estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual disponibiliza todos os aspectos éticos a serem respeitados e seguidos, quando há o envolvimento de seres humanos no desenvolvimento de uma pesquisa (BRASIL, 2012).

Diante disso, este projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba via Plataforma Brasil, tendo número de CAAE: 13419819.3.0000.5188 e Parecer de Aprovação nº 3.340.273.

As informações desta pesquisa são confidenciais com divulgação apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação das voluntárias, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa se conservarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora pelo período mínimo de cinco anos.

4.2.7.1 Riscos

Os riscos inerentes à participação na pesquisa foram: possível desconforto da participante em responder perguntas relacionadas ao seu comportamento sexual; tempo de duração da entrevista ou sentimentos de constrangimento e apreensão em receber os resultados da testagem, além do desconforto físico para coleta sanguínea em punção da polpa digital. Para minimizar esses riscos, os locais de escolha da coleta eram privativos, a entrevista e testagem rápida ocorreram de forma individualizada; e a pesquisadora esteve disponível para esclarecer possíveis dúvidas que surgiram durante todas as etapas; o material utilizado para punção digital era adequado para coleta (lancetas).

4.2.7.2 Benefícios

Dos benefícios, destacam-se: o conhecimento sobre o comportamento sexual das mulheres de comunidades ribeirinhas de João Pessoa – PB; bem como a prevalência do vírus das hepatites virais B e C, HIV e sífilis nessas mulheres; a caracterização sociodemográfica; além do acesso imediato ao resultado dos testes, uma vez que mulheres em condições de vulnerabilidade possuem dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Somado a isso, o encaminhamento em tempo oportuno para resultados reagentes.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Artigo 1 – Comportamento Sexual de Mulheres e as Infecções Sexualmente Transmissíveis: um estudo de revisão

Este subcapítulo dos resultados encontra-se contemplado em um artigo oriundo de uma pesquisa de revisão integrativa sobre os comportamentos sexuais de risco das mulheres no desenvolvimento de Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manuscrito nas normas de um periódico de Enfermagem.

HOLLANDA, G.S.E.; NOGUEIRA, W.P.; FREIRE, M.E.M.; *et al.* Comportamento Sexual de Mulheres e as Infecções Sexualmente Transmissíveis: um estudo de revisão. ABCS Health Sciences (em análise).

RESUMO

Introdução: Os comportamentos sexuais de risco das mulheres favorecem o aumento na prevalência das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Objetivo:** Identificar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre os comportamentos sexuais de risco das mulheres no contexto das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Métodos:** Revisão integrativa de artigos disponíveis na íntegra, obtidos nas bases PubMed, EBSCO, LILACS e Web of Science. Foram utilizados descritores controlados e palavras-chave “women” ou “woman” ou “female”, “sexually transmitted disease/transmission” ou “sexually transmitted diseases/transmission” e “comportamento sexual de risco” ou “unsafe sex”. **Resultados:** Foram identificados 794 estudos. Desses, 28 estudos compuseram a amostra. As evidências foram agrupadas em quatro tópicos, sendo estes: Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas; Comportamento sexual relacionado a parcerias; Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo; Comportamento sexual relacionado à idade. **Conclusão:** Os principais comportamentos sexuais de risco entre mulheres que contribuem para o desenvolvimento de infecções foram o não uso de preservativo; início da vida sexual precoce; múltiplos parceiros sexuais; uso de álcool e outras drogas; trabalho sexual e/ou troca de sexo por dinheiro ou drogas; uso da internet para recrutar parceria sexual; mulheres que fazem sexo com mulheres; disparidade de idade em relacionamentos; relacionamentos intergeracionais.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres; Comportamento Sexual; Infecção Sexualmente Transmissível, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O comportamento sexual é fruto de aprendizado das relações sociais não intencionais, majoritariamente, que não envolve dimensões afetivas e psicológicas associadas à atividade sexual. Compreende-se que a depender do aspecto cultural, contexto histórico, social, e de vida de cada pessoa, o comportamento sexual pode trazer repercussões negativas e indesejáveis para o indivíduo e para outros, como gravidez e aquisição de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), inclusive o HIV^{1,2}.

Nos últimos anos, as mudanças de comportamento sexual favoreceram o aumento na prevalência de IST, principalmente o HIV³. A não adesão ao uso do preservativo e a multiplicidade de parceiros representam as principais mudanças de comportamento sexual. Em relação às mulheres, o não uso do preservativo com novos parceiros, prática bastante comum, tem aumentado consideravelmente. Questões sociais e relações quanto à desigualdade de gênero devem ser valorizadas quando se fala em comportamento sexual de risco feminino^{3,4}.

Ao longo dos anos, os comportamentos sexuais expressam as mudanças e as permanências na história das IST, seja em seu perfil epidemiológico ou nas ações de enfrentamento⁵. Apesar do predomínio de casos no sexo masculino, a velocidade de crescimento das IST em mulheres demonstra que, nas últimas décadas, o comportamento sexual de risco das mulheres tornou-se prevalente, e possíveis fatores desta mudança de comportamento seriam os contextos sociocultural e a modernidade^{6,7}, principalmente pela utilização de aplicativos móveis para recrutamento de parceiros sexuais. Porém, por envolver aspectos socioculturais, a negociação do sexo seguro é restrita, pois ainda que as mulheres compreendam sua vulnerabilidade, muitas delas sabem que seu poder para reduzir ou eliminar o risco é limitado pelo parceiro, e outras ainda tratam a confiança e a fidelidade como elementos vinculados à proteção^{7,8}.

Além disso, a maioria das mulheres não se identifica com grupos e comportamentos considerados de maior risco para o desenvolvimento de IST, tornando mais difícil sua percepção do risco e a adoção de medidas preventivas⁹.

Frente ao exposto, considerando que a temática comportamentos sexuais de risco em mulheres é pouco investigada mesmo no contexto internacional, justifica-se o interesse na

condução desta revisão, cujos resultados podem aprimorar o conhecimento das necessidades de saúde sexual e reprodutiva das mesmas, conseqüentemente, qualificando o cuidado e buscando meios para que essas mulheres compreendam sua vulnerabilidade as IST. Dessa forma, diante da mudança de comportamentos sexuais das mulheres e a importância de reconhecê-los como de risco para o desenvolvimento de IST, esta revisão tem por objetivo identificar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre os comportamentos sexuais de risco das mulheres no contexto das IST.

MÉTODOS

Realizou-se uma pesquisa descritiva do tipo revisão integrativa da literatura (RIL), a qual possibilita explorar a literatura de forma ampla e com rigor metodológico, além de analisar e sintetizar o conhecimento científico a respeito do objeto do estudo, por meio de resultados de pesquisas anteriores, assim como, identificar lacunas que devem ser preenchidas mediante a realização de novos estudos^{10,11}.

A presente revisão integrativa seguiu o cumprimento de etapas essenciais para seu desenvolvimento: identificação do tema e seleção da pergunta de revisão; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; busca e identificação dos estudos nas bases científicas; extração de dados dos estudos; avaliação dos estudos selecionados e análise crítica; síntese dos resultados da revisão; avaliação e interpretação dos resultados e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa¹².

Para a construção da questão foi empregada a estratégia PECOT (acrônimo de *patient, exposure, comparison, outcomes e time*)¹³, em que P – paciente/população (mulheres), E – exposição (comportamento sexual de risco evidenciado na literatura), C – controle/comparação (não se aplica a este estudo), O – desfecho (acontecimento e transmissão de IST), T – tempo (período de 2014 a 2019). O desenvolvimento desta RIL teve como questão de pesquisa: Quais as evidências científicas acerca de comportamentos sexuais de risco de mulheres e a relação com as IST?

A busca na literatura dos estudos primários foi realizada via internet, nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via PubMed), Ebsco, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Web of Science*. As buscas ocorreram em setembro de 2019.

Para assegurar ampla e criteriosa busca, os descritores controlados e palavras-chave foram delimitados no *Thesaurus* de acordo com cada base de dados, ou seja, *Medical Subject Headings* (Mesh) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Utilizaram-se os

indicadores booleanos *AND* e *OR*. Para a busca na base de dados LILACS, além dos operadores booleanos foram utilizados os qualificadores conforme apresentado no quadro a seguir (Quadro 1).

Quadro 1 - Estratégias de busca nas bases de dados PubMed, EBSCO, LILACS e Web of Science, João Pessoa, Paraíba, 2020.

Bases de dados	Estratégias de busca	Publicações identificadas
PUBMED	women OR woman OR female AND sexually transmitted disease/transmission OR sexually transmitted diseases/transmission AND Comportamento Sexual de Risco OR unsafe sex ... [Mesh]	718
EBSCO	women OR woman OR female AND sexually transmitted disease/transmission OR sexually transmitted diseases/transmission AND Comportamento Sexual de Risco OR unsafe sex ... [Mesh]	65
LILACS	mulher OR mulheres AND doença sexualmente transmissível/transmissão OR doença de transmissão sexual/transmissão OR infecções sexualmente transmissíveis/transmissão AND comportamento sexual de risco OR sexo de risco OR sexo desprotegido ... [DeCS]	06
WEB OF SCIENCE	women OR woman OR female AND sexually transmitted disease OR sexually transmitted diseases AND Comportamento Sexual de Risco OR unsafe sex ... [Mesh]	05

Para a seleção dos estudos primários desta revisão, os critérios de inclusão adotados foram: estudos primários em que os autores investigaram os comportamentos sexuais para transmissão de IST em mulheres do sexo feminino, que não passaram por cirurgia de adequação sexual; pesquisas publicadas em português, inglês ou espanhol; e nos

últimos cinco anos (01 de setembro de 2014 a 01 de setembro de 2019). Houve delimitação de tempo para garantir o quantitativo adequado de estudos, visto que, um número elevado de pesquisas primárias inviabilizaria a condução das etapas seguintes da revisão.

A inclusão dos estudos se deu de forma sistematizada por meio do método PRISMA (*Preferred Reporting Items Systematic Reviews And Meta-Analyses*)¹⁴. Inicialmente, para eleger os estudos que integrariam a amostra, foram lidos os títulos e resumos dos artigos extraídos na busca e analisados por um dos autores. Na etapa seguinte, se deu a leitura dos artigos na íntegra por dois pesquisadores e de forma independente, com a finalidade de aceder à apropriação da questão de revisão, para então, prosseguir com a extração dos dados de interesse para o estudo. Em caso de discordâncias de opiniões na análise dos artigos, os pesquisadores se reuniram e entraram num consenso.

Na Figura 1, apresenta-se o fluxograma da seleção dos estudos primários.

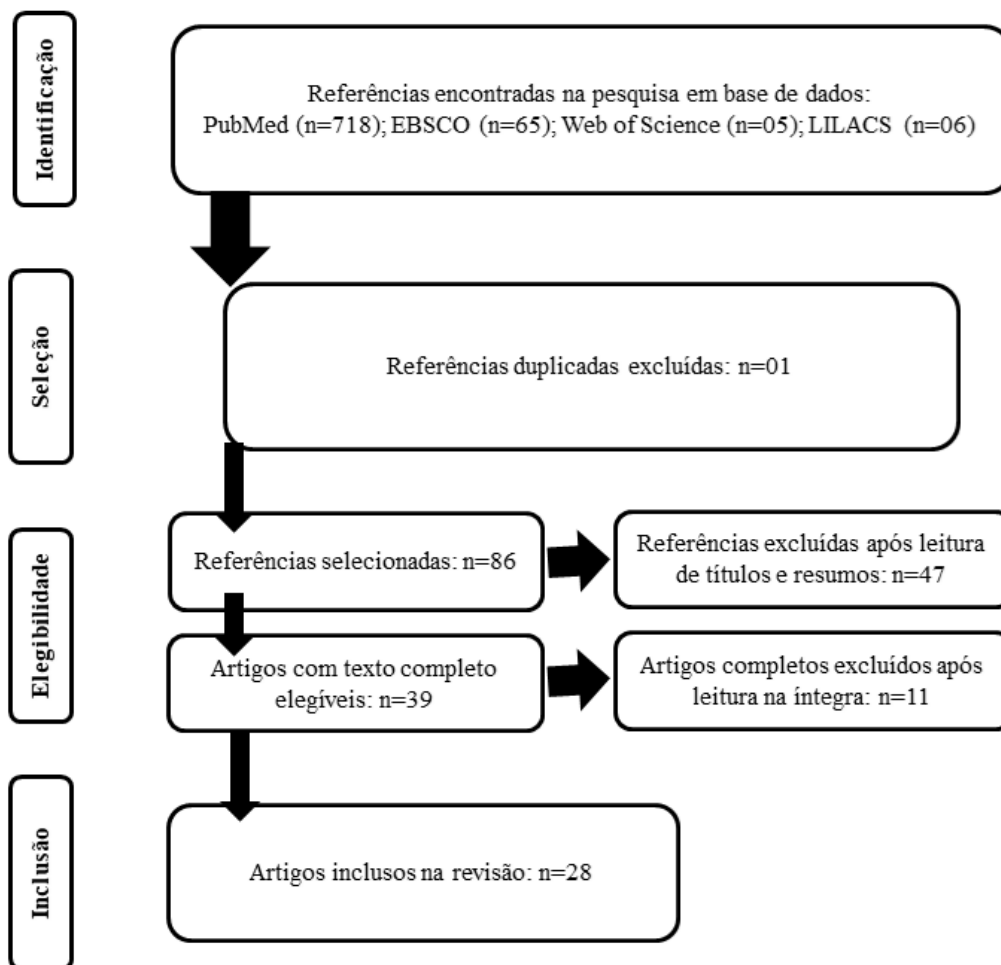


Figura 1 - Fluxograma da seleção dos estudos primários – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) – Diagram Flow. João Pessoa, Paraíba, 2020.

A extração de informações dos artigos ocorreu a partir de um instrumento de coleta estruturado. Para cada artigo da amostra final desta revisão, foi preenchido o formulário de identificação do estudo, após tradução e leitura exaustiva, permitindo recolhimento de informações de forma sistemática por pares, como: as informações de interesse retiradas foram: título do estudo, autores, base de dados em que foi localizada a publicação, periódico, ano de publicação, objetivo, desenho do estudo, público-alvo e comportamentos sexuais de risco que apresentam associação com as IST. Assim, os resultados foram apresentados descritivamente por meio de um quadro-síntese (Quadro 2), permitindo uma visão geral dos principais achados dentre os estudos selecionados para esta RIL.

Para a identificação da qualidade das evidências dos estudos extraídos para esta RIL, foi norteada pela classificação adota por Melnyk, Finout-Overholt *et al* (2014), a qual contempla sete níveis. No nível I, o mais forte, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados; Nível II, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível III, evidências provenientes de ensaios clínicos não randomizados; Nível IV, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle; Nível V, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível VI, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII, menor nível, as evidências são oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas¹⁵.

RESULTADOS

O estudo resultou na análise de 28 artigos. Com relação à base de dados, 16 estudos (57,1%) foram identificados na *Medline* (via *PubMed*), cinco (17,8%) na *Ebsco*, quatro (14,2%) na *Web of Science* e três (10,7%) na LILACS. Com relação ao país de origem, seis estudos (21,4%) eram dos Estados Unidos da América, cinco (17,8%) do Brasil, três (10,7%) da Etiópia, dois (7,1%) do Reino Unido, Portugal, Colômbia, Suécia e Espanha, respectivamente, além de um estudo (3,5%) da Jamaica, China, Tailândia, Chile, respectivamente.

Quanto ao período de publicação, sete estudos (25%) foram publicados em 2015, nove (32,1%) em 2016, seis (21,4%) em 2017, cinco (17,8%) em 2018 e um estudo (3,5%) em 2019. Em relação à força das evidências obtidas nos artigos, encontrou-se, 28 estudos com nível de evidência IV, sendo 24 estudos do tipo transversal, dois de coorte, um correlacional e um retrospectivo.

Os estudos foram agrupados em quatro tópicos para melhor compreensão, sendo estes: Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas; Comportamento sexual relacionado a parcerias; Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo; Comportamento sexual relacionado à idade. O Quadro 2 apresenta os estudos segundo autores, ano de publicação, objetivos, caracterização da amostra e comportamentos sexuais de risco.

Quadro 2 - Descrição da produção de conhecimentos sobre os comportamentos sexuais de mulheres associados à prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis, segundo autores, ano de publicação, objetivos, caracterização da amostra, comportamentos sexuais de risco. João Pessoa, Paraíba, 2020.

Autores, Ano de publicação	Objetivos	Caracterização da amostra	Comportamentos sexuais de risco
Hotton <i>et al.</i> , 2017	Analisar pessoas que usam drogas injetáveis e suas redes de suporte e sexual	Homens (106) e mulheres (56) que fazem uso de drogas injetáveis em Chicago – EUA	<p>Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas→ As mulheres são mais propensas a compartilhar materiais de uso para drogas injetáveis com seus parceiros sexuais (<0,05); Mulheres tiveram uma probabilidade significativamente maior (<0,01) de relatar sexo em troca de dinheiro ou drogas do que os homens (66% vs. 4%).</p> <p>Comportamento sexual relacionado a parcerias→ 43% das mulheres relataram >2 parceiros nos últimos 6 meses em comparação aos homens (30%); Mulheres tiveram uma probabilidade significativamente maior (<0,01) de ter parceiros com status desconhecido para HIV do que os homens (34% vs. 9%).</p> <p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ Significante quando havia maior confiança nos parceiros sexuais, morava no mesmo domicílio, mais jovens, múltiplos parceiros, raça hispânica, tido uma IST nos últimos 6 meses.</p>
Friedman <i>et al.</i> , 2017	Descrever o comportamento, parcerias e configurações de risco sexual de jovens usuários de opioides	Homens (307) e mulheres (153) que usam opioides de forma não medicamentosa em Nova Iorque – EUA	<p>Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas→ Àqueles que relataram uso de drogas injetáveis era mais propenso a se envolver em trabalho sexual e menos propenso a usar preservativo consistentemente (90 dias); Nos últimos 90 dias 40% dos entrevistados fez sexo com uma ou mais pessoas que injetam drogas, incluindo homens (30%) e mulheres (53%) (<0,001).</p> <p>Comportamento sexual relacionado a parcerias→ 10% das mulheres relatou sexo com outras mulheres nos últimos 90 dias, 56% das mulheres</p>

			<p>relatou sexo com outras mulheres na vida; 12% das mulheres relatou sexo em grupo em um evento sexual, 8% em dois eventos e 5% entre 10-20 eventos.</p> <p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ 13% das mulheres relatou que o preservativo sempre foi usado nos últimos 90 dias durante o sexo vaginal e 3% (1 de 29) durante o sexo anal.</p>
Villar-Loubet <i>et al.</i> , 2016	<p>Analisar informações demográficas, de saúde mental, poder de relacionamento, auto-eficácia sexual, autoestima, aculturação e HIV como correlatos de relações sexuais desprotegidas</p>	<p>Mulheres (514) HIV-negativas do sul da Flórida – EUA</p>	<p>Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas→ Associação potencialmente significativa entre relações sexuais desprotegidas e trocar sexo.</p> <p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ Nos últimos 12 meses, as chances de relações anais desprotegidas aumentam (AOR = 1,63; IC = 95% = 1,08, 2,45) com atribuições crescentes do poder do relacionamento sexual ao parceiro masculino.</p>
Kalichman <i>et al.</i> , 2016	<p>Investigar os efeitos das crenças infecciosas e da percepção pessoal de risco sobre os riscos de transmissão do HIV entre homens e mulheres HIV positivos sexualmente ativos</p>	<p>Homens (760) e mulheres (280) recrutados em serviços comunitários e clínicas de doenças infecciosas de Atlanta e Geórgia – EUA</p>	<p>Comportamento sexual relacionado a parcerias→ (100% = 28 dias). Houve 63% dias de atividade sexual que envolveu um parceiro que não revelou ser HIV positivo para o participante do estudo.</p> <p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ 591 (84%) participantes sexualmente ativos tiveram relações sexuais (vaginal ou anal) sem preservativo. Uma média de 3,11 dias.</p>
Oliveira <i>et al.</i> , 2016	<p>Verificar comportamentos de risco e autopercepção de vulnerabilidade às IST e AIDS entre mulheres usuárias de uma unidade de saúde</p>	<p>Mulheres (150) usuárias de uma Unidade de Saúde em Campina Grande/PB - Brasil</p>	<p>Comportamento sexual relacionado a parcerias→ 10% (15) afirmaram possível susceptibilidade.</p> <p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ 60,7% das usuárias referiu não usar o preservativo durante a relação sexual, 22,7% referiram usar às vezes, 12,7% usavam sempre e somente 4% faziam uso frequentemente.</p> <p>Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas→ 76% (114) concordaram que o uso abusivo do álcool pode levar à relação sexual desprotegida; 98,7% (148) afirmou que tais substâncias</p>

			estimulam o sexo sem proteção.
Silva <i>et al.</i> , 2017	Verificar a relação de variáveis interpessoais como o amor e atitudes sexuais com o comportamento de prevenção às IST de pessoas idosas no contexto dos relacionamentos íntimos	Idosos (170) e idosas (182) cognitivamente saudáveis do Rio de Janeiro – Brasil.	Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → Declaração de atitude favorável ao uso de preservativos, mas não costumavam usá-lo, nas relações sexuais com a(o) esposa(o) (M = 1,22; DP = 1,62), com a parceira(o) sem compromisso (M = 1,51; DP = 2,13) ou com a(o) namorada(o) (M = 1,41; DP = 2,04).
Bertoli <i>et al.</i> , 2016	Avaliar a atitude de estudantes universitários em relação às IST e a influência do ambiente universitário nesses comportamentos	Homens (620) e mulheres (730) estudantes universitários do Paraná - Brasil	Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → 727 (91,2%) dos estudantes não usaram preservativo no sexo oral; 417 (47,9%) dos universitários não usaram preservativo no sexo vaginal; 190 (61,3%) dos estudantes não usaram preservativo no sexo anal. No sexo vaginal (53,3%) e anal (68,1%), as mulheres declararam usar preservativo com menos frequência do que os homens (41,3% vaginal; 55,8% anal).
Penha <i>et al.</i> , 2015	Identificar os fatores de risco para IST em FSW e verificar a associação entre uso do preservativo pelo parceiro, pelo cliente e as características dessas mulheres	FSW (73) de Picos/PI – Brasil	Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas → Associação significativa de tempo na profissão (> que 1 ano) com uso do preservativo masculino pelo cliente (p<0,029). Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → Alguns estabelecimentos exigem ou não o uso do preservativo (aumentando o valor do programa quando não é obrigatório o uso). Além do uso com clientes e não uso com os parceiros, porém sem associação significativa.
Costa <i>et al.</i> , 2018	Avaliar o conhecimento sobre HIV, a percepção de risco e o comportamento sexual de risco	Mulheres (177) consideradas de risco para infecção por HIV ou outra IST, recrutadas no Norte de Portugal	Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → Mulheres católicas praticantes de religião relataram com maior frequência o uso do preservativo em sexo anal do que mulheres não praticantes de religião (M = 0,023 vs. 0,000; Z = -2,016; p = 0,044); Sexo oral sem preservativo mais prevalente em indivíduos sem ensino superior (M = 5,23 vs. 4,69; Z = -2,752; p = 0,006).

Martins <i>et al.</i> , 2018	Analisar o comportamento sexual e estimar a prevalência de IST em mulheres de apenados	Mulheres (349) de apenados nas três maiores penitenciárias do estado do Paraná - Brasil	<p>Comportamento sexual relacionado a parcerias→ Mais de 1 parceiro nos últimos doze 12 meses (<0,006), apresentaram 1,9 (IC95% 1,2–3,0) vezes mais chances de contrair IST.</p> <p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ Motivado por violência sexual sofrida (<0,001).</p> <p>Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas→ Sexo sob o efeito de álcool (<0,001); efeito de drogas (<0,001); trocar sexo por dinheiro ou drogas (<0,001).</p>
Santos <i>et al.</i> , 2018	Caracterizar as práticas contraceptivas dos estudantes do ensino superior, atendendo às questões de gênero, e identificar fatores que contribuem para a utilização dos diferentes métodos contraceptivos	Homens (700) e mulheres (1246) estudantes de uma Universidade do norte de Portugal	<p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ Metade dos estudantes (49,8%) que indicou usar o preservativo, isoladamente ou em combinação com a pílula, não o usava consistentemente, sendo assim considerados não utilizadores.</p>
Villegas-Castãno <i>et al.</i> , 2016	Estabelecer a prevalência de IST e fatores de risco para adquiri-las em estudantes de escolas públicas do município de Medellín - Colômbia	Homens (315) e mulheres (254) de matriculados no nono, décimo e décimo primeiro ano de escolas públicas em Medellín - Colômbia	<p>Comportamento sexual relacionado a parcerias→ Histórico de 3 ou mais parceiros sexuais (30,6%), sexo com outras pessoas que não o parceiro formal (18,8%).</p> <p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ Não usar preservativo (58,2%) ou não ter usado na última relação sexual (41,7%).</p> <p>Comportamento sexual relacionado à idade → Relação sexual antes dos 15 anos de idade (59,9%); Parceiros dez ou mais anos mais velhos que eles (20,4%).</p>
Singkorn <i>et al.</i> , 2019	Estimar a prevalência e determinar os fatores associados ao uso de álcool entre jovens da tribo Akha e Lahu em Chiang Rai, Tailândia	Homens (366) e mulheres (371) que vivem nas aldeias na província de Chiang Rai - Tailândia	<p>Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas→ Experimentou sexo inseguro com pessoas que não eram parceiros regulares depois de consumir bebida alcoólica (17,2%).</p>

Mueses-Marín <i>et al.</i> , 2018	Descrever as percepções de risco sexual, HIV e testagem para HIV em pessoas com práticas sexuais de risco e em pessoas que se identificam como heterossexuais	Homens (471) e mulheres (468) em dois grupos (G1: risco tradicional; G2: pessoas não pertencentes ao grupo de risco tradicional) em Calí - Colômbia	<p>Comportamento sexual relacionado a parcerias→ Grupo 1 (19%) e grupo 2 (1%) vivem com uma pessoa com HIV (<0,001). Grupo 1 (33%) e grupo 2 (8%) sabem ou suspeitam que o parceiro atual/antigo tem/tinha HIV (<0,001).</p> <p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ Apenas 32% do Grupo 1 e 9% do Grupo 2 relataram usar preservativo em todas as relações sexuais nos últimos 12 meses (<0,001).</p> <p>Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas→ Grupo 1 (51%) e Grupo 2 (53%) fizeram sexo após o consumo de bebida alcoólica (=0,677); Grupo 1 (52%) e Grupo 2 (38%) fizeram sexo após o uso de substâncias psicoativas (<0,001); Grupo 1 (32%) e Grupo 2 (3%) trocaram sexo por benefícios (<0,001).</p>
Ncube <i>et al.</i> , 2017	Avaliar a prevalência, fatores e comportamentos sexuais de risco entre indivíduos HIV positivos em atendimento clínico no noroeste da Jamaica.	Homens (33) e mulheres (85) que frequentaram unidades de tratamento para HIV no Westmoreland, St. James e Hanover - Jamaica	<p>Comportamento sexual relacionado a parcerias→ 38% tinham parceiros soropositivos e 38% não sabiam o estado sorológico do seu parceiro.</p> <p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ 12% da população do estudo declarou ter sexo anal ou vaginal desprotegido sem revelar seu status de HIV. Esses participantes tinham 90% menos probabilidade de ter usado preservativo durante o último encontro sexual (OR = 0,1; IC95%: 0,02-0,5); 25% usaram preservativo de forma irregular nos últimos 12 meses; 11% não tinham usado na última relação sexual.</p>
Tanton <i>et al.</i> , 2018	Descrever as características de atendimento em clínicas de saúde sexual de pessoas que relataram sexo inseguro no ano passado	Homens (4819), mulheres (6668) sexualmente ativos e participantes da Pesquisa Nacional de Atitudes e Estilos de Vida Sexuais na Grã-Bretanha – Reino Unido	<p>Comportamento sexual relacionado a parcerias→ A maioria das mulheres atendidas em clínicas de saúde sexual tiveram 2 ou mais parceiros no ano anterior (79,7%); 8,4% das mulheres que buscaram atendimento de saúde sexual no ano passado fez sexo em grupo; Mulheres que não buscaram atendimento de saúde sexual e buscaram parceiro sexual na internet no ano anterior (9,1%).</p> <p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ 15% dos participantes praticaram sexo inseguro no ano passado.</p> <p>Comportamento sexual relacionado à idade → Uma parcela de mulheres atendidas nessas clínicas tiveram pelo menos 1 parceria com diferença de 5 anos no ano passado (44,8%); Mulheres que tiveram relação sexual antes dos 16 anos e buscaram atendimento de saúde sexual (44,8%).</p>
Pérez-	Determinar os fatores	Homens (277) e	Comportamento sexual relacionado a parcerias → A maioria teve 1

Morente <i>et al.</i> , 2017	de risco associados a comportamento sexual de uma população atendida em um centro de controle de IST na província de Granada, bem como analisar se houve diferenças com base no sexo	mulheres (219) com história clínica suspeita de IST de Granada - E	parceiro (32,9%), seguido de 3-5 parceiros (23,8%) e 2 parceiros (17,3%) no último ano; Mulheres que fazem sexo com outras mulheres, sendo bissexuais (1,4%) ou homossexuais (0,8%). Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → A maioria teve contato sem preservativo entre 1 e 3 semanas antes da consulta (16,5%); 1-3 semanas sexo oral sem preservativo 7 (1,4); 1-2 meses sexo oral sem preservativo 3 (0,6); >2-6 meses sexo oral sem preservativo 4 (0,8); >6-12 meses sexo oral sem preservativo 1 (0,2).
Ali <i>et al.</i> , 2016	Determinar a magnitude, seus fatores e o perfil de resistência antimicrobiana de N. gonorrhoeae em um local onde há práticas culturais relacionadas ao risco e uma prevalência relativamente alta de HIV	Homens (106) e mulheres (80) com suspeita de IST atendidos em ambulatório do Hospital de Gambella - Etiópia	Comportamento sexual relacionado a parcerias → Dos 14 entrevistados que tiveram múltiplos parceiros, 42,9% foram positivos para infecção. Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas → Com o uso de álcool foi de 19,3% [(p = 0,013), AOR (95 % CI) = 5,53 (1,44, 21,24)]; taxa de infecção entre os fumantes foi de 38,1% [(p = 0,015), AOR (IC 95%) = 4,84 (1,35, 17,34)]. Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → A proporção de IST por N. gonorrhoeae foi de 12,9% entre os que relataram não usar preservativo, contra 5,1% entre os que relataram uso de preservativo (p=0,188). A chance de ter infecção entre aqueles que não usam preservativo foi oito vezes maior do que aqueles que usam regularmente.
Koffarnus <i>et al.</i> , 2017	Comparar a adoção de comportamentos para sexo seguro em usuários recreativos de cocaína com participantes dependentes de cocaína e controles não dependentes	Homens e mulheres em três grupos (G1: 69 pessoas dependentes de cocaína; G2: 29 pessoas usuárias de cocaína “recreativa”; G3: 64 pessoas do grupo controle) nos EUA	Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas → A probabilidade do uso do preservativo no grupo Controle era significativamente maior que no grupo Recreação (p= 0,002) e tendia a ser maior que o grupo Dependente de Cocaína (p = 0,054); Os principais efeitos de práticas sexuais de risco tiveram relação com tabagismo ($\chi^2(1) = 0,2$, p = 0,7).
Irarrázabal <i>et al.</i> , 2016	Identificar a relação entre uso de substâncias e comportamentos de	Mulheres (203) que usaram alguma substância nos últimos	Comportamento sexual relacionado a parcerias → 74,4% relatam ter tido mais de um parceiro sexual em suas vidas (entre 2 e 35 casais, x = 4,9) Nos últimos três meses, 6,9% relatam ter entre 2 e 3 parceiros sexuais.

	risco para adquirir HIV, em mulheres que vivem nas comunidades de La Pintana e Puente Alto e que relataram ter consumido substâncias	3 meses de Puente Alto e La Pintana - Chile	Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → 95,6% das participantes relata ter tido alguma relação sexual desprotegida; 76,9% relata que todas as suas relações sexuais são desprotegidas. Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas → 100% das mulheres relataram ter usado abusivamente álcool ou drogas antes de ter uma relação sexual, dessas 39,5% relataram ter feito sexo desprotegido; 2,0% das participantes relatam ter trocado sexo por drogas ou dinheiro em algum momento da vida.
Moure-Rodríguez <i>et al.</i> , 2016	Determinar a incidência de sexo sob o efeito de álcool e sexo sem preservativo entre estudantes universitários e sua associação com o consumo intensivo de álcool e uso de <i>cannabis</i>	Estudantes universitários (1362 inicial) acompanhados por cinco anos (homens: 117; mulheres: 400) em Santiago de Compostela – E.	Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas → Sexo sob o efeito de álcool foi de 40,9% para mulheres e 53,0% para os homens; O uso de <i>cannabis</i> em mulheres foi associado ao sexo sem preservativo (OR=2,96, IC 95%: 1,52-5,75). Não foram encontradas associações significativas para os homens. Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → Sexo sem uso do preservativo foi de 13,7% para mulheres, comparado a 25,7% para os homens.
Baifeng Chen <i>et al.</i> , 2016	Identificar os perfis pessoais e comportamentos de risco entre as pessoas que usam drogas injetáveis dos centros de desintoxicação na cidade de Maanshan	Homens (718) e mulheres (198) de centros de desintoxicação de Maanshan - China	Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas → 154 (16,8%) relataram compartilhamento receptivo de seringas. O compartilhamento de seringas também foi associado positivamente ao uso inconsistente de preservativos; 112 (12,2%) relatou sexo comercial desprotegido no ano passado. Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → Em mulheres, o uso inconsistente do preservativo foi de 21 (10,6%).
Sonnenberg <i>et al.</i> , 2015	Descrever a epidemiologia da MG em homens e mulheres britânicos entre 16 e 44 anos e explorar suas	Homens e mulheres (4828) testados para MG e participantes da Pesquisa Nacional de Atitudes e Estilos de	Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → Não foram encontradas associações significativas. Mas esteve fortemente associado a comportamentos sexuais de risco (≥ 2 parceiros vitalícios, ≥ 1 parceiro no ano passado; não uso de preservativo na última relação vaginal). Comportamento sexual relacionado a parcerias → Experiência do mesmo

	características como uma potencial IST	Vida Sexuais na Grã-Bretanha – Reino Unido	sexo envolvendo contato genital 3,1%. Essas mulheres apresentaram maior probabilidade de testar MG positivo (OR 2,80; 1,09–7,22).
Tamene <i>et al.</i> , 2015	Avaliar a utilização do preservativo e o comportamento sexual de FSW na cidade de Gondar, no noroeste da Etiópia.	FSW com dados quantitativos (488) e qualitativos (10) coletados em Gondar - Etiópia	<p>Comportamento sexual relacionado a parcerias→ O número de clientes das FSW varia de 3 a 70, com mediana de 13 clientes por mês. No último mês, 32% das FSW enfrentaram incidência de quebra de preservativo durante a relação sexual. FSW que tinham menos clientes em um mês do que a mediana tinha 2,5 vezes mais chances de usar preservativo do que aqueles que tinham mais clientes que a mediana (AOR: 2,5, IC 95% (1,42,4,25)).</p> <p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ Embora 64 e 25 FSW pratiquem sexo anal e oral, respectivamente, apenas 34 e 3 delas usavam preservativo, respectivamente; A utilização consistente e correta do preservativo entre as FSW foi de 233 (47,7%). “O uso ou não depende do cliente”.</p> <p>Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas→ Neste estudo, 360 (73,8%) dos entrevistados ingeriu álcool no último mês, dos quais 119 (33,1) consumiram diariamente. “Eu bebo bastante, para evitar dormir e facilmente dizer aceito a meus clientes sexuais”; Anos de trabalho como FSW esteve associada em regressão logística com o uso do preservativo.</p>
Gezie et al., 2015	Determinar a prática sexual insegura e seus fatores em FSW em Metemma Yohannes, noroeste da Etiópia	FSW (467) que exerceram pelo menos três meses antes do estudo retrospectivo em Mettema Yohannis - Etiópia	<p>Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas→ Não foi estatisticamente significativo. No entanto, durante o período de acompanhamento, o risco de sexo inseguro aumentou 3,0% a cada mês.</p> <p>Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo→ 297 (63,6%) praticava sexo inseguro. A probabilidade de praticar relações sexuais sem preservativo até ao final do mês 10, 20 e 30 foram de 0,48, 0,71 e 0,83, respectivamente.</p>
Mitchell <i>et al.</i> , 2015	Descrever a prevalência do uso de medicamentos para auxiliar o desempenho sexual na Grã-Bretanha	Homens (6863) e mulheres (7067) com idades entre 16 e 74 anos participantes da Pesquisa Nacional de	<p>Comportamento sexual relacionado a parcerias→ >3 parceiros no último ano e relatando >8 ocasiões de sexo nas últimas quatro semanas; 17,9% declarou sexo com outras mulheres; Fortes associações com o uso da internet para encontrar um parceiro no último ano.</p> <p>Comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não</p>

	e identificar fatores associados	Atitudes Sexuais e Estilos de Vida, residentes na Grã-Bretanha	lícitas → Fortes associações com o pagamento por sexo. Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → Sexo inseguro (dois ou mais parceiros e nenhum uso relatado de preservativo no último ano). Comportamento sexual relacionado à idade → Antes dos 16 anos.
Boone <i>et al.</i> , 2015	Investigar dois fatores potenciais relacionados às relações sexuais vaginais e anais desprotegidas que ainda não foram amplamente estudados nesse grupo: autoeficácia para redução de risco sexual e status de HIV do parceiro	Meninas e mulheres adolescentes (331) infectadas pelo HIV que relataram relações sexuais vaginais e/ou anal com um parceiro masculino nos últimos três meses	Comportamento sexual relacionado a parcerias → A diferença foi motivada principalmente pela diferença entre mulheres com 1 parceiro sexual e mulheres com >3 parceiros sexuais, as meninas com 1 parceiro sexual tiveram uma pontuação média geral de autoeficácia 0,76 pontos maior que as meninas com >3 parceiros (p=0,014). Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → Em média, 30,9% dos episódios sexuais de cada participante envolviam sexo vaginal ou anal desprotegido. O risco sexual foi associado com a porcentagem de episódios de relações sexuais vaginais e/ou anais ($\beta = -4,62$, $p < 0,001$; $R^2 = 0,06$).
Stenhammar <i>et al.</i> , 2015	Investigar o comportamento sexual e contraceptivo de alunas e comparar esses resultados com pesquisas anteriores.	Universitárias (359) submetidas a aconselhamento contraceptivo no <i>Student Health Center</i> , Uppsala - Suécia	Comportamento sexual relacionado a parcerias → O número médio de parceiros sexuais ao longo da vida aumentou de 4,0 em 1989 para 12,1 em 2014; e nos últimos 12 meses de 1,0 em 1989 para 2,8 em 2014. Comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo → Entre 2009 e 2014, o uso de preservativo diminuiu e a experiência de sexo anal aumentou. Entre 2009 e 2014, o uso de preservativo diminuiu. Comportamento sexual relacionado à idade → Idade média da primeira relação diminuiu de 17,6 em 1989 para 16,7 em 2014.

EUA: Estados Unidos; E: Espanha; MG: *Mycoplasma genitalium*; FSW: Mulheres profissionais do sexo.

DISCUSSÃO

Os estudos que compuseram esta revisão, os quais tratam sobre comportamentos sexuais de risco de mulheres para o desenvolvimento de IST, foram produzidos majoritariamente por estudos do tipo transversal. Todos classificados com o nível de evidência IV. Ressalta-se que as melhores evidências científicas são obtidas em pesquisas com alta qualidade metodológica, devido à capacidade de reunir informações que subsidiem a tomada de decisão clínica¹⁶.

Neste estudo, determinados comportamentos sexuais de risco para IST como: não uso de preservativo; início da vida sexual precoce; múltiplos parceiros sexuais; uso de álcool e outras drogas; trabalho sexual e/ou troca de sexo por dinheiro ou drogas, inseridos nos tópicos comportamento sexual relacionado ao uso de drogas lícitas e não lícitas; comportamento sexual relacionado a parcerias; comportamento sexual relacionado à prática do uso do preservativo e; comportamento sexual relacionado a idade do quadro dois, são retratados nos estudos e reconhecido sua relação com as IST comprovada por evidências científicas^{17,18}.

No entanto, a partir dos estudos levantados, observaram-se comportamentos sexuais de risco de mulheres que até então, pouco se discute na literatura científica: o uso da internet para recrutar parceria sexual; mulheres que fazem sexo com mulheres; disparidade de idade em relacionamentos; relacionamentos intergeracionais^{19,20}, inseridos nos tópicos comportamento sexual relacionado a parcerias e; comportamento sexual relacionado a idade do quadro dois^{19,20}.

O número considerável de mulheres que em algum momento da vida trocaram sexo por dinheiro ou drogas ou foram trabalhadoras sexuais confirma a vulnerabilidade deste grupo para as infecções⁹. Uma pesquisa mostrou que mulheres com maior tempo em exercício da prostituição apresentaram associação significativa com o uso do preservativo masculino pelo cliente. Entretanto, essas mulheres usam o preservativo com os clientes, mas não usam com os parceiros fixos²¹.

Ademais, relacionamentos estáveis e morar no mesmo domicílio que o (a) parceiro (a) podem justificar comportamentos sexuais de risco como negligenciar o uso do preservativo e o compartilhamento de materiais para uso de drogas injetáveis com parcerias sexuais²². Estudo identificou que apesar dos idosos declararem atitude favorável ao uso do preservativo, estes não usavam em suas relações estáveis²³; Pesquisa com estudantes universitários identificou que o uso do preservativo com menor frequência apresentou resultados estatisticamente significativos com a variável relacionamentos estáveis e que as

estudantes usavam preservativo com menor frequência em relação aos homens ao praticar sexo vaginal e anal²⁴.

Quanto à multiplicidade de parceiros sexuais e início da vida sexual precoce para este estudo, considerou-se múltiplas parcerias, mais de uma parceria sexual nos últimos 12 meses¹⁸ e início da vida sexual precoce, antes dos 15 anos¹⁹.

Comportamento como ter múltiplos parceiros é reconhecido como comportamento de risco por mulheres quando indagadas sobre sua vulnerabilidade às IST²⁵ e legitimada em estudos que relacionam multiplicidade de parceiros e testar positivo para uma IST^{18,26}.

Um estudo desenvolvido na Suécia, ao analisar o comportamento sexual das mulheres durante 25 anos, mostrou que o número médio de parceiros sexuais ao longo da vida aumentou (4,0 em 1989 para 12,1 em 2014; e nos últimos 12 meses de 1,0 em 1989 para 2,8 em 2014) e o uso do preservativo diminuiu em relações com novas parcerias²⁷.

O início da vida sexual precoce em mulheres está associado a maior risco de gravidez e em consequência disso, baixo nível de escolaridade, dependência financeira e nova gravidez nos anos seguintes^{28,29}. Além disso, estudo desenvolvido com adolescentes escolares sexualmente ativos antes dos 15 anos evidenciou como um dos fatores de risco para IST (59,9%)¹⁹.

Dentre os comportamentos de risco das mulheres citados brevemente nos estudos e até então pouco discutidos estão: as ferramentas digitais para recrutamento de parcerias sexuais, bem como, mulheres que fazem sexo com mulheres, disparidade de idade em relacionamentos e relacionamentos intergeracionais.

As mídias sociais e aplicativos móveis gratuitos ou de baixo custo trouxeram oportunidade de comunicação para grande parte da população que tem acesso à internet. Estes dispositivos são cada vez mais procurados por proporcionar anonimato, relacionamentos casuais e a busca de parcerias sexuais, aumentando o risco à exposição de IST³⁰.

Em pesquisa desenvolvida com mulheres africanas no final da adolescência mostrou que as relações com múltiplos parceiros estiveram associadas a independência sexual e a estratégia para expandir os recursos financeiros, troca de sexo por dinheiro. Archambault (2013) identificou mulheres moçambicanas recrutando parceiros sexuais pelos aplicativos, como forma de desfrutar dos benefícios da emancipação econômica. No entanto, há evidências de risco quanto à gravidez precoce, casamento precoce e consequente sexo intergeracional³¹ perpetuando o baixo poder aquisitivo feminino³². Outro estudo na Grã-Bretanha sobre atitudes, práticas e comportamentos sexuais verificou que o não comparecimento das mulheres entrevistadas às clínicas de saúde sexual, esteve associado ao

relato de mais de uma parceria sexual (50,7%), sexo anal (81,2%) e uso da internet para recrutar parcerias (9,1%)²⁰.

Mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) há muito são consideradas de baixo risco de adquirir e transmitir HIV e outras IST. No entanto, o número de MSM é crescente e representa além das mulheres que se autoidentificam como lésbicas ou homossexuais e fazem sexo apenas com mulheres, as mulheres bissexuais e as que se autoidentificam como heterossexuais, mas que fazem sexo com outras mulheres³³.

Ademais, este grupo se envolve em comportamentos sexuais com a troca de fluidos corporais que podem transmitir HIV ou IST as parceiras. Esses comportamentos incluem sexo oral, vaginal receptivo ou atividade anal com os dedos, fricção genital-a-genital e compartilhamento de brinquedos sexuais³⁴.

Ademais, em pesquisa realizada com um grupo de mulheres que teve experiência sexual com outras mulheres envolvendo contato genital, apresentou maior probabilidade de testar positivo para infecção por *Mycoplasma genitalium* (OR 2,80; 1,09-7,22), e essa associação permaneceu após o ajuste para idade e número de parceiros³⁵.

A disparidade de idade em relacionamentos se refere àqueles com diferença de idade entre parceiros sexuais de cinco anos e os relacionamentos intergeracionais são relacionamentos em que há disparidade de idade de 10 anos ou mais; ambos configuram fatores de risco para IST³³.

A média de idade superior é frequentemente apresentada por parceiros das mulheres. Apesar dessa condição ser frequente, esta deve ser avaliada com cautela, pois pode gerar uma situação de vulnerabilidade. Uma vez que, essa diferença de idade torna mais inflexível a negociação da atividade sexual, do uso do preservativo e da decisão de métodos contraceptivos³⁶. Sendo essa diferença de idade mais um dos fatores de risco para prevalência de IST¹⁹.

CONCLUSÃO

A presente RI possibilitou a construção de uma síntese do conhecimento científico sobre os comportamentos sexuais de risco de mulheres que contribuem para o desenvolvimento de IST. Ressalta-se que os estudos analisados são do tipo transversal, o que não permite estabelecer inferências causais para o evento de interesse. Diante disso, existe a necessidade de intensificar estudos com metodologias capazes de produzir evidências fortes.

Os principais comportamentos sexuais de risco entre mulheres que contribuem para o desenvolvimento de IST identificados foram o não uso de preservativo; início da vida

sexual precoce; múltiplos parceiros sexuais; uso de álcool e outras drogas; trabalho sexual e/ou troca de sexo por dinheiro ou drogas; uso da internet para recrutar parceria sexual; mulheres que fazem sexo com mulheres; disparidade de idade em relacionamentos; relacionamentos intergeracionais.

O comportamento sexual faz parte da saúde sexual do indivíduo e requer um tratamento positivo e respeitoso. Desse modo, profissionais de saúde precisam estar capacitados para lidar com essa problemática, considerando, incentivar que essas mulheres busquem promover sua vida sexual de forma agradável e segura, distante de discriminação, violência e repressão e principalmente, para a diminuição da incidência de IST nesse gênero específico.

REFERÊNCIAS

1 - Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde. 2020. 250 p.

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>

2 - Brasil. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Orientações técnicas de educação em sexualidade para o cenário brasileiro: tópicos e objetivos de aprendizagem. Brasília: UNESCO, 2014. 65 p.

<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000227762>

3 – Dias SRS, Oliveira RL, Oliveira FBM, Oliveira FBM, Moura MEB, Nery IS, Avelino FVSD. Living with hiv in times of feminization of aids. Rev enferm UFPE on line. 2015; 9(10):9513-9519. 7p.

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10895>

4 – Farias IA, Cavalcanti e Silva DGK. Estudo da prevalência de doença sexualmente transmissível entre mulheres de idade fértil atendidas em estratégia de saúde da família de Acari/RN. Rev. Biota Amazônia [Internet]. 2015;5(1):1-6. <http://dx.doi.org/10.18561/2179-5746/biotaamazonia.v5n1p1-6>

5 – Vieira KFL, Nóbrega RPM, Arruda MVS, Veiga PMM. Social representation of sexual relations: a transgenerational study among women. Psicologia: Ciência e Profissão. 2016;36(2):329-340. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001752013>

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

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100019

- 7 – Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF de, Nobrega SM da. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. *Rev Esc Enferm USP* [on-line]. 2012;46(2):349-55. <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40955/44468>
- 8 – Fonte VRF, Spindola T, Martins ER da C, Francisco MTR, Clos AC, Pinto R da C. Conhecimento de gestantes de um hospital universitário relacionado à prevenção de DST/Aids. *Rev Enferm UERJ* [online]. 2012;20(4):493. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5224>
- 9 – Villela WV, Barbosa RM. Trajectories of women living with HIV/AIDS in Brazil. Progress and permanence of the response to the epidemic. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(1):87-96 <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.14222016>
- 10 – Freitas SF, Silveira RCCP, Clark AM, Galvão CM. Surgical count process for prevention of retained surgical items: an integrative review. *J Clin Nurs*[Internet]. 2016;;25(13-14):1835-47. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27104785>
- 11 – Sousa PHG, Avelino FVSD, Andrade EMLR, Luz MHBA, Carvalho NAR. Diagnósticos Enfermeiro en La Unidad de Cuidados Intensivos: Revisión integrativa. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital). 2018;22(52). <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2018-n52-diagnosticos-de-enfermagem-em-unidade-de-terapia-intensiva-revisao-integrativa>
- 12 – Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008;17(4):758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- 13 – Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. The Strategy PICO paragraph construction of the question of search and search for evidence. *Rev Latino-Am Enferm*[Internet]. 2007;15(3):508-11. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- 14 – Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2006 [cited 2020 Set 30;14(1):124-31Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a17.pdf>
- 15 – Melnyk BM, Finout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 3ª ed. USA: Wolters Klumer; 2014. 656 p.
- 16 – de Oliveira PC, Deta F, Paglione HB, Mucci S, Schirmer J, Roza B de A. Adesão ao tratamento no transplante de fígado: revisão integrativa. *Cogitare enferm*. [Internet]. 2019;24. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58326>
- 17 – Kalichman SC, Cherry C, Kalichman MO, Washington C, Grebler T, Hoyt G, *et al*. Sexual Behaviors and Transmission Risks Among People Living with HIV: Beliefs, Perceptions, and Challenges to Using Treatments as Prevention. *Arch Sex Behav*. 2016;45(6):1421-1430. doi:10.1007/s10508-015-0559-4
- 18 – Martins DC, Pesce GB, Silva GM, Fernandes CAM. Sexual behavior and sexually transmitted diseases among the female partners of inmates. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3043. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2568.3043>

- 19 – Villegas-Castaño A, Tamayo-Acevedo LS. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo para la salud sexual de adolescentes escolarizados, Medellín, Colombia, 2013. *Iatreia*. 2016;29(1):5-17. DOI 10.17533/udea.iatreia.v29n1a01.
- 20 – Tanton C, Geary RS, Clifton S, Field N, Heap K, Mapp F, *et al.* Sexual health clinic attendance and non-attendance in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Sex. Transm. Infec.* 2018;94(4):268-276. <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2017-053193>
- 21 – Penha JC, Aquino CBQ, Neri EAR, Reis TGO, Aquino PS, Pinheiro KB. Risk factors for sexually transmitted diseases among sex workers in the interior of Piauí, Brazil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(2):63-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.52089>
- 22 – Hotton, AL, Boodram, B. Gender, transience, network partnerships and risky sexual practices among young persons who inject drugs. *AIDS Behav.* 2017 Apr; 21(4): 982–993. doi: 10.1007/s10461-016-1555-y
- 23 – Da Silva, LA, França, LHFP, Hernandez, JAE. Love, sexual attitudes and index risk to sexually transmitted diseases in the elderly. *Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro* v. 17 n. 1 p. 323-342 2017.
- 24 – Bertoli RS, Scheidmantel CE, De Carvalho NS. College students and HIV infection: a study of sexual behavior and vulnerabilities | estudantes universitários e a infecção pelo Hiv: um estudo sobre comportamento sexual e vulnerabilidades. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2016;28(3):90-95.
- 25 – Oliveira TMF, Andrade SSC, Matos SDO, Oliveira SHS. Risk behavior and self-perceived vulnerability to stis and aids among women. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 10(1):137-42, jan., 2016. Available from: *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 10(1):137-42, jan., 2016
- 26 – Ali S, Sewunet T, Sahlemariam Z, Kibru G. Neisseria gonorrhoeae among suspects of sexually transmitted infection in Gambella hospital, Ethiopia: risk factors and drug resistance. *BMC Res Notes*. 2016 Sep 13;9(1):439. doi: 10.1186/s13104-016-2247-4.
- 27 – Stenhammar C, Ehrsson YT, Åkerud H, Larsson M, Tydén T. Sexual and contraceptive behavior among female university students in Sweden – repeated surveys over a 25-year period. *Acta Obstet Gynecol Scand* . 2015 [cited 2020 Apr 21]; 2015 mar; 94 (3): 253–259. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.12565>
- 28 – Sousa CRO, Gomes KRO, Silva KCO, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Andrade JX, Leal MABF. School evasion predictive factors among adolescents with pregnancy experience. *Cad. saúde colet.* [10 apr 2020] vol.26 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2018. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2018000200160&script=sci_arttext&tlng=pt
- 29 – Coutinho R, Moleira, P. Sexual and contraceptive counseling for teens: the importance of gender. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, [cited 2020 Apr 04] v. 14, n. 1, p. 112-118, jan/mar 2017. Available from:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/aconselhamento%20Sexual%20e%20Contraceptivo%20.pdf>

30 – Pennise M, Inscho R, Herpin K, Owens Jr J, Bedard BA, Weimer AC, et al. Using smartphone apps in STD interviews to find sexual partners. *Public Health Reports*. 2015; (130):245-252.

31 – Porter G, Hampshire K, Abane A, Munthali A, Robson E, De Lannoy A, et al. Mobile phones, gender, and female empowerment in sub-Saharan Africa: studies with African youth. *Information Technology for Development* 2020; 26(1), 180-193. DOI: 10.1080/02681102.2019.1622500

32 – Dietrich JJ, Lazarus E, Andrasik M, Hornschuh S, Otworld K, Morgan C, et al. Mobile Phone Questionnaires for Sexual Risk Data Collection Among Young Women in Soweto, South Africa. *AIDS Behav*. 2018; 22(7):2312-2321. Doi: 10.1007/s10461-018-2080-y.

33 – UNAIDS. Guia de Terminologia do UNAIDS. 2017. Disponível em: <https://unaid.org.br/terminologia/>

34 – Women’s Institute: HIV Risk for Lesbians, Bisexuals & Other Women Who Have Sex With Women. New York: Gay Men’s Health Crisis, 2009.

35 – Sonnenberg P, Ison CA, Clifton S, Field N, Tanton C, Soldan K et al. Epidemiology of *Mycoplasma genitalium* in British men and women aged 16–44 years: evidence from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) , *International Journal of Epidemiology*, Volume 44, Issue 6, December 2015, Pages 1982–1994, <https://doi.org/10.1093/ije/dyv194>

36 – Castro, J.F.L, de Araújo, R. C., Pitangui, A.C.R. (2017). Sexual behavior and practices of adolescent students in the city of Recife, Brazil. *Journal of Human Growth and Development*, 27(2), 219-227.

5.2 Artigo 2 – Qualidade de Vida Sexual de Mulheres Ribeirinhas: uma análise sob práticas e atitudes sexuais

Neste subcapítulo os resultados encontram-se apresentados de acordo com as normas de um periódico de Enfermagem.

RESUMO

Objetivo: Analisar fatores associados à qualidade de vida sexual de mulheres ribeirinhas. **Método:** Estudo transversal analítico, realizado em 2019, com 170 mulheres ribeirinhas via formulário de entrevista. Utilizaram-se análises bivariadas e regressões logísticas binárias para identificar fatores associados à qualidade de vida sexual. **Resultados:** 170 mulheres participaram do estudo. A maioria pertence a faixa etária de 41-60 anos, casadas/união consensual, baixa escolaridade. Durante ou após o ato sexual, 47 (34,1%) e 46 (33,3%) referiram sentir dor e perda do interesse, respectivamente. Quanto às práticas realizadas durante o ato sexual, as mulheres referiram beijos 118 (85,5%), abraços 123 (89,1%), masturbação mútua 51 (37,2%), sexo oral 48 (34,8%) e sexo anal 33 (23,9%). Sobre a qualidade de vida sexual, 55 (39,9%) mulheres classificaram como “boa”. Maior escolaridade e início da vida sexual precoce aumentaram a probabilidade de “boa” qualidade de vida sexual. Contudo, a maioria referiu não usar preservativo nas relações sexuais. **Conclusão:** A maioria possui uma “boa” qualidade de vida sexual com presença de práticas positivas, no entanto referiu nunca usar o preservativo. Estratégias educativas devem ser intensificadas e incorporadas para práticas assertivas na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e consequentemente melhor qualidade de vida sexual.

Descritores: Saúde da Mulher; Saúde Sexual; Comportamento Sexual; Qualidade de vida.

INTRODUÇÃO

A saúde sexual, inserida na saúde reprodutiva, é definida segundo a Organização Mundial de Saúde, por um estado de saúde física, emocional, mental e de bem-estar social, não se caracterizando somente pela ausência de doença¹ ou infecção sexual. Desse modo, o comportamento sexual interfere diretamente na saúde sexual, principalmente das mulheres. Estudos populacionais, no Brasil e em outros países, têm confirmado a alta prevalência de dificuldades e disfunções sexuais no sexo feminino, sendo a idade uma variável importante², tendo em vista que o processo de envelhecimento e a menopausa afetam a saúde sexual feminina, podendo duplicar a prevalência de alguma disfunção sexual ao final do climatério³.

Ademais, as características sociodemográficas, como idade, baixo nível de escolaridade^{4,5}, estado de vulnerabilidade social⁶, bem como atitudes tradicionais em relação ao sexo e à insatisfação conjugal podem estar associados à disfunção sexual, o que pode comprometer a qualidade de vida sexual das mulheres⁷.

A função sexual é um dos indicadores para qualidade de vida e não se restringe a procriação, pois fortalece relações amorosas e afetivas entre as pessoas o que proporciona prazer. A partir das práticas, atitudes, experiências, crenças, sentimentos vivenciados só ou com parcerias sexuais, a mulher estabelece a resposta sexual – desejo, excitação, orgasmo e resolução, que pode se apresentar de forma positiva ou negativa⁸. No entanto, estudos mostram que em torno de 40% das mulheres em todo o mundo relatam um ou mais problemas sexuais⁹. Nesse contexto, a disfunção sexual refere-se a uma resposta sexual insatisfatória que traz implicações na sexualidade feminina, ainda, estudos internacionais relatam que a dor à relação sexual e excitação são altamente prevalentes com taxas que variam de 20 a 91% nessa população^{10,11}.

Sob diferentes enfoques e em várias áreas do conhecimento, o tema saúde sexual tem despertado atenção, sendo investigado em grupos distintos. No Brasil, estudo com 1.271 mulheres acima de 18 anos apontou como maior queixa sexual a falta de desejo. A prevalência, de 23,4% para as mais jovens e 73,0% entre as de idade avançada¹². A prevalência da disfunção sexual ronda os 40 a 50% das mulheres na pós-menopausa e 15 a 25% nas mulheres em idade reprodutiva. Em Portugal, um estudo desenvolvido nas unidades de saúde da família, encontrou uma prevalência de disfunção sexual de 36% em 100 mulheres avaliadas, entre os 20 e os 39 anos, sendo a anorgasmia a perturbação mais comum (18%), seguida da dispareunia (13%) e da disfunção do desejo sexual (11%)¹³.

Muitas mulheres privam-se de tratamentos adequados por vergonha, frustração ou por aceitarem que a disfunção sexual é normal, que não existe tratamento ou reversão e também por acharem que está intrínseca ao envelhecimento, porém a opressão do sexismo e dos inúmeros anos onde a classe dominante era a masculina, colocou a mulher em um patamar de submissão, onde o arquétipo aceitavam era, a de mulheres assexuadas; nas quais suas vidas eram restritas aos limites da casa ou da Igreja; e, o sexo era apenas reprodutivo e prazeroso para o homem¹⁴.

Desse modo, identificar as práticas, atitudes e qualidade de vida sexual de mulheres ribeirinhas configura-se uma estratégia importante para observar as fragilidades e riscos na saúde sexual e reprodutiva, particularmente entre aquelas que vivem em condições de vulnerabilidade social e econômica, onde o acesso aos serviços de saúde é escasso.

Ademais identificar a prevalência das disfunções sexuais, as práticas e atitudes de risco sexual e a frequência de uso do preservativo é de suma relevância para a agenda da saúde pública no país. Reconhecer a importância da saúde sexual como ponto fundamental na saúde integral e qualidade de vida das mulheres torna-se compreensível a relação inerente entre elas. Assim, o objetivo desta pesquisa é analisar as práticas, atitudes e qualidade de vida sexual de mulheres ribeirinhas e fatores associados, no município de João Pessoa – PB.

MÉTOD

Estudo transversal, analítico, realizado no período de junho a novembro de 2019, em comunidades ribeirinhas localizadas no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. São comunidades que apresentam suas residências instaladas à beira dos principais rios que cortam a zona urbana, dispostas em um espaço de agrupamentos. A população-alvo constituiu-se por mulheres das comunidades com idade igual ou superior a 18 anos, foram excluídas mulheres que possuíam mais de uma residência, em que uma delas não estava localizada em comunidade ribeirinha.

A seleção das participantes deu-se de forma não probabilística, obtida por conveniência. Os dados foram coletados em um local de apoio estruturado dentro da própria comunidade ou na Unidade de Saúde da Família (USF).

Todas as mulheres ribeirinhas elegíveis foram convidadas a participar da pesquisa e informadas sobre a importância do estudo, objetivos, riscos e benefícios decorrentes de sua participação, assim como a liberdade de desistir a qualquer momento. Para aquelas que demonstraram interesse em participar, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura. Mediante aceite da participante, foi realizada a entrevista privativa e individual. Para tanto, utilizou-se um roteiro estruturado - Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) - contendo questões sobre os dados sociodemográficos e sobre comportamento sexual.

O ECOS é um instrumento que não se detém apenas aos dados sobre sexualidade de risco, este comporta aspectos referentes ao perfil sociodemográfico (idade, estado civil, escolaridade), hábitos (uso do preservativo, número de parceiros nos últimos 12 meses) e retrata o comportamento sexual atual e progresso da população (satisfação sexual, práticas sexuais, medo em relação ao sexo). Quanto à avaliação da qualidade de vida sexual, o instrumento possui uma questão tipo *likert* com cinco posições, muito ruim, ruim, regular, boa e ótima, em que se avalia a qualidade de vida sexual (QVSexual)¹⁵.

Para a análise dos dados obtidos das entrevistas adotou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20. A análise descritiva foi realizada por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas. Para investigar a associação entre as variáveis utilizou-se a análise bivariada do modelo de regressão logística para estimar as razões de chances ou *Odds Ratio* (OR) com Intervalo de Confiança – IC – 95%. As variáveis que apresentaram um $p < 0,25$ foram incluídas simultaneamente no modelo de regressão logística múltipla. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significantes.

Conforme os preceitos éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, todas as etapas da pesquisa foram respeitadas em consonância com a Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil¹⁶. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, segundo parecer nº 3.340.273.

RESULTADOS

Participaram do estudo 170 (100,0%) mulheres ribeirinhas. A maioria na faixa etária de 41 a 60 anos, 68 (40,0%), casada ou em união consensual, 106 (62,4), com até oito anos de estudo, 162 (95,3%), e com renda mensal de até um salário mínimo, 124 (72,9%). Quanto ao número e tipo de parceiros, 108 (63,5%) referiram possuir um parceiro sexual nos últimos 12 meses e 136 (80,0%) tiveram relação sexual com o sexo oposto. Salienta-se que 32 (18,8%) mulheres referiram não ter tido parceiro sexual nos últimos 12 meses.

No que se refere à frequência do uso do preservativo nas relações sexuais dos últimos 12 meses, a maioria referiu nunca utilizar, 87 (63,0%). Com relação às queixas durante ou após o ato sexual, 47 (34,1%) e 46 (33,3%), entrevistadas referiram sentir dor e perda do interesse, respectivamente. Quanto às práticas realizadas durante o ato sexual, as mulheres referiram beijos 118 (85,5%), abraços 123 (89,1%), masturbação mútua 51 (37,2%), sexo oral 48 (34,8%) e sexo anal 33 (23,9%).

Observa-se que a maioria das mulheres casadas, 72 (52,2%), referiu nunca utilizar o preservativo na relação sexual (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência do uso do preservativo nos últimos 12 meses de mulheres ribeirinhas por estado civil. João Pessoa, Brasil, 2020. (n=138)

Estado Civil	Frequência do uso do preservativo nos últimos 12 meses			
	Sempre n (%)	Às vezes n (%)	Nunca n (%)	Total n (%)

Casada/União Consensual	9 (6,5%)	19 (13,8%)	72 (52,2%)	100 (72,5%)
Solteira	7 (5,1%)	12 (8,7%)	13 (9,4%)	32 (23,2%)
Separada	1 (0,7%)	3 (2,2%)	1 (0,7%)	5 (3,6%)
Viúva	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)
Total n (%)	17 (12,3%)	34 (24,6%)	87 (63,1%)	138 (100,0%)*

*Valor referente as mulheres que referiram parceiro sexual nos últimos 12 meses

Quanto à qualidade de vida sexual, 55 (39,9%) mulheres referiram como “boa”. Observa-se que a porcentagem de insatisfação com a vida sexual, categoria “muito ruim/ruim/regular”, aumenta conforme a faixa etária, ou seja, mulheres mais velhas reportam maior insatisfação com a vida sexual (Tabela 2).

Tabela 2. Qualidade de vida sexual de mulheres ribeirinhas por faixa etária. João Pessoa, Brasil, 2020. (n=138).

Faixa etária	De um modo geral, você considera sua vida sexual					Total n (%)
	Muito ruim n (%)	Ruim n (%)	Regular n (%)	Boa n (%)	Ótima n (%)	
≤ 25 anos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (1,4%)	11 (8,0%)	5 (3,6%)	18 (13,0%)
26 a 40 anos	1 (0,7%)	2 (1,4%)	16 (11,6%)	20 (14,5%)	18 (13,0%)	57 (41,3%)
41 a 60 anos	2 (1,4%)	5 (3,6%)	18 (13,0%)	21 (15,2%)	9 (6,5%)	55 (39,9%)
≥ 61 anos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,2%)	3 (2,2%)	2 (1,4%)	8 (5,8%)
Total n (%)	3 (2,2%)	7 (5,1%)	39 (28,3%)	55 (39,9%)	34 (24,6%)	138 (100,0%)*

*Valor referente as mulheres que referiram parceiro sexual nos últimos 12 meses

A associação dos fatores sociodemográficos e percepção de qualidade de vida sexual de mulheres ribeirinhas foi estatisticamente significativa com a escolaridade (Tabela 3).

Tabela 3. Análise dos fatores sociodemográficos associados à qualidade da vida sexual de mulheres ribeirinhas em João Pessoa, 2019. QVS Regular n=49; QVS Boa n=89.

Variáveis	Qualidade da vida sexual		p-valor	Odds Ratio	IC 95%
	**				
	QVS Regular	QVS Boa			
	n (%)				

Faixa etária						
≤ 40 anos	22 (44,9)	54 (60,7)	0,11	0,53	0,26-1,07	
> 40 anos	27 (55,1)	35 (39,3)				
Escolaridade*						
≤ 8 anos de estudo	33 (70,2)	42 (49,4)	0,03 ^a	2,41	1,13-5,14	
> 8 anos de estudo	14 (29,8)	43 (50,6)				
Estado Civil						
Casado/União consensual	36 (73,5)	65 (73,0)	0,88	1,02	0,46-2,25	
Solteiro/Separado/Viúvo	13 (26,5)	24 (27,0)				
Renda mensal (R\$ 998,00)						
≤ 1 salário mínimo	36 (73,5)	63 (70,8)	0,89	1,14	0,52-2,50	
> 1 salário mínimo	13 (26,5)	26 (29,2)				
Idade da primeira relação sexual						
< 15 anos	11 (22,4)	32 (36,0)	0,15	0,51	0,23-1,15	
≥ 15 anos	38 (77,6)	57 (64,0)				
Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses						
0 a 1 parceiro	37 (75,5)	67 (75,3)	0,86	1,01	0,45-2,28	
≥ 2 parceiros	12 (24,5)	22 (24,7)				

Fonte: Pesquisa, 2019. *Nessa variável algumas entrevistadas não responderam n=132

**Qualidade de vida sexual muito ruim + ruim + regular = QV Regular e Qualidade de vida sexual boa + ótima = QV Boa

^aResultado significativo com $p < 0,05$.

A escolaridade se mostrou associada positivamente, ou seja, as mulheres com mais de 8 anos de escolaridade têm maior probabilidade de ter uma qualidade de vida sexual boa; enquanto que, a idade da primeira relação sexual teve associação negativa, em que as mulheres que começaram sua vida sexual mais cedo têm maior probabilidade de ter uma vida sexual boa (Tabela 4).

Tabela 4. Análise de regressão logística múltipla para qualidade de vida sexual de mulheres ribeirinhas. João Pessoa, 2019.

Variáveis	Coeficiente de regressão B	Erro padrão	p-valor	Odds Ratio	IC 95% - Odds	
					Inferior	Superior
Escolaridade	0,91	0,39	0,02*	2,45	1,15	5,36
Idade 1ª relação	-0,84	0,43	0,04*	0,43	0,18	0,99

Fonte: Pesquisa, 2019. *Associação considerada significativa no modelo pelo intervalo de confiança.

DISCUSSÃO

As comunidades ribeirinhas inclusas no estudo compartilham os mesmos riscos sociais em virtude do crescimento desordenado, comprometimento socioambiental com risco de deslizamento de terra e falta de infraestrutura¹⁸. Esses aspectos implicam em barreiras de acesso aos serviços de saúde, exclusão social dos bens públicos, instabilidade financeira o que pode interferir na qualidade de vida sexual dessas mulheres¹⁹.

Observa-se, neste estudo, que a maioria das entrevistadas possui baixa escolaridade e baixa renda familiar. O nível de escolaridade das mulheres e a sua posição socioeconômica tem sido discutido na literatura, com vários estudos correlacionando positivamente o baixo nível de escolaridade com disfunção sexual e baixa qualidade de vida sexual^{13,16,19}.

Quanto ao uso do preservativo, a maioria referiu não utilizar o preservativo nos últimos 12 meses, 87 (63,0%), majoritariamente, as entrevistadas eram casadas, 72 (52,2%). Pode-se relacionar esta atitude ao fato de as mulheres terem menos liberdade em sua vida sexual e menor poder para determinar o uso do preservativo²⁰⁻²². O fato de sentir-se ou não susceptível pode ser o motivador do uso ou não uso do preservativo. Ademais, a adesão consistente pode ter relação com a possibilidade ou não de estar em risco de contrair alguma infecção, ressalta-se que a maioria das mulheres possui união estável. Mulheres em relacionamentos estáveis alegam o não uso do preservativo por haver confiança e como prova de amor²³⁻²⁵.

Neste estudo, as mulheres queixaram-se de dor, 47 (34,1%), e perda do interesse (desejo) 46 (33,3%), durante ou após o ato sexual. Os dados aqui apresentados corroboram os dados de estudo realizado com 1.271 brasileiras, em que a falta de desejo foi tida como principal queixa sexual e aumentava em mulheres com idade mais avançadas. Em estudo desenvolvido na Nigéria²⁶, ao avaliar as disfunções sexuais, verificou-se que o “orgasmo” foi o domínio mais afetado (55%), seguido dos domínios “excitação” (40%), “desejo” (39%) e “dor” (31%). A dispareunia, durante ou logo após o ato sexual, pode estar relacionada com a diminuição do desejo e motivação sexual, comprometendo a satisfação sexual. Investigações descrevem aumento da dispareunia com o aumento da idade^{27,28}. Quanto à queixa de perda do interesse “desejo” referida pelas mulheres, esta também foi encontrada em pesquisa realizada com universitárias de enfermagem no Brasil, onde o domínio “desejo” apresentou escore mais baixo relativamente a qualidade de vida sexual²⁹.

Em relação às práticas sexuais, mulheres referiram com maior frequência, beijos 118 (85,5%), abraços 123 (89,1%), masturbação mútua 51 (37,2%), sexo oral 48 (34,8%) e sexo anal 33 (23,9%). Uma relação com beijos, abraços pode significar troca de afeto³⁰. Pesquisas apontam que relação sexual com parceiros estáveis está associada ao afeto. Beijos e toques levam a um afeto positivo, oferecem benefícios afetivos iguais ou maiores a comportamentos sexuais penetrativos¹⁹.

As práticas sexuais positivas (beijos, toque, carícia) contribuem para uma melhor qualidade de vida sexual³¹. Neste estudo, observou-se que a maioria das mulheres considera sua qualidade de vida sexual boa. Tal resultado corrobora estudo realizado no Amapá, o qual

mostrou que a maioria das mulheres entrevistadas considera boa a sua QV sexual (53,7%). Quanto à satisfação com a saúde sexual, pouco mais da metade referiu estar satisfeita (36,5%)³². Na presente pesquisa, a escolaridade teve associação positiva com a qualidade de vida sexual, o que foi concordante com outros estudos³³. Esta associação pode estar relacionada a mais informações sobre saúde sexual e conhecimento sobre o próprio corpo, além de apresentar mais procura/acesso aos serviços de saúde e a equipe multidisciplinar.

Um aspecto que chama atenção refere-se à associação entre a qualidade de vida sexual e a idade da primeira relação sexual. O início precoce da prática sexual teve associação com a qualidade de vida sexual. Estudos transversais realizados na África mostraram que a idade precoce da primeira relação sexual está associada com maior número de parceiros sexuais, sexo casual e não uso do preservativo³⁴. Nesse entendimento, esta associação pode ser compreendida pelo fato dos jovens que iniciaram a atividade sexual precoce desfrutaram de uma maior diversidade de práticas sexuais, uma crescente prevalência do sexo anal e vaginal e conseqüentemente uma maior experiência quanto às práticas sexuais positivas³⁵, o que pode favorecer uma melhor resposta sexual. No entanto, o início da vida sexual precoce predispõe ao comportamento sexual de risco como sexo desprotegido, sexo casual e multiplicidade de parceiros sexuais¹².

Os resultados desta pesquisa abordam pontos importantes para a reflexão acerca da qualidade de vida sexual das mulheres ribeirinhas, a situação de vulnerabilidade ambiental, social e econômica que podem interferir na qualidade de vida sexual. No entanto, observa-se que a maioria das mulheres considera sua prática sexual boa, as práticas sexuais positivas foram relatadas pela maioria das entrevistadas, porém observa-se um contraponto na atitude e prática relacionada à baixa frequência de uso do preservativo.

O presente estudo tem limitações. Embora acreditemos no poder da análise, estudos transversais não permitem realizar inferências causais. Outra limitação refere-se às variáveis, apesar da garantia dos preceitos éticos, as entrevistadas podem provocar um viés de informação ao responderem perguntas sobre seu comportamento sexual. Pesquisas futuras podem explorar por que e em quais circunstâncias as atitudes e práticas sexuais relacionam-se à qualidade de vida sexual de mulheres em condições de vulnerabilidade, entendendo que avaliar qualidade de vida sexual envolve subjetividade e multidimensionalidade.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam que a maioria das participantes do estudo referiu boa qualidade de vida sexual. As práticas mais utilizadas durante a relação sexual foram beijos,

abraços, masturbação mútua, sexo oral e sexo anal. A dor e perda do interesse durante o ato sexual foi relatado pela maioria das mulheres entrevistadas. Possuir maior escolaridade e início de vida sexual precoce foi associado à boa qualidade de vida sexual. Por outro lado, quanto à frequência do uso do preservativo nas relações sexuais dos últimos 12 meses, a maioria referiu nunca utilizar.

Os achados chamam a atenção para uma prática de risco, o não uso do preservativo. A política de prevenção deve se basear na combinação de estratégias quanto à adesão ao uso do preservativo e demais métodos de prevenção das IST. As mulheres que possuem relações estáveis precisam ser inseridas nas políticas públicas de atenção à saúde sexual com um olhar voltado para a informação, o conhecimento e a percepção dos comportamentos sexuais de risco independentes do tipo de relação conjugal. Nesse sentido, o que pode se dizer desta pesquisa é que existe um movimento em progresso no âmbito do gênero feminino e sua vida sexual, embora algumas vezes de forma comedida, mas que se espalha por diversas classes e esferas da sociedade. Cada questão apresentada nesse estudo mostra um panorama de progresso – em relação ao seu corpo e sexualidade, e, de estagnação, em relação ao poder do homem na vida sexual da mulher.

Os profissionais de saúde que trabalham com mulheres necessitam compreender no comportamento sexual fatores de risco para disfunção sexual feminina e implantar estratégias para abordar fatores modificáveis, como educação sexual.

REFERÊNCIAS

1. Gräf DD, Mesenburg MA, Fassa AG. Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2020 [cited 2021 feb 15]; 54(41):1-12. Doi: [10.11606 / s1518-8787.2020054001709](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001709)
2. Clayton AH, Valladares Juarez EM. Female sexual dysfunction. *Med Clin North Am*. 2019 [cited 2021 feb 15]; 103(4):681-698. Doi: 10.1016/j.mcna.2019.02.008. PMID: 31078200
3. McCabe MP, Sharlip ID, Lewis R, Atalla EB, Richard F, Alessandra D, et al. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*. 2016 [cited 2021 feb 15]; 13(2):144-152. Doi:10.1016/j.jsxm.2015.12.034
4. Adamzayk A, Hayes B. Religion and sexual behaviors: understanding the influence of islamic cultures and religious affiliation for explaining sex outside of marriage. *American Sociological Review*. 2012 [cited 2021 feb 18]; 77(5):723-746. Doi:[10.1177/0003122412458672](https://doi.org/10.1177/0003122412458672)
5. Zhang H, Fan S, Yip P. Sexual dysfunction among reproductiveaged Chinese married women in Hong Kong: Prevalence, risk factors, and associated consequences. *The Journal of*

Sexual Medicine. 2015 [cited 2021 feb 15]; 12(3): 738–745. Doi: <https://doi.org/10.1111/jsm.12791>

6. Aggarwal RS, Mishra VV, Jasani AF. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in infertile females. Middle East Fertility Society Journal. 2013 [cited 2021 feb 16]; 18(3):187–190. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.mefs.2013.02.003>

7. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. The Journal of Urology. 2006 [cited 2021 feb 15]; 175(2): 654–658. Doi: [10.1016/S0022-5347\(05\)00149-7](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(05)00149-7)

8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [cited 2020 nov 20]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/>

9. Koseoglu SB, Deveer R, Akin MN, Gurbuz AS, Kasap B, Guvey H. Is there any impact of copper intrauterine device on female sexual functioning? J Clin Diagn Res. 2016 [cited 2021 feb 16]; 10(10):21–23. Doi: 10.7860/JCDR/2016/21714.8730

10. Cybulski M, Cybulski L, Krajewska-Kulak E, Orzechowska M, Cwalina U, Jasinski M. (2018) Sexual quality of life, sexual knowledge, and attitudes of older adults on the example of inhabitants over 60s of Bialystok, Poland. Front. Psychol. 2018 [cited 2021 feb 15]; 9:483. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.00483

11. Nwagha UI, Oguanuo TC, Ekwuazi K, Olubobokun TO, Nwagha TU, Onyebuchi AK, et al. Prevalence of sexual dysfunction among females in a university community in Enugu, Nigeria. Niger J Clin Pract. 2014 [cited 2021 feb 16]; 17(6):791-6. Doi: 10.4103/1119-3077.144401. PMID: 25385921

12. Abdo CHN, Oliveira Júnior WM, Moreira ED, Fittipaldi, JAS. Sexual profile of Brazilian population: results from Brazilian Study of Sexual Behavior (BSSB). Rev Bras Med. 2002 [cited 2020 nov 26]; 59(4):250-7. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19449#:~:text=A%20maioria%20dos%20homens%20\(72,mulheres%20\(71%2C3%25\).](https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19449#:~:text=A%20maioria%20dos%20homens%20(72,mulheres%20(71%2C3%25).)

13. Magalhães RB, Ivone ATM. Disfunção sexual feminina em idade reprodutiva: prevalência e fatores associados. Rev Port Med Geral Fam. 2013 [cited 2021 feb 20]; 29(1):16-24. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000100004&lng=pt

14. DeSouza, Eros, Baldwin, John R., & Rosa, Francisco Heitor da. (2000). A construção social dos papéis sexuais femininos. Psicologia: Reflexão e Crítica, 13(3), 485-496. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722000000300016>

15. Abdo CHN, Moreira Júnior ED, Fittipaldi JAS. Estudo do comportamento sexual no Brasil - ECOS. Rev Bras de Medicina. 2002 [cited 2020 dec 10]; 57:1329-1335, 2000. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19459>

16. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: DF, 2012.
17. Oliveira JKM. Habitação de interesse social na comunidade São Rafael: proposta de blocos de edificação multifamiliar para pessoas em áreas de risco e degradação ambiental [Trabalho de Conclusão de Curso]. Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo – Universidade Federal da Paraíba; 2019 [acesso em 2020 nov 05]. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/15664>.
18. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, Correia PC, Torres MV, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health*. 2020 [cited 2021 feb 05]; 19(54). Doi: doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x
19. Wesche R, Walsh JL, Shepardson RL, Carey KB, Carey MP. The association between sexual behavior and affect: moderating factors in young women. *J Sex Res*. 2019 [cited 2021 feb 08]; 56(8):1058-1069. Doi: 10.1080/00224499.2018.1542657
20. Juarez F, Legrand T. Factors influencing boys' age at first intercourse and condom use in the Shantytowns of Recife, Brazil. *Stud Fam Plann*. 2015 [cited 2020 apr 01]; 36(1):57-70. Available from: Doi: [10.1111/j.1728-4465.2005.00041.x](https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2005.00041.x)
21. Castillo-Mancilla J, Allshouse A, Collins C, Hastings-Tolsma M, Campbell TB, MaWhinney S. Differences in sexual risk behavior and HIV/AIDS risk factors among foreign-born and US-born Hispanic women. *J Immigr Minor Health*. [Internet]. 2012 [cited 2020 apr 03]; 14(1):89-99. Doi: [10.1007/s10903-011-9529-7](https://doi.org/10.1007/s10903-011-9529-7)
22. Santos CMA, Oliveira JDS, Lima SVMA, Santos AD, Góes MAO, Sousa LB. Men's knowledge, attitudes and practice regarding sexually transmitted diseases. *Cogitare Enferm*. 2018 [cited 2020 apr 03]; 23(1). Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.54101>
23. Hsu HT, Wenzel S, Rice E, Gilreath TD, Kurzban S, Unger J. Understanding consistent condom use among homeless men who have sex with women and engage in multiple sexual partnerships: a path analysis. *AIDS Behav*. [Internet]. 2015 [cited 2021 feb 03]; 19:1676-88. Doi: [10.1007/s10461-015-1051-9](https://doi.org/10.1007/s10461-015-1051-9)
24. Serra MAAO, Milhomem AB, Oliveira SB, Santos FAAS, Silva RA, Cunha MCSO, et al. Sociodemographic and behavioral factors associated with HIV vulnerability according to sexual orientation. *AIDS Res Treat*. [Internet]. 2020 [cited 2021 feb 19]; 20. Doi: <https://doi.org/10.1155/2020/5619315>
25. Villela WV, Barbosa RM. Trajectories of women living with HIV/AIDS in Brazil. Progress and permanence of the response to the epidemic. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017 [cited 2021 feb 18]; 22(1):87-96 Doi: doi.org/10.1590/1413-81232017221.14222016.
26. Ojomu F, Thacher T, Obadofin M. Sexual problems among married Nigerian women. *Int J Impot Res* [Internet]. 2007 [cited 2021 feb 20]; 19(3):310-6. Doi: <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901524>

27. Meira LF, Morais KCS, Sousa NA, Ferreira JB. Função sexual e qualidade de vida em mulheres climatéricas. *Fisioter Bras* 2019 [cited 2021 feb 17];20(1):1018. Doi: <http://dx.doi.org/10.33233/fb.v20i1.2672>
28. Dehghani F, Zargham Hajebi M, Dehghanian H, Garlipour Z, Zaynalipour M. Relationship between social health and demographic characteristics regarding the sexual satisfaction of women referring to Health Centers in Qom, Iran. *Qom Univ Med Sci J.* 2020 [cited 2021 feb 20]; 14 (6) :60-67. Doi: 10.29252/qums.14.6.60
29. Bezerra KC, Feitoza SR, Vasconcelos CTM, Karbage SAL, Saboia DM, Oriá MOB. Função sexual de universitárias: estudo comparativo entre Brasil e Itália. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2021 feb 21] ; 71(3):1428-1434. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0669>
30. Dubé S, Lavoie F, Blais M, Hébert M. Psychological well-being as a predictor of casual sex relationships and experiences among adolescents: A short-term prospective study. *Archives of Sexual Behavior.* 2017 [cited 2021 feb 20]; 46(6): 1807–1818. Doi: [10.1007/s10508-016-0914-0](https://doi.org/10.1007/s10508-016-0914-0)
31. Hagi F, Allahverdipour H, Nadrian H, Sarbakhsh P, Hashemiparast M, Mirghafourvand M. Sexual problems, marital intimacy and quality of sex life among married women: A study from an Islamic country. *Sexual and Relationship Therapy.* 2018 [cited 2021 feb 19]; 33(3):339–352. Doi: 10.1080/14681994.2017.1386302
32. Tostes NCB, Cárdenas AMC, Menezes RAO, Miranda LC, Rocha BC, Inajosa SP. Quality of life and sexuality of hysterectomized women in a public maternity in the Brazilian Amazon. *Revista Mineira de Enferm.* 2020 [cited 2021 feb 22]; (24):1-8. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200021>
33. Jaafarpour M, Khani A, Khajavikhan J, Suhrabi Z. Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *J Clin Diagn.* 2013 [cited 2021 feb 19]; 7(12):2877-80. Doi: 10.7860/JCDR/2013/6813.3822
34. Yode M, LeGrand T. Association between age at first sexual relation and some indicators of sexual behaviour among adolescents. *Afr J Reprod Health.* 2012 [cited 2021 feb 21]; 16(2):173-88. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22916550/>
35. Lewis R, Tanton C, Mercer CH, Mitchell KR, Palmer M, Macdowall W, et al. Heterosexual practices among young people in Britain: evidence from three national surveys of sexual attitudes and lifestyles. *Journal of Adolescent Health.* 2019 [cited 2021 feb 20]; 56(8): 1058–1069. Doi: 10.1080/00224499.2018.1542657

5.3 Artigo 3 – Padrão de Consumo de Álcool entre Mulheres Ribeirinhas

Neste subcapítulo os resultados encontram-se apresentados em formato de artigo, conforme as normas de um periódico de Enfermagem.

RESUMO

Objetivo: Analisar o padrão do consumo de álcool de mulheres ribeirinhas e sua associação com a positividade para os testes rápidos das hepatites virais B e C, HIV e sífilis. **Método:** Estudo transversal analítico, realizado em 2019, via formulário de entrevista, Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT) e teste rápido para triagem das hepatites virais B e C, HIV e sífilis. Utilizaram-se análises bivariadas e regressões logísticas binárias para identificar fatores associados ao padrão de consumo de álcool. **Resultados:** 138 mulheres participaram do estudo. Houve prevalência de mulheres na faixa etária de 18-39 anos 73 (52,9%), casadas/união consensual 101 (73,2%), baixa escolaridade 82 (59,4%) e renda familiar precária 68 (49,3%). A prevalência do uso de álcool foi de 45,0% (IC-95%: 36,6-53,2) e de consumo excessivo de álcool (AUDIT \geq 8 pontos) 29,8% (IC-95%: 22,1-37,3). O consumo de álcool excessivo aumentaram as chances de testar positivo para sífilis, conforme positividade do teste rápido (OR=6,54). **Conclusão:** O consumo de bebidas alcoólicas apresenta relação com as infecções sexualmente transmissíveis. Identificar o padrão de consumo de álcool possibilita ações voltadas aos comportamentos sexuais de risco. **Descritores:** Mulheres; Comportamentos de Risco à Saúde; Alcoolismo; Doenças Sexualmente Transmissíveis.

INTRODUÇÃO

O consumo de álcool não é proporcional entre os grupos da população, homens bebem mais álcool que as mulheres¹. Todavia, nos últimos anos, a disparidade de gênero para o consumo de álcool diminuiu, mulheres passaram a beber pelo menos uma vez por semana, de 27% em 2006 para 38% em 2012^{2,3}. Ademais, mulheres têm maior vulnerabilidade às consequências médicas induzidas pelo consumo de álcool⁴. E, mulheres que vivem com barreiras de acesso aos recursos de saúde, sociais, políticos, as associações entre consumo de álcool, violência e comportamento sexual de risco se potencializam⁵.

A prática do comportamento sexual de risco está entre um dos principais contribuintes para o desenvolvimento de IST. Comportamentos como sexo casual⁶ e sexo desprotegido⁷ podem surgir após o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. O efeito excitatório do álcool

favorece práticas sexuais que em geral as pessoas não teriam. Apesar do consumo de álcool ser um comportamento de risco, este é normalizado por causa do comércio legal. Para além dos comportamentos sexuais de risco, o consumo em excesso do álcool pode repercutir em violência, acidentes de trânsito, dependência química e doenças mentais⁸.

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) estão entre as doenças com maior prevalência no mundo, com a ocorrência de aproximadamente um milhão de novos casos diariamente^{9,10}. No Brasil, têm-se vivenciado o ressurgimento de casos de IST com a feminização do HIV e epidemia da sífilis, principalmente entre jovens de 15 a 29 anos¹¹. A sífilis, uma IST curável e com tratamento de baixo custo, ainda apresenta altas taxas de crescimento com cerca de 6 milhões de novos casos a cada ano¹², tornando-se um desafio para os sistemas de saúde.

No período de 2010 a junho de 2020 no Brasil, foi notificado um total de 783.544 casos de sífilis adquirida, dos quais, 13,0% ocorreram na região Nordeste. A população mais afetada são mulheres pretas e jovens¹³.

As IST têm impacto direto sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres com danos na saúde infantil. O aumento da ocorrência de IST em mulheres pode ser influenciado pela prática de comportamentos sexuais de risco e hábitos culturais¹⁰ que podem potencializar o risco de contaminação. Além disso, as vulnerabilidades sociais e econômicas são importantes fatores relacionados à aquisição das infecções. As comunidades ribeirinhas são caracterizadas por ser uma população de baixa renda, baixa escolaridade, com estrutura precária de moradia e acesso limitado aos serviços de saúde^{14,15}, as mulheres ribeirinhas tornam-se vulneráveis a praticarem comportamentos de risco para a saúde, incluindo o consumo de álcool e como consequência, a prática do comportamento sexual de risco.

Nesse ínterim, conhecer o padrão de consumo de álcool e sua associação com a presença de IST em mulheres ribeirinhas pode contribuir para o planejamento de estratégias e de ações de saúde que minimizem a redução da ingestão e conseqüentemente, a diminuição de práticas sexuais de risco e o aparecimento das IST. Assim, o presente estudo buscou analisar o padrão do consumo de álcool de mulheres ribeirinhas e sua associação com a positividade para os testes rápidos das hepatites virais B e C, HIV e sífilis.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, analítico, de abordagem quantitativa realizado no período de junho a novembro de 2019, com 138 mulheres ribeirinhas de uma capital do nordeste brasileiro. As comunidades ribeirinhas incluídas no estudo compartilham os mesmos

riscos sociais em virtude do crescimento desordenado à beira dos principais rios da zona urbana¹⁶.

Foram elegíveis voluntárias com idade igual ou superior a 18 anos no momento da coleta, residentes das comunidades ribeirinhas e com vida sexual ativa. Não foram consideradas elegíveis mulheres visivelmente impossibilitadas de responder ao instrumento de coleta de dados ou que possuíam residência em outra localidade que não fosse ribeirinha.

Para o cálculo amostral foram considerados 11.498 indivíduos, que corresponde à soma do total de moradores das comunidades ribeirinhas de João Pessoa – PB, pois essas comunidades não possuem cadastros com distinção de gênero, idade. Diante do número amostral de 310 pessoas, optou-se por estimar o n por meio de estimativa de mulheres da população geral de João Pessoa – PB, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁷. Considerando uma margem desejável de erro de 5,5% e uma frequência estimada de 50%. 138 mulheres preencheram os critérios de elegibilidade deste estudo.

O processo de amostragem foi não probabilístico, por conveniência, a partir da disponibilidade das participantes¹⁸. A coleta de dados foi realizada por voluntários previamente capacitados, em locais estruturados dentro das comunidades.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado a cada participante para leitura e assinatura. Mediante aceite da participante, foi realizada a entrevista individual e privativa. Para tanto, utilizou-se um instrumento estruturado contendo variáveis sociodemográficas e o Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT).

O AUDIT, instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁹, com processo de validação no Brasil^{20,21}, é utilizado para medir o padrão do uso de álcool nos últimos 12 meses por um indivíduo. Contém 10 perguntas em que cada questão tem uma margem de 0 a 4, podendo no final pontuar de 0 a 40 pontos²². Ao final, a somatória indica o padrão do consumo de álcool: uso sem risco (0 a 7 pontos); uso de risco (8 a 15 pontos); uso nocivo (16 a 19 pontos) e provável dependência (20 ou mais pontos). As mulheres ribeirinhas que obtiveram pontuação de 0 a 7 foram consideradas consumidores de baixo risco, e aquelas que obtiveram resultados igual ou acima de 8 foram classificadas em um padrão de consumo excessivo de álcool (consumo de risco, nocivo e de provável dependência)²⁰.

Após a entrevista, as participantes foram convidadas a realizar o teste rápido de triagem para hepatites virais B e C, HIV e sífilis. Os testes utilizados neste estudo foram do tipo imunocromatografia de fluxo lateral (Hepatite B e Sífilis: Bioclin – Quibasa Química

Básica; Hepatite C: *Alere*; HIV: *Abon*). Ressalta-se que a sífilis foi a única IST prevalente quanto a positividade dos testes rápido.

Os testes rápidos foram realizados seguindo rigorosamente todas as diretrizes apontadas no protocolo do Ministério da Saúde²³, incluindo os aconselhamentos pré-teste e pós-teste, de forma individual e privativa, independente do resultado de positividade. As participantes que apresentassem resultado do teste rápido positivo foram orientadas e encaminhadas para o serviço de referência do município, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), para a confirmação diagnóstica e se necessário, tratamento individual e gratuito. Todas as fases da coleta de dados resultavam em um tempo médio entre 30 a 40 minutos, previamente elucidado a cada participante.

Os dados obtidos foram analisados estatisticamente com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) – versão 20. A classificação segundo o padrão de consumo excessivo do álcool (AUDIT) foi considerada como variável desfecho. A prevalência do consumo de álcool e da sífilis foi calculada com intervalo de confiança (IC) de 95%. Utilizou-se estatística descritiva para caracterização da amostra por meio de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas. A associação entre o consumo excessivo de álcool e a positividade na testagem rápida foi realizada com a análise bivariada do modelo de regressão logística, gerando *Odds Ratio* (OR) com IC 95%, considerando $p < 0,05$.

O presente estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual disponibiliza todos os aspectos éticos a serem respeitados e seguidos, quando há o envolvimento de seres humanos no desenvolvimento de uma pesquisa²⁴. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro e aprovado com parecer nº 3.340.273.

RESULTADOS

Participaram do estudo 138 (100,0%) mulheres ribeirinhas. Observou-se predomínio na faixa etária entre 18-39 anos 73 (52,9%) ($M=39,7$ anos; $DP= \pm 12,6$ anos), casadas ou em união consensual 101 (73,2%), com até oito anos de estudo 82 (59,4%) e renda familiar entre 1 e 1,5 salários mínimos 68 (49,3%).

Tabela 1. 1. Características sociodemográficas das mulheres ribeirinhas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.

Variável	N	%
Faixa etária (anos)		

18 a 39	73	52,9
40 a 59	56	40,6
60 e mais	9	6,5
Anos de estudo		
Analfabeto (a)	10	7,2
Até 4 anos	30	21,7
5 a 8 anos	42	30,4
9 a 11 anos	32	23,2
12 anos ou mais	24	17,5
Estado civil		
Casada/união consensual	101	73,2
Solteira	32	23,2
Separada	5	3,6
Número de filhos		
Até 1 filho	51	37,0
2-4 filhos	70	50,7
Mais de 4 filhos	17	12,3
Faixa de renda (SM)*		
≤ 1,0	53	38,4
> 1,0 a 1,5	68	49,3
> 1,5 a 2,0	12	8,7
> 2,0	5	3,6
Total	138	100,0

*SM: salário mínimo de R\$998,00.

A prevalência do uso de álcool foi de 45,0% (IC-95% 36,6-53,2). Em relação à frequência de consumo do álcool, 20 (32,3%) mulheres ribeirinhas bebem duas a quatro vezes ao mês, e 15 (24,2%) bebem duas a três vezes por semana. Com relação ao padrão de consumo excessivo de álcool, (zonas II a IV do AUDIT), a prevalência foi de 29,8% (IC-95%: 22,1-37,3), conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 1. 2. Classificação do uso de álcool de mulheres ribeirinhas, segundo o AUDIT, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.

AUDIT	N	%
Zona I (baixo risco)	97	70,3
Zona II (uso de risco)	29	21,0
Zona III (uso nocivo)	7	5,1
Zona IV (grandes chances de dependência)	5	3,6
Total	138	100,0

Fonte: pesquisa, 2019.

Neste estudo, houve prevalência na testagem rápida para sífilis de 9,42% (IC95%: 7,9-10,9), que corresponde a 13 mulheres ribeirinhas que apresentaram resultado positivo para sífilis.

Quanto ao padrão de uso excessivo de álcool (Zona II, III e IV) e sua relação com a positividade para os testes rápidos de sífilis, observou-se que o uso de risco, uso nocivo e provável dependência (AUDIT \geq 8) aumenta significativamente o risco de prevalência de sífilis, segundo positividade do teste rápido (ARR= 17,83% OR=6,54; IC95% 1,88-22,70), conforme tabela 03.

Tabela 1. 3. Associação entre a classificação do Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao uso de Álcool (AUDIT) e à positividade do teste rápido para sífilis em mulheres ribeirinhas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.

Variáveis	AUDIT		<i>p</i> -valor	Odds Ratio	IC 95%
	AUDIT \geq 8	AUDIT < 8			
Positividade do teste rápido					
Positivo	9	4	0,003*	6,54	1,88-22,70
Negativo	32	93			

Fonte: Pesquisa, 2019. * Associação significativa com $p < 0,01$.

DISCUSSÃO

Observa-se, neste estudo, que a maioria das entrevistadas possui baixa escolaridade, baixa renda familiar e a maioria são casadas ou possuem união estável. Ademais, habitam em locais com baixas condições sociais, crescimento desordenado as margens dos rios, o que caracterizam aglomerados subnormais e torna esta população suscetível a diversas enfermidades transmissíveis e a comportamento de risco sexual como a prática de uso de álcool²⁵⁻²⁷.

Referente ao consumo de álcool, a prevalência do uso foi de 45,0% (IC-95% 36,6-53, com idade média das mulheres de 39,7 anos. O que corrobora os resultados identificados em outras pesquisas envolvendo prevalência de uso de álcool entre as mulheres^{28,29}. A maioria das mulheres deste estudo possuía união estável ou era casada, pode-se inferir que os parceiros masculinos são frequentemente influentes na iniciação do uso de álcool ou drogas pelas mulheres. Como o uso de substâncias por mulheres é mais frequente no contexto de

relações amorosas do que para os homens, pode ser mais difícil para as mulheres interromper ou reduzir o uso se seu parceiro masculino está usando.

Além do que, estudos apontam uma tendência maior entre mulheres de utilizar álcool como “automedicação” para distúrbios do sono. Isso é consistente com outros dados que apontam as mulheres como mais susceptíveis a consumir álcool como uma forma de “reforço negativo” (isto é, visando à retirada de um problema ou estímulo desagradável)^{30,31}.

Nesta investigação, a prevalência de consumo excessivo de álcool foi de 29,8%. (IC-95%: 22,1-37,3), resultado maior que a prevalência nacional de 13,3 % de consumo excessivo de álcool entre as mulheres. Globalmente, prevê-se que a diferença entre homens e mulheres que bebem diminuirá progressivamente até 2030, em parte devido ao aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho³². Nos Estados Unidos, em pesquisa realizada utilizando o AUDIT observou-se o aumento exponencial no consumo médio diário, gravidade por transtornos do uso de álcool e dependência em consumidoras que foram acompanhadas por um período de dois anos³³. A gravidade de transtornos por consumo de álcool aumentou acentuadamente entre mulheres do que homens³³.

O aumento do consumo de álcool pela população feminina revela importantes consequências negativas. Pesquisa brasileira mostrou associação entre o uso nocivo de álcool pelas mulheres e comportamento de risco sexual: quase metade das que reportaram consumo excessivo também relataram ter relações sexuais desprotegidas; O uso de álcool predispõe a comportamentos sexuais risco³⁴. Nesta pesquisa, observou-se que as mulheres ribeirinhas que fazem o uso de risco, uso nocivo ou provável dependência do álcool (AUDIT ≥ 8) aumenta significativamente o risco de prevalência de sífilis, segundo positividade do teste rápido.

Os dados mencionados acima são corroborados por um estudo realizado com 1.547 jovens adultos, em que associou o consumo de álcool ao comportamento sexual de risco, aqueles que consumiram álcool tinham cinco vezes mais chances de assumirem comportamentos sexuais de risco³⁵. Na África, investigação sobre uso de álcool e comportamentos de risco para HIV com 2.473 pessoas vulneráveis descreve mulheres que bebem com 3,2 a 5,9 vezes mais chances de assumirem comportamentos sexuais de risco do que as que não bebem³⁶. Mulheres têm autopercepção que o uso abusivo do álcool pode levar à relação sexual desprotegida³⁷.

O consumo excessivo de álcool é fator preditivo para IST³⁸, os resultados desta pesquisa alertam quanto à importância de intervenção pautada na classificação do AUDIT. Em relação às zonas (II, III e IV) quanto ao padrão do consumo excessivo de álcool resultado prevalente neste estudo, as intervenções adequadas se baseiam em: orientação básica, o

monitoramento desses indivíduos e a avaliação cuidadosa de uma provável dependência. Apesar do AUDIT não diagnosticar dependência alcóolica, referente à Zona IV, faz-se necessário a avaliação adicional deste problema com um possível encaminhamento do indivíduo para um serviço especializado³⁹.

Enquanto limitações, o tipo de delineamento transversal não permite estabelecer relações causais, o que demanda cautela na interpretação dos dados. Outra limitação refere-se a um possível viés de memória e de subestimação na referência do consumo de álcool. Contudo, há de se pensar nas contribuições importantes para a área da saúde, no sentido de criar e implantar estratégias preventivas de qualidade para a população investigada, considerando as singularidades mencionadas.

CONCLUSÃO

Observou-se um padrão de consumo excessivo de álcool entre as mulheres deste estudo, em que este padrão de consumo excessivo de álcool aumenta significativamente o risco de prevalência de sífilis, segundo positividade do teste rápido.

Os resultados ratificam o uso excessivo de bebidas alcoólicas e a relação com as IST. Instrumentos breves para identificação do padrão do consumo de álcool são cada vez mais utilizados a fim de conhecer e intervir no uso excessivo de bebidas alcoólicas. Essa identificação acompanhada da avaliação de comportamentos de riscos é eficiente, pois intervenções apropriadas podem ser oferecidas.

Ademais, apesar de atualmente caminharmos para uma equiparação de papéis entre homens e mulheres na sociedade, fisiologicamente elas são mais sensíveis aos efeitos do álcool. É preciso lidar com essa questão com cuidado e atenção, com programas de prevenção e tratamento específicos e adequados para esse grupo. Numa perspectiva dos efeitos e consequências do uso excessivo do álcool na saúde sexual das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Cheng HG, Cantave MD, Anthony JC. Taking the First Full Drink: Epidemiological Evidence on Male-Female Differences in the United States. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016 [cited 2021 feb 11]; 40(4):816-25. Doi: 10.1111/acer.13028. PMID: 27038595; PMCID: PMC4820768.
2. Manguiera SO, Guimarães FJ, Manguiera JO, Fernandes AFC, Lopes MVO. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no brasil: revisão integrativa da literatura. *Psicologia & Sociedade*. 2015 [cited 2021 feb 24]; 27(1):157-168. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p157>

3. Laranjeira R, Pinsky I, Zaleski M, Caetano R, Duarte PCAV. I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
4. Agabio R, Pisanu C, Gessa GL, Franconi F. Sex Differences in Alcohol Use Disorder. *Curr Med Chem*. 2017 [cited 2021 feb 20]; 24(24):2661-2670. Doi: 10.2174/0929867323666161202092908. PMID: 27915987
5. Ebling SBD, Silva MRSD. Alcohol consumption among women living in rural contexts. *Rev Bras Enferm*. 2020 [cited 2021 feb 19]; 73(4). Doi: 10.1590/0034-7167-2019-0612.
6. Patrick ME, Maggs JL. Does drinking lead to sex? Daily alcohol-sex behaviors and expectancies among college students. *Psychol Addict Behav*. 2009 [cited 2021 feb 15]; 23(3):472-81. Doi: 10.1037/a0016097.
7. Hurley EA, Brahmbhatt H, Kayembe PK, Busangu MF, Mabilia MU, Kerrigan D. The Role of Alcohol Expectancies in Sexual Risk Behaviors Among Adolescents and Young Adults in the Democratic Republic of the Congo. *J Adolesc Health*. 2017 [cited 2021 feb 21]; 60(1):79-86. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.08.023.
8. Boska GA, Cesário L, Claro HG, Oliveira MAF, Domânico A, Fernandes IFAL. Vulnerabilidade para o comportamento sexual de risco em usuários de álcool e outras drogas. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*. 2017 [cited 2021 feb 16]; 13(4):189-195. Doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i4p189-195>
9. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. Estimativas globais da prevalência e incidência de quatro infecções sexualmente transmissíveis curáveis em 2012 com base em revisão sistemática e relatórios globais. *PLoS One*. 2015 [cited 2021 feb 20]; 10(12): e0143304. Doi: 10.1371 / journal.pone.0143304.
10. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations; 2016 [cited 2021 feb. 20]. Available: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/en/>
11. Duarte LC, Rhoden F. As histórias que podem ser contadas: a feminização da epidemia HIV. Em *Construção: arquivos de epistemologia histórica e estudos de ciência*; 2019 [cited 2021 feb 15]; 5. DOI: <https://doi.org/10.12957/emconstrucao.2019.40840>
12. World Health Organization. Organização Mundial da Saúde publica novas estimativas sobre sífilis congênita; 2019 [cited 2021 feb 19]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5879:organizacao-mundial-da-saude-publica-novas-estimativas-sobre-sifilis-congenita&Itemid=812
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>. [cited 2021 feb 22].
14. Figueira MCS, Silva WP, Marques D, Bazilio J, Pereira JA, Vilela MFG, et al. Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos. *Rev. Saúde Debate*; 2020 [cited 2020 oct 16]; 44(125):491-503. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012516>.

15. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [internet]. 2018 [cited 2020 mar 5]; 34(2). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012516>
16. Gregório JPS. Caracterização geológica e geomorfológica de áreas de encosta na cidade de João Pessoa – PB [Trabalho de Conclusão de Curso]. João Pessoa – PB: Universidade Estadual Paraíba; 2016. [cited 2020 nov 22]. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/12639>
17. IBGE. Panorama das cidades: João Pessoa, Paraíba. 2019. [cited 2019 mar 20]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/pesquisa/23/25888?detalhes=true>.
18. Bussab WO, Morettin PA. Estatística básica. 9ª ed. São Paulo: Saraiv; 2017.
19. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in Primary Care. 2.ed. [Internet]. Geneva: WHO; 2001. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=FD7CEE7178E7B3C2614461ED5BC0FAA5?sequence=1
20. Reisdorfer E, Büchele F, Pires ROM, Boing AF. Prevalence and associated factors with alcohol use disorders among adults: a population-based study in southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2012; [cited 2020 nov 15]; 15(3):582-94. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300012>
21. Méndez BE. Uma versão brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [dissertação de mestrado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
22. Carneiro APL, Ronzani TM, Avallone DM, Formigoni Segundo MLOS. AUDIT & AUDIT-C. Portal de formação a distância: sujeitos, contextos e drogas. 2016 [cited 2019 mar 15]. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-095653-001.pdf>.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Diretrizes para a Organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde [publicação on-line]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/diretrizes-para-organizacao-do-cta-no-ambito-da-prevencao-combinada-e-nas-redes-de-atencao>. [cited 2020 nov 15].
24. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: DF, 2012.
25. Sarquis RSFR, Sarquis IR, Sarquis IR, Fernandes CP, Silva GA, Silva RBL, et al. The Use of Medicinal Plants in the Riverside Community of the Mazagão River in the Brazilian

Amazon, Amapá, Brazil: Ethnobotanical and Ethnopharmacological Studies. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2019 [cited 2021 feb 23]; 10. Doi: 10.1155/2019/6087509.

26. Lomba RM. Modos de vida ribeirinho na comunidade Foz do Rio Mazagão - Mazagão (AP / Brasil) *Ateliê Geográfico.* 2017 [cited 2021 feb 15]; 11 (1):257–276. Doi: 10.5216/ag.v11i1.35381.

27. Rocha DA, Azevedo MJN, Batista SJS, Beltrão ÊS, Moraes CO, Araújo AF, et al. *T. vaginalis* in riverside women in Amazonia, Brazil: an experience using the EVALYN® BRUSH vaginal self-collection device. *J Infect Dev Ctries.* 2019 [cited 2020 nov 26]; 30;13(11):1029-1037. Doi: 10.3855/jidc.11385. PMID: 32087075.

28. McCabe BE, Brincksb AM, Halsteada V, Munoz-Rojasc D, Falcona A. Optimizing the US-AUDIT for alcohol screening in U.S. college students. *J Substance Use.* 2019 [cited 2021 feb 17]; 24(5):508–513. Doi: <https://doi.org/10.1080/14659891.2019.1609108>

29. Iwamoto DK, Corbin W, Brady J, Grivel M, Clinton L, Kaya A, Lejuez C. Heavy Episodic Drinking Trajectories Among Underage Young Adult Women: The Role of Feminine Norms. *Alcohol Clin Exp Res.* 2018 [cited 2021 feb 22]; 42(3):551-560. Doi: 10.1111/acer.13582.

30. Arned JT, Rohsenow DJ, Almeida AB, Hunt SK, Gokhale M, Gottljeb DJ, et al. Sleep following alcohol intoxication in healthy, Young adults: Effects of sex and Family history of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research;* 2011 [cited 2020 feb 19]; 35(5):870-878. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01417.x>

31. Inkelis SM, Hasler BPP, Baker FC. Sleep and alcohol use in women. *Alcohol Research: Current Reviews.* 2020 [cites 2021 feb 14]; 40(2):1-15. Doi: <https://www.arcr.niaaa.nih.gov/arcr402/article13.htm>

32. Manthey J, Shield KD, Rylett M, Hasan OSM, Probst C, Rehm J. Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet.* 2019 [cited 2021 feb 13]; 393(10190):2493–2502. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32744-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32744-2)

33. Rubinsky AD, Dawson DA, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA. AUDIT-C scores as a scaled marker of mean daily drinking, alcohol use disorder severity, and probability of alcohol dependence in a U.S. general population sample of drinkers. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013 [cited 2021 feb 13]; 37(8):1380-90. Doi: 10.1111/acer.12092

34. Sales WB, Caveião C, Visentin A, Mocelin D, Costa PM, Simm EB. Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2016 [citado 2021 feb 24]; (10):19-27. Doi: <ttp://dx.doi.org/10.12707/RIV16019>.

35. Gräf DD, Mesenburg MA, Fassa AG. Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2020;54(41):1-12. Doi: 10.11606 / s1518-8787.2020054001709.

36. Bello B, Moultrie H, Somji A, Chersich MF, Watts C, Delany-Moretlwe S. Alcohol use and sexual risk behaviour among men and women in inner-city Johannesburg, South Africa.

BMC Public Health. [internet]. 2017 [cited 2020 mar 6]; 17(548). Available from:
<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4350-4>

37. Oliveira TMF, Andrade SSC, Matos SDO, Oliveira SHS. Comportamento de risco e autopercepção de vulnerabilidade às IST e Aids entre mulheres. Rev. Enferm. UFPE online. 2016 [cited 2020 nov 29]; 10(1):137-142. Available from:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10931/12224>

38. O'Leary A, Jemmott JB 3rd, Jemmott LS, Teitelman A, Heeren GA, Ngwane Z, Icard LD, Lewis DA. Associations between psychosocial factors and incidence of sexually transmitted disease among South African adolescents. Sex Transm Dis. 2015 [cited 2021 feb 22]; 42(3):135-9. Doi: 10.1097/OLQ.0000000000000247.

39. Jomar RT, Paixão LAR, Abreu AMM. Alcohol use disorders identification test (AUDIT) e sua aplicabilidade na atenção primária a saúde. Revista de Atenção Primária a Saúde. 2012 [cited 2021 feb 15]; 15(1):113-117. Available from:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14950>

6. CONCLUSÃO

De acordo com os resultados do estudo, é possível apontar que, comportamentos sexuais de risco e disfunções sexuais causam danos na sexualidade e qualidade de vida das mulheres. Deste modo, para a revisão integrativa, comportamentos sexuais de risco foram identificados como contribuintes para o desenvolvimento de IST, estes são o não uso do preservativo, início da vida sexual precoce; múltiplos parceiros sexuais; uso de álcool e outras drogas; trabalho sexual e/ou troca de sexo por dinheiro ou drogas; uso da internet para recrutar parceria sexual; mulheres que fazem sexo com mulheres; disparidade de idade em relacionamentos; relacionamentos intergeracionais.

Referente ao artigo de pesquisa acerca do comportamento e qualidade de vida das mulheres ribeirinhas, aspectos como idade possui destaque em sua relação com a qualidade de vida sexual. Outro fator como estado civil tem relação com o não uso do preservativo. As mulheres possuem queixas de disfunções sexuais como dor e perda de interesse na relação. No tocante ao artigo de pesquisa referente ao consumo de álcool e prevalência de IST. O consumo de álcool de risco, nocivo e com provável dependência aumenta 6,54 vezes o risco de prevalência de sífilis.

O estudo se propõe a investigar o comportamento sexual de mulheres ribeirinhas e os fatores associados, de modo que possibilita uma compreensão dos desfechos desfavoráveis em saúde como desenvolvimento de IST, disfunções sexuais.

Foi possível observar que mulheres ribeirinhas possuem singularidades em seus hábitos de vida que podem influenciar comportamentos. Portanto, a necessidade de novos estudos que possam traçar esse perfil em outras comunidades ribeirinhas a fim de proporcionar comparações.

REFERÊNCIAS

- ABDO, C.H.; MOREIRA J.R.; FITTIPALD, J.A.S. Estudo do comportamento sexual no Brasil – ECOS. **RBM: Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 57, n. 11, p. 1329-1335, 2000. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/19459/2/Abdo%20CHN%20Estudo%20do%20comportamento....pdf>. Acesso em: 31 mai. 2019.
- ANDRADE, S.S.C.; ZACCARA, A.A.L.; LEITE, K.N.S; *et al.* Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n. 13, p. 364-372, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reusp/v49n3/pt_0080-6234-reusp-49-03-0364.pdf. Acesso em: 23 mar 2020.
- AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.J.; *et al.* O conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. **In: Czeresnia D, Freitas C.M., organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=350313&indexSearch=ID>. Acesso em: 25 nov. 2020.
- BABOR, T.F.; HIGGINS-BIDDLE, J.C.; SAUNDERS, J.B.; MONTEIRO, M.G. AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test –Guidelines for use in primary care. [Internet]. 2001. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=FDA0D3EBCEE9D5A22BF86C857CB0BFDF?sequence=1 Acesso em: 10 nov. 2019.
- BARBOSA, R.M.; KOYAMA, M.A.H. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 21-33, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000800005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 25 mar. 2020.
- BARUFALDI, L.A.; SOUTO, R.M.C.V.; CORREIRA, R.S.B.; *et al.* Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, 2017. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232017229.12712017. Acesso em 26 mar. 2020.
- BRAGA, E.O.; MORAES, C.G.M.S. Porto do Capim: lutas e estratégias de existência de uma comunidade ribeirinha no centro histórico de João Pessoa/PB. **Revista Ñanduty**, v. 4, n. 4, p. 20-52, 2016. Disponível em: <https://ojs.ufgd.edu.br/index.php/nanduty/article/view/5348/2757>. Acesso em: 22 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: DF, 2012
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. Brasília, DF, 2013. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 01 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual técnico para diagnóstico das hepatites virais. **Kit HBsAg Bioclin- teste rápido para diagnóstico da hepatite B**. Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/147703/mod_resource/content/1/Manual%20HBsAg%20%E2%80%93%20Bioclin%20%282018%29.pdf Acesso em: 5 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Ministério da Saúde: 2016. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/207775/mod_resource/content/1/Manual%20TR%20SI%CC%81FILIS%20BIO%20%E2%80%93%20BIOCLIN%20%282019%29.pdf Acesso em: 5 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 12 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio a Gestão Participativa. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Brasília, DF, 2015a. Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **HIV: Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HIV_estrategias_testes_rapidos_brasil.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para a Organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde** [publicação on-line]. Brasília: MS, 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/diretrizes-para-organizacao-do-cta-no-ambito-da-prevencao-combinada-e-nas-redes-de-atencao> Acesso em: 27 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Pesquisa e Desenvolvimento em IST/HIV/AIDS/Hepatites virais no Brasil, 2012 a 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Acesso em: 23 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: SISTEMA TELELAB – Educação Permanente. **Teste rápido para diagnóstico de hepatite C.** 2017. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22183/mod_resource/content/2/Hepatitis%20-%20Manual%20Aula%204.pdf Acesso em: 5 jan. 2020.

BRASIL. Ministério Público do Estado do Pará. Procuradoria Geral de Justiça. **Cartilha de Proteção à Mulher: ações para o enfrentamento à violência doméstica e familiar.** Pará: Ministério Público do Estado do Pará, 2020a. Disponível em: <https://alepa.pa.gov.br/downloads/cartilha-mulher-2.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BRASIL. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Orientações técnicas de educação em sexualidade para o cenário brasileiro: tópicos e objetivos de aprendizagem.** Brasília: UNESCO, 2014. Disponível em: <https://observatoriodeeducacao.institutounibanco.org.br/cedoc/detalhe/orientacoes-tecnicas-de-educacao-em-sexualidade-para-o-cenario-brasileiro-topicos-e-objetivos-de-aprendizagem,f2abcd68-d7d1-4ed5-a18e-3c5525c97ed8>. Acesso em: 24 nov. 2020.

BUSSAB, W.O.; MORETTIN, P.A. **Estatística básica.** 9ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

CARNEIRO, A.P.L.; RONZANI, T.M.; AVALLONE, D.M.; *et al.* **AUDIT & AUDIT-C. Portal de formação a distância: sujeitos, contextos e drogas.** 2016. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-095653-001.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CDC. **Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines,** 2016. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/general/default.htm>. Acesso em: 21 nov. 2020.

CESTARI, V.R.V.; MOREIRA, T.M.M.; PESSOA, V.L.M.P.; *et al.* A essência do cuidado na vulnerabilidade em saúde: uma construção heideggeriana. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 70, n. 5, p. 1171-6, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0570>. Acesso em: 15 nov. 2020.

COSTA, M.I.F.; RODRIGUES, R.R.; TEIXEIRA, R.M.; *et al.* Adolescentes em situação de pobreza: resiliência e vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 73, n. 4, p. 01-07, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0242>. Acesso em: 02 dez. 2020.

DAMASCENO, C.K.C.S.; SANTOS, F.T.G.; SILVA, D.M.F.; *et al.* Vulnerability of women to HIV infection. **Rev. Enferm. UFPE online,** v. 11, n. 3, p. 1320-25, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i3a13973p1320-1325-2017>. Acesso em: 22 out. 2019.

DIAS, E.C. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. **Saúde do Trabalhador Rural - Renast.** Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

FERNANDES, N.F.S.; GALVÃO, J.R.; ASSIS, M.M.A.; *et al.* Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cad. Saúde Pública,** v. 35, n. 10, p. 01-19, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00234618>. Acesso em: 29 nov. 2020

FIGUEIRA, M.C.S.; SILVA, W.P.; MARQUES, D.; *et al.* Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos. **Rev. Saúde Debate**, v. 44, n. 125, p. 491-503, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012516>. Acesso em: 16 out. 2020.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 3ª ed. São Paulo: WMFMartins Fontes, 2010.

GAMA, A.S.M.; FERNANDES, T.G.; PARENTE, R.C.P.; *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00002817.pdf>. Acesso em: 15 out. 2020.

GENZ, N.; MEINCKE, S.M.K.; CARRET, M.L.V.; *et al.* Doenças Sexualmente Transmissíveis: conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 2, p. 01-12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005100015>. Acesso em: 28 mar. 2020.

GONÇALVES, H.; MACHADO, E.D.; SOARES, A.L.G.; *et al.* Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 18, n. 1, p. 1-18, 2015. Disponível em: DOI: 10.1590/1980-5497201500010003. Acesso em: 28 mar. 2020.

GRAF, D.D.; MESENBURG, M.A.; FASSA, A.G. Risky sexual behavior and associated factors in undergraduate students in a city in Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, n. 41, p. 01-13, 2020. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/169080>. Acesso em: 29 out. 2020.

GREGÓRIO, J.P.S. **Caracterização geológica e geomorfológica de áreas de encosta na cidade de João Pessoa – PB**. 2016. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Graduação em Geografia. Universidade Estadual da Paraíba. Guarabira – PB, 2016. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/handle/123456789/12639>. Acesso em: 22 nov. 2020.

IBGE. **Panorama das cidades: João Pessoa, Paraíba**. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/pesquisa/23/25888?detalhes=true>. Acesso em: 18 mar. 2019.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. 2013. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 29 mar. 2020.

LEITE, F.M.C.; LUIS, M.A.; AMORIM, M.H.C.; *et al.* Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 22, p. 01-14, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190056>. Acesso em: 02 nov. 2020.

LIMA, C.T.; FREIRE, A.C.C.; SILVA, A.P.B.; *et al.* Concurrent and construct validity of the AUDIT in na urban Brazilian Sample. **Alcohol & Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584-589, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16143704>. Acesso em: 10 nov. 2020.

LOURENÇO, G.O.; AMAZONAS, M.C.L.A.; LIMA, R.D.M. Nem santa, nem puta, apenas mulheres: a feminização do HIV/Aids e a experiência de soropositividade. **Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana**, v. 30, p. 262-281, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sess/n30/1984-6487-sess-30-262.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2020.

LUIZ, R.R.; MAGNANINI, M.M.F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 9-28, ago./dez. 2000.

MARTINS, D.C.; PESCE, G.B.; SILVA, G.M.; *et al.* Sexual behavior and sexually transmitted diseases among the female partners of inmates. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, p. 01-09, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2568.3043>. Acesso em: 15 out. 2019.

MARTINS, J.O.A.; HOLANDA, J.B.L.; SANTOS, A.A.P.; *et al.* Sexualidade de mulheres submetidas à mastectomia: identificação das fases afetadas no ciclo da resposta sexual. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam. Online**, v. 12, p. 67-72, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7013>. Acesso em : 24 nov. 2020.

MARTINS, J.T.; RIBEIRO, R.P.; BOBROFF, M.C.C.; *et al.* Epidemiologic research in health worker: a reflection theory. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 35, n. 1, p. 163-174, 2014. Disponível em: DOI: 10.5433/1679-0367.2014v35n1p163. Acesso em: 30 mar. 2019.

MEDEIROS, M.C.S.; BARBOSA, M.P. Percepção de risco dos atores sociais em áreas metropolitanas: estudo de caso na comunidade São José – Joao Pessoa. **Revista Espacios**, v. 37, n. 23, 2016. Disponível em: <http://www.revistaespacios.com/a16v37n23/16372305.html>. Acesso em: 22 nov. 2020.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.** [Internet], v. 17, n. 4, p. 758-64. Acesso em: 15 set. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.

MENDEZ, B. E. **Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test** [Tese de Doutorado]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999

MORAES, L.; FRANCA, C.; SILVA, B.; *et al.* Iniciação sexual precoce e fatores associados: uma revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 20, n. 1, p. 59-77, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200105> Acesso em: 24 mar. 2020.

MOURA, L.R.; TORRES, L.M.; CADETE, M.M.M.; *et al.* Fatores associados aos comportamentos de risco à saúde entre adolescentes brasileiros: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 52, p. 01-11, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017020403304>. Acesso em: 23 mar. 2020.

NEVES, F.H. **Critérios de Planejamento e Implantação de Equipamentos Urbanos Comunitários de Educação e Saúde: estudo de caso em Curitiba de 2010 a 2014.** 2015. [Dissertação de Mestrado]. Mestrado em Engenharia de Construção Civil. Universidade Federal do Paraná. 2019. Disponível em:

<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/40828/R%20-%20D%20-%20FERNANDO%20HENRIQUE%20NEVES.pdf;sequence=2>. Acesso em: 22 out. 2020.

NEVES, R.G.; WENDT, A.; FLORES, T.R.; *et al.* Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros, 2012.

Epidemiol. Serv. Saúde, v. 26, n. 3, p. 443-454, 2017. Disponível em:
doi: 10.5123/S1679-49742017000300003. Acesso em: 28 mar. 2020.

OLIVEIRA, J.K.M. **Habitação de Interesse Social na comunidade São Rafael: proposta de blocos de edificação multifamiliar para pessoas em áreas de risco e degradação ambiental**. 2019. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo – Universidade Federal da Paraíba. 2019. Disponível em:
<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/15664>. Acesso em: 22 nov. 2020.

OLIVEIRA, P.S.; ABUD, A.C.F.; INAGAKI, A.D.M.; *et al.* Vulnerabilidade de adolescentes às Doenças Sexualmente Transmissíveis na atenção primária. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 12, n. 3, p. 753-762, 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/25063/28042>. Acesso em: 21 nov. 2020.

OLIVEIRA, T.M.F.; ANDRADE, S.S.C.; MATOS, S.D.O.; *et al.* Comportamento de risco e autopercepção de vulnerabilidade às IST e Aids entre mulheres. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 10, n. 1, p. 137-142, 2016. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10931/12224>. Acesso em: 29 nov. 2020.

OMS. **Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region**, 2000-2015. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em:

https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/. Acesso em: 21 nov. 2020.

PENHA, J.C.; AQUINO, C.B.Q.; NERI, E.A.R.; *et al.* Risk factors for sexually transmitted diseases among sex workers in the interior of Piauí, Brazil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 2, p. 63-9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.52089>. Acesso em: 15 nov. 2020.

PEREIRA, E.V. Famílias de mulheres presas, promoção da saúde e acesso às políticas sociais no Distrito Federal, Brasil. **Rev. Ciên. Saúde coletiva**, v. 21, n. 7, p. 2123-2134. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2123.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2020.

PEREIRA, T.G.; ARAÚJO, L.F.; NEGREIROS, F.; *et al.* Análise do comportamento sexual de risco à infecção pelo HIV em adultos da população em geral. **Rev. Psico.**, v. 47, n. 4, p. 249-258, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.4.23703>. Acesso em: 26 out. 2019.

PORTER, G.; HAMPSHIRE, K.; ABANE, A.; *et al.* Mobile phones, gender, and female empowerment in sub-Saharan Africa: studies with African youth. **Information Technology for Development**, v. 26, n. 1, p. 180-193, 2020. DOI: 10.1080/02681102.2019.1622500. Acesso em: 25 set. 2020.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 8ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2017.

SALES, W.B.; CAVEIÃO, C.; VISENTIN, A.; *et al.* Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários de saúde. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 10, p. 19-27, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16019>. Acesso em: 23 mar. 2020.

SILVA, A.P.; SANTOS, A.V.A.; OLIVEIRA, S.R.F. **A COMUNIDADE DO S: uma situação de vulnerabilidade socioambiental**. IV Jornada de Políticas Públicas. São Luís – MA, 2009.

SILVEIRA, D.X.; DOERING-SILVEIRA, E.B. Padrões de Uso de Drogas. **Eixo Políticas e Fundamentos**. Aberta–Portal de Formação a Distância: sujeitos, contextos e drogas. 2017.

SHRESTHA, R.; KARKI, P.; COPENHAVER, M. Early Sexual Debut: A Risk Factor for STIs/HIV Acquisition Among a Nationally Representative Sample of Adults in Nepal. **J Community Health**, v. 41, n. 1, p. 70-77, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4715759/>. Acesso em: 26 mar. 2020.

SOARES, J.P.; SILVA, A.C.O.; SILVA, D.M.; *et al.* Prevalência e fatores de risco para o hiv/aids em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. **Arq. Catarin. Med.**, v. 46, n. 4, p. 182-194, 2017. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/126>. Acesso em: 30 set. 2020.

TANTON, C.; GEARY, R.S.; CLIFTON, S.; *et al.* Sexual health clinic attendance and non-attendance in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). **Sex. Transm. Infec.**, v. 94, n. 4, p. 268-276, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2017-053193>. Acesso em: 25 set. 2020.

VILLEGAS-CASTAÑO, A.; TAMAYO-ACEVEDO, L.S. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo para la salud sexual de adolescentes escolarizados, Medellín, Colombia, 2013. **Iatreia**, v. 29, n. 1, p. 5-17, 2016. DOI: 10.17533/udea.iatreia.v29n1a01. Acesso em 25 set. 2020.

UNAIDS. **Guia de Terminologia do UNAIDS**. 2017. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/09/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS_HD.pdf. Acesso em: 02 nov. 2020.

VOLPATO, G.L.; BARRETO, R.E. **Estatística Sem Dor**. 2ª ed. São Paulo, 2016.

WHO. Management of Substance Dependence screening and brief intervention. 2003.

WOMEN'S INSTITUTE. **HIV Risk for Lesbians, Bisexuals & Other Women Who Have Sex With Women**. New York: Gay Men's Health Crisis, 2009. Disponível em: https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/GMHC_lap_whitepaper_06091.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.

APÊNDICES

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

SEÇÃO I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1 - Iniciais	_____
2 - Comunidade onde mora:	_____
3 - Data de nascimento:	____/____/____
4 - Você estuda? () Sim; () Não. Se sim, especificar Ensino fundamental ou primeiro grau () Ensino técnico () Alfabetização de adultos () Ensino médio ou segundo grau () Superior ()	
5 – Você estudou? Até que série (especifique em anos de estudo)?	_____
6 – Estado conjugal: () Casada/união consensual; () Solteira; () Separada; () Viúva	
7 – Quantos filhos possui:	_____
8 – Ocupação:	_____
9 – Renda mensal:	_____
10 – Tipo de moradia: () Alvenaria () Taipa (Pau a pique) () Palafita	
11 – Classificação do tipo de moradia ribeirinha: () Várzea Alta (Palafita) () Várzea Baixa (Flutuante) () Terra Firme (urbanas)	
12 – Sua residência possui saneamento básico? 1- () Sim 2- () Não	
SEÇÃO II – DADOS CLÍNICOS	
13 - Buscou consulta de planejamento reprodutivo/familiar? () Sim () Não	
14 - Realizou exame ginecológico citológico (Papanicolau)? () Sim () Não Se sim, quando (ano)? _____	
15 - Faz uso de método anticoncepcional? () Sim () Não	
SEÇÃO III – ESTUDO DO COMPORTAMENTO SEXUAL (ECOS) – MODELO 2 ADAPTADO	
16 - Idade da primeira relação sexual:	_____
17 - Frequência do uso do preservativo nos últimos 12 meses? () Sempre; () Às vezes; () Nunca	
18 - Você sente atração sexual por: () Homem; () Mulher; () Homem e Mulher	
19 - Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses? _____ parceiros	
20 - Você já utilizou dispositivo móvel-celular (tinder, badoo, happn) para busca de parceiro sexual: () Sim; () Não	
21 - Você já fez sexo com parceiro sexual que conheceu pelo celular (dispositivo móvel)? () Sim; () Não	
22 - Em relação às preliminares (aquecimento, começo) do seu ato sexual, você está: () Muito satisfeito(a); () Satisfeito(a); () Neutro(a); () Insatisfeito(a); () Muito insatisfeito(a)	
23 - Você se masturba (“siririca”): () Nunca; () Quase nunca; () Às vezes; () Frequentemente; () Muito frequentemente	
24 - De um modo geral você demora para se excitar (estimular): () Sim () Não	
25-De um modo geral você perde a excitação (interesse) antes do final: () Sim () Não	
26 - Assinale com um “X” os fatos que acontecem na sua atividade sexual: () Desejo; () Penetração; () Orgasmo (gozo);	

<input type="checkbox"/> Excitação crescente (“tesão”); <input type="checkbox"/> Envolvimento afetivo com o(a) parceiro(a); <input type="checkbox"/> Envolvimento físico com o(a) parceiro(a) <input type="checkbox"/> Falta de excitação (falta tesão); <input type="checkbox"/> Falta de orgasmo (não goza); <input type="checkbox"/> Falta de desejo sexual (falta vontade de começar).
27- De modo geral, você considera sua vida sexual: <input type="checkbox"/> Muito ruim; <input type="checkbox"/> Ruim; <input type="checkbox"/> Regular; <input type="checkbox"/> Boa; <input type="checkbox"/> Ótima
28 - O que importa num relacionamento sexual entre duas pessoas é: <input type="checkbox"/> Atração física (“tesão”) pelo(a) parceiro(a); <input type="checkbox"/> Qualidades(dons) do(a) parceiro(a); <input type="checkbox"/> Afeto/amor; <input type="checkbox"/> Experiência sexual do(a) parceiro(a); <input type="checkbox"/> Estabilidade econômica do casal; <input type="checkbox"/> Somente ter filhos; <input type="checkbox"/> Respeito mútuo; <input type="checkbox"/> Beleza física do(a) parceiro(a).
29 - Durante ou após o ato sexual, você sente: a-Dor <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não b-Perda do interesse <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não c-Repulsa ao sexo ou ao parceiro(a) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não d-()Outro. Qual? _____
30 - Sua atividade sexual é feita com (assinale quantas alternativas precisar): <input type="checkbox"/> Beijos; <input type="checkbox"/> Sexo oral; <input type="checkbox"/> Abraços; <input type="checkbox"/> Sexo anal; <input type="checkbox"/> Masturbação mútua; <input type="checkbox"/> Outras práticas. Quais? _____
31 - Caso tenha medo (s) em relação ao sexo, assinale um “X” (pode assinalar mais de uma alternativa) <input type="checkbox"/> Engravidar; <input type="checkbox"/> Não ter desejo (vontade de começar); <input type="checkbox"/> Não ter orgasm); <input type="checkbox"/> Não satisfazer o(a) parceiro(a); <input type="checkbox"/> Não ser aceito(a); <input type="checkbox"/> Pegar Infecção Sexualmente Transmissível; <input type="checkbox"/> Não ter excitação (não ter tesão); <input type="checkbox"/> Não conseguir “dar mais de uma” <input type="checkbox"/> Não saber fazer algo. Ex.: beijar, estimular o sexo do(a) parceiro(a) <input type="checkbox"/> Outro.... Qual? _____
32 - Você já passou por alguma destas situações?: a-Infecção Sexualmente Transmissível, exceto aids <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não b-Aids <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não c-Aborto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não d-Sexo grupal (“suruba”, mais de 3 pessoas) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não e-Sexo a três <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não f-Troca de casais (“swing”) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não g-Relacionamento homossexual uma única vez <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não h-Relação sexual com algum familiar de sangue <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não i-Relação com animal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não j-Relação com prostituta(o) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não k-Receber dinheiro por sexo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não l-Sexo sob o efeito de álcool <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não m-Sexo sob o efeito de drogas (maconha, cocaína, etc.) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não n-Aversão por sexo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não o-Relação com pessoa 20 anos mais velha ou 20 anos mais jovem que você? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

<p>p-Excitação e gozo com objetos ()Sim ()Não</p> <p>q-Excitação e gozo com troca de insultos e agressividade ()Sim ()Não</p> <p>r-Goza somente se assiste alguém fazer sexo ou tirar a roupa, sem você participar ()Sim ()Não</p>
<p>33 - Você já passou por alguma destas situações?</p> <p>a-Assédio sexual (proposta sexual de alguém com influência ou poder) ()Sofreu ()Praticou ()Não</p> <p>b-Violência sexual ()Sofreu ()Praticou ()Não</p> <p>c-Estupro ()Sofreu ()Praticou ()Não</p>
<p>34 - Você tem orgasmos (goza) com que frequência? ()Nunca; ()Raramente; ()Às vezes; ()Frequentemente; ()Sempre</p>
<p>35 - Você tem orgasmo (goza) (pode marcar mais de uma alternativa)</p> <p>a-Com masturbação (siririca) ()Sim ()Não ()Nunca tentei</p> <p>b-Com sexo oral ()Sim ()Não ()Nunca tentei</p> <p>c-Com sexo anal ()Sim ()Não ()Nunca tentei</p> <p>d-Com sexo vaginal (penetração do pênis na vagina) ()Sim ()Não ()Nunca tentei</p> <p>e-Com ajuda de objetos (vibrador, por exemplo) ()Sim ()Não ()Nunca tentei</p>

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Baseado nas recomendações contidas na Resolução CNS nº466/2012)

Prezada Senhora,

Esta pesquisa é sobre Comportamentos Sexuais em Mulheres de Populações Ribeirinhas, que tem como título: **Estudo do Comportamento Sexual e Fatores Associados de Mulheres das Populações Ribeirinhas**, da aluna do curso de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), nível Mestrado, da Universidade Federal da Paraíba, Gabriela Silva Esteves de Hollanda, sob a responsabilidade e orientação da Prof^a. Dr^a. Ana Cristina de Oliveira e Silva.

O objetivo do estudo é: Investigar o comportamento sexual de mulheres de populações ribeirinhas do município de João Pessoa – PB. Tais informações serão valiosas para elaboração de medidas educativas-preventivas que contribuirão para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem à beira de rios.

Para o desenvolvimento deste estudo, será realizada uma entrevista e em seguida a realização dos testes rápidos para identificar hepatite B e C, HIV/Aids e sífilis. A entrevista (perguntas) terá duração média de 20 minutos e será realizada de forma individual, em local privativo, para garantia da privacidade e sigilo das informações declaradas pelos participantes; em seguida será realizado o exame (teste rápido) que terá duração média de 20 minutos, que para tanto será necessária a coleta de uma gota de sangue de sua polpa digital (ponta do dedo). Ressaltamos que serão preconizados os protocolos do Ministério da Saúde para coleta e armazenamento do material biológico.

Assim, solicitamos a sua colaboração para participar de forma voluntária desta pesquisa, bem como sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Informamos que o estudo poderá lhe causar riscos, como desconforto por se sentir incomodada em responder ou lembrar situações de acordo com as perguntas sobre sua intimidade, pelo tempo de duração da entrevista (em torno de 20 minutos), ou sentir-se constrangido ou receoso diante de um possível resultado positivo dos testes rápidos para as referidas infecções, além de um discreto desconforto físico, decorrente de punção da polpa digital da mão para obtenção de sangue para realização do teste rápido.

Esclarecemos que sua participação na pesquisa é totalmente voluntária sem nenhum custo e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as

atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum tipo de prejuízo. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Considerando, que fui informada dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de _____ de _____



Impressão dactiloscópica

Assinatura da participante

Contato com a Pesquisadora Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Gabriela Silva Esteves de Hollanda, Telefone: (83) 3216-7109 ou para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - Endereço: Universidade Federal da Paraíba Campus I – 1º andar - Cidade Universitária, CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB. Email: comitedeetica@ccs.ufpb.br Telefone: (83) - 3216 7791

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE RESULTADOS DE TESTES RÁPIDOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Data da coleta: ____/____/____

Nome da participante: _____

Data de nascimento: ____/____/____

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE PARA HEPATITE B- HBsAg

Amostra: sangue total

Nome do produto: Bioclin – HBsAg [Quibasa Química-Brasil]

Método : Imunocromatografia

Resultado do teste: () Amostra **REAGENTE** para o antígeno de superfície da Hepatite B
 () Amostra **NÃO REAGENTE** para o antígeno de superfície da Hepatite B

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA HEPATITE C

Amostra: sangue total

Nome do produto: ALERE HCV

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: () Amostra **REAGENTE** para o anticorpo para Hepatite C
 () Amostra **NÃO REAGENTE** para o anticorpo para Hepatite C

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA SÍFILIS

Amostra: sangue total

Nome do produto: Bioclin - Sífilis

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: () Amostra **REAGENTE** para o anticorpo para Sífilis
 () Amostra **NÃO REAGENTE** para o anticorpo da Sífilis

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV**TESTE 1 :**

Nome do produto: ABON HIV 1 e 2

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: () Amostra **REAGENTE** para HIV
 () Amostra **NÃO REAGENTE** para HIV

TESTE 2 (se realizado):

Nome do produto: Bio-Manguinhos TR DPP® HIV ½

Método: Imunocromatografia

Resultado do teste: () Amostra **REAGENTE** para HIV
 () Amostra **NÃO REAGENTE** para HIV

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

Data: ____/____/____

Para: _____

Horários de atendimento: _____

Endereço: _____

Telefone: () - _____

Encaminhamos a Sra.: _____

Para:

- () Repetir sorologia para HIV
 () Repetir sorologia para Hepatite C
 () Repetir sorologia para Sífilis
 () Repetir sorologia para Hepatite B

Exames realizados:

- ()
- Testagem rápida para HIV**

Teste 1: Abon HIV 1 e 2: _____

Teste 2 (se realizado): _____

TR DPP HIV 1/2 – Bio-Manguinhos: _____

- ()
- Testagem rápida para Hepatite B**

Teste: Bioclin – HBsAg [Quibasa Química-Brasil]: _____

- ()
- Testagem rápida para Hepatite C**

Teste: ALERE – HCV: _____

- ()
- Testagem rápida para Sífilis**

Teste: Bioclin – Sífilis: _____

Solicitamos avaliação clínica e conduta.

Atenciosamente,

Responsável

ANEXOS

**TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE
ÁLCOOL (AUDIT)**

<p>1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho etc)?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês</p> <p>3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>2. Quantas doses, contendo álcool, você consome num dia em que normalmente bebe?</p> <p>0 (1 a 2 doses) 1 (3 a 4 doses) 2 (5 a 6 doses)</p> <p>3 (7 a 9 doses) 4 (10 ou mais doses)</p>	
<p>3. Com que frequência você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês</p> <p>3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>4. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês</p> <p>3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>5. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você deixou de fazer algo ou atender a algum compromisso devido ao uso de bebida alcoólica?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês</p> <p>3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>6. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês</p> <p>3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>7. Com que frequência você sentiu-se culpado ou com remorso depois de beber?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês</p> <p>3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>8. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?</p> <p>0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês</p> <p>3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana</p>	
<p>9. Você ou outra pessoa já se machucou devido a alguma bebedeira sua?</p> <p>0 Nunca 2 Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>4 Sim, nos últimos 12 meses</p>	
<p>10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse a quantidade?</p> <p>0 Nunca 2 Sim, mas não nos últimos 12 meses</p> <p>4 Sim, nos últimos 12 meses</p>	
<p>Nome do entrevistador:</p>	