



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Juliane Andrade

**Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres
às infecções sexualmente transmissíveis**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

**Botucatu
2017**

Juliane Andrade

**Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às
infecções sexualmente transmissíveis**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Saúde
Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Botucatu
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Andrade, Juliane.

Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis / Juliane Andrade.
- Botucatu, 2017

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Capes: 40600009

1. Doenças sexualmente transmissíveis. 2. Enfermagem. 3. Homossexualidade. 4. Lésbicas. 5. Vulnerabilidade em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Homossexualidade feminina; Infecções sexualmente transmissíveis; Lésbicas; Vulnerabilidade.

Trabalho realizado com suporte financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Processo 2015/14769-0.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à idealizadora, Professora Marli, que não se define somente por ser minha professora e orientadora eterna, mas uma pessoa especial pela qual tenho muito carinho e admiração.

À mulher que mais amo nesta vida, minha mãe.

E sem dúvidas a todas as Mulheres que participaram da construção e composição deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e por tudo que me proporciona, as alegrias e também as tristezas, através das quais, em todas as circunstâncias, tento enxergar seus ensinamentos.

À minha família que amo tanto, e vocês todos sabem disso. À minha “Vó Linda”, espelho de todas as mulheres da família, exemplo de força, fé, perseverança e luta.

Aos meus pais, que tanto amo, e que me ensinaram o respeito, a honestidade e a busca pelos meus sonhos.

João, meu amor! Obrigado por todo apoio, paciência, compartilhamentos e exemplo de ser humano.

À minha afilhada Maria Julia e a meu ao afilhado de coração, Pedro, que tenho a responsabilidade de caminhar junto, compartilhar minhas experiências, além de passar todo meu amor e carinho, e aos seus pais, que são como meus irmãos.

À Emilene, minha prima-irmã, a mãe do Pedro, por estar sempre pronta a me auxiliar na estruturação do Abstract.

À professora Ilda de Godoy, que viabilizou a concretização deste sonho. Serei eternamente grata.

À professora Rúbia, que sempre me apoiou e me aconselhou profissionalmente.

Às minhas companheiras de pesquisa, Mariana e Ana Paula, por cada momento de amizade, companherismo e cumplicidade.

Às minhas meninas do Programa Municipal de DST/aids, às Agentes Estratégicas de Saúde. Chamo de “minhas”, pois tenho muito orgulho de poder dizer que faço parte desta Equipe.

À Dra. Isabel pela parceria e cuidado com as mulheres.

Aos meus amigos que sempre estão ao meu lado dando força para continuar. Afinal “amigos são aqueles que te botam em pé quando as asas esquecem como voar”. E estes são vocês: Carol, Lilian, Simone e Letícia (Quinteto Fantástico), Karyn, Camélia, Lucas, Thiago, Cris, Débora, Nadja (O nome deste grupo conto depois), Aline Danaga, Natália, Vivian, Cassiano e Salete.

À super amiga Carol que me auxiliou na formatação do projeto.

Às meninas que aceitaram o desafio de nos ajudar na coleta de dados: Scarllet, Silvania, Stefanie e Laura. À Taninha e Bruna (Espaço Saúde), sempre prontas a ajudar.

A todos da equipe da professora Márcia Guimarães. Marcinha, obrigado por todos os ensinamentos e parceria, não só neste projeto.

À grande Patrícia Medeiros (Pata), líder LGBT e parceira de luta, sou muito grata a tudo que sempre fez pelo projeto.

Ao Hélio que nos deu apoio estatístico durante esses quase quatro anos.

Aos Enfermeiros da Unidades pela divulgação do projeto e indicação de mulheres. Às Enfermeiras Nereide e Eloides por nos apoiar com o local da coleta de dados.

À Secretaria de Saúde e Fundação Uni pelo apoio na execução do projeto e liberação para realização deste sonho.

À Iara, pessoa querida, que acompanha toda minha trajetória profissional e pessoal, com quem compartilho todas as angústias e felicidades, e que me faz refletir para poder escolher o melhor caminho. Obrigada sempre! Você sabe o quanto faz a diferença!

Ao Professor Adriano Dias que por motivo de logística não pode participar da minha defesa e a todos que aqui não mencionei. Podem ter certeza que sou grata a todos vocês. Enfim, a todos que de alguma forma participaram da construção e concretização deste sonho.

“Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender, e se podem aprender a odiar, podem ser ensinadas a amar.”

Nelson Mandela

“Na essência somos iguais, nas diferenças nos respeitamos.”

Santo Agostinho

Resumo

ANDRADE, J. **Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis**. 2017. 77f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

Introdução: Vulnerabilidade é a possibilidade de a pessoa se expor ao adoecimento, considerando-se fatores individuais e coletivos, dividindo-se em três dimensões analíticas articuladas: a individual, a social e a programática. Em mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (IST) perpassa por questões de luta por visibilidade social e política, diferença de gênero, padrão heteronormativo, despreparo profissional e o próprio desconhecimento sobre questões relativas à prevenção das IST/aids, ainda pouco estudadas no cenário nacional. **Objetivo:** Analisar a vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às IST/aids. **Método:** Estudo transversal que integra estudo mais amplo sobre acesso a serviços de saúde e saúde sexual e reprodutiva de MSM. A amostra de 150 MSM residentes no interior Paulista foi constituída por meio da técnica de amostragem Bola de Neve, indicação de profissionais de saúde e liderança LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) e por procura espontânea, a partir da divulgação do projeto nas redes de sociabilidade, comunicação de massa, serviços de saúde e grupos de ativismo. As variáveis estudadas foram classificadas mediante o referencial teórico da vulnerabilidade. Os dados foram obtidos de janeiro de 2015 a março de 2017, por meio da aplicação de questionário, exame ginecológico e coleta de sangue periférico. Para o diagnóstico das infecções pelo papiloma vírus humano, *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* empregou-se a reação em cadeia da polimerase, para confirmação do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), os testes ELISA e Western Blot, para Hepatite B o ensaio ARCHITECT HBsAg. Para sífilis foi considerado resultado reagente a mulher que teve teste treponêmico e VDRL reagente ou os dois treponêmicos positivos, sem história de tratamento prévio adequado. A identificação do *Trichomonas vaginalis* se deu a partir da coloração de Papanicolaou. Para análise dos dados foi empregada a estatística descritiva e as associações foram verificadas por regressão logística múltipla e as comparações do escore de vulnerabilidade entre mulheres com e sem histórico de relação sexual com homens foram feitas por meio do teste de Mann-Whitney. **Resultados:** A mediana de idade das MSM investigadas foi de 26 anos (18-62), 74,7% eram brancas, 73,3% não unidas, 51,3% tinham 12 ou mais anos de estudo concluídos, 74% estavam inseridas no mercado de trabalho e 50,7% tinham renda *per capita* familiar maior que R\$ 1.019,00. A maioria tinha história de relacionamento sexual com homens durante a vida (74,7%), entretanto, nos últimos doze meses, apenas 21,3% se relacionaram com homens. O diagnóstico de alguma IST foi constatado em 47,3% das mulheres. A análise de regressão logística multivariada apontou apenas variáveis da dimensão individual independentemente associadas às IST/aids: não ter realizado sorologia para IST/aids [OR=2,80 (1,13 – 6,94); p=0,027], ter histórico de IST [OR=4,00 (1,03–15,50); p=0,045] e ter tido relação sexual com homem nos últimos 12 meses [OR=8,65 (2,39–31,38); p=0,001]. Segundo a estratégia de análise do grau de vulnerabilidade adotada, nenhuma mulher investigada estava isenta, sendo que a vulnerabilidade programática foi a que apresentou maior mediana do escore de vulnerabilidade, 9,6 pontos (0-24) e a social, a menor, 7,5 pontos (0-19). As mulheres com ou sem histórico de relação sexual com homens na vida não diferiram quanto ao escore de vulnerabilidade na dimensão social e programática e aquelas que se relacionaram com homens na vida apresentaram maior escore na dimensão individual [10,0 (4,0–17,0) vs. 8,0 (4,0–13,0); p= 0,001]. As MSM que tiveram relação com homem nos últimos 12 meses tiveram maior escore de vulnerabilidade individual e social em comparação com aquelas sem este histórico [12,0 (6,0–17,0) vs. 9,0 (4,0–15,0); p=0,000 e 10,0 (0,0–19,0) vs. 5,0 (0,0–14,0); p=0,042, respectivamente] e não apresentaram diferença quanto ao escore de vulnerabilidade programática. **Conclusão:** As MSM investigadas apresentavam elevada vulnerabilidade às IST/aids nas três dimensões, confirmada pela alta prevalência dessas infecções, sugerindo necessidade de atenção individualizada e qualificada, com vistas à sua redução. Assim, os dados da presente investigação podem proporcionar à Enfermagem e a outros profissionais de saúde elementos que facilitem a sistematização do cuidado a esse grupo populacional, permitindo intervenções que considerem as três dimensões da vulnerabilidade, implicando maior potencial de transformação do processo-saúde-doença.

Descritores: Vulnerabilidade, infecções sexualmente transmissíveis, lésbicas, homossexualidade feminina, enfermagem.

Abstract

ANDRADE, J. **Vulnerability of women who have sex with women to sexually transmitted infections.** 2017. 77 f. PhD Thesis - Faculty of Medicine of Botucatu - University of Sao Paulo State, Botucatu, 2017.

Vulnerability is the possibility of exposing oneself to illness, considering individual and collective factors, divided into three articulated analytical dimensions: individual, social and programmatic. In women who have sex with women (MSM), vulnerability to sexually transmitted infections (STI) is based on issues of struggle for social and political visibility, gender difference, heteronormative pattern, health care unpreparedness and lack of knowledge about STI /aids prevention, which has been little explored in the national scenario. **Objective:** To analyze the vulnerability of women who have sex with women to STI /aids. **Method:** A cross-sectional (transversal) study integrating a broader research project related to MSM access to health services and sexual and reproductive health. The sample of 150 MSM residents in countryside of Sao Paulo province was constituted by means of the snowball sampling technique, in a referral chain among healthcare professionals and LGBT leadership (Lesbian, Gay, Bisexual, Transvestite and Transsexual) and by spontaneous demand, from the disclosure of the Project in social networks, media, health services and activism groups. The variables studied in the present research were classified according to the theoretical reference of vulnerability. The data were obtained from January 2015 to March 2017 through the application of questionnaires, gynecological examinations and peripheral blood collections. For the diagnosis of human papillomavirus infections, *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*, the polymerase chain reaction was used to confirm HIV (Human Immunodeficiency Virus), ELISA and Western blot tests, for Hepatitis B the ARCHITECT HBsAg assay. For syphilis diagnosis, women whose treponemal and VDRL reagent test or the two treponemics positive, without a history of adequate pretreatment, was considered a reagent result. The identification of *Trichomonas vaginalis* occurred from the staining of cervical smear. Descriptive statistics were used for analysis of the data and associations were verified by multiple logistic regression and comparisons, using Mann-Whitney test, of the vulnerability score between women with and without a history of sexual intercourse with men. **Results:** The median age of the MSM investigated was 26 years (18-62), 74.7% were white, 73.3% single, 51.3% were school educated for 12 or more years, 74% were employed or self-employed and 50.7% had per capita family monthly income greater than R \$ 1,019.00. The majority had a history of sexual intercourse with men during their lifetime (74.7%), however, in the last twelve months, only 21.3% had sexual intercourse with men. The diagnosis of some STI was found in 47.3% of the women. Multivariable logistic regression analysis showed only variables of individual dimension independently associated with STI /aids: no serology for STI /aids [OR = 2.80 (1.13 - 6.94); P = 0.027], have a history of STI [OR = 4.00 (1.03-15.50); P = 0.045] and had had sexual intercourse with men in the last 12 months [OR = 8.65 (2.39-31.38); P = 0.001]. According to the vulnerability analysis strategy adopted, all women investigated were vulnerable, and the programmatic vulnerability was the one with the highest median vulnerability score of 9.6 (0-24) and the social, the lowest, 7.5 points (0-19). Women with or without a history of sexual intercourse with men in their life did not differ on the vulnerability score in social and programmatic dimensions; and those who have sexual intercourse with men in their life had a higher score in the individual dimension [10,0 (4,0-17 , 0 vs. 8,0 (4,0-13,0), and p = 0,001. Moreover, MSM that had a relationship with men in the last 12 months had a higher individual and social vulnerability score than those without this history [12,0 (6,0-17,0) vs. 9,0 (4,0-15,0), p = 0,000 and 10,0 (0,0-19,0) vs. 5,0 (0,0 - 14,0); p=0,042, respectively] without programmatic vulnerability score differences. **Conclusion:** The MSM investigated presented high vulnerability to STI /aids in all three dimensions, confirmed by the high prevalence of these infections. This outcome suggests the need for individualised and qualified healthcare programme aiming the reduction of MSM vulnerability. Therefore, the results of the present investigation can provide nurse-led care and other healthcare professionals criteria to facilitate the systematization of care to this group, allowing interventions that consider the three dimensions of vulnerability, contributing in great potential, for transformation of the health-disease process.

Keywords: Vulnerability, sexually transmitted infections, lesbians, female homosexuality, nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Perguntas e hipóteses do estudo.....	23
Figura 1	Mapa do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS-VI).....	26
Figura 2	Diagrama de constituição da amostra.....	28
Figura 3	Mulheres que fazem sexo com Mulheres (n=150), segundo o escore de vulnerabilidade individual, social, programática e geral às IST/aids. Botucatu, 2015-2017.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil socioeconômico e relativo ao comportamento e práticas sexuais de mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015-2017.....37
Tabela 2	Perfil das mulheres que fazem sexo com mulheres, segundo as dimensões da vulnerabilidade (n=150). Botucatu, 2015-2017.....39
Tabela 3	Associação entre diagnóstico de infecção sexualmente transmissível e variáveis de vulnerabilidade da dimensão individual em mulheres que fazem sexo com mulheres (n=150). Botucatu, 2015-2017.....41
Tabela 4	Associação entre diagnóstico de infecção sexualmente transmissível e variáveis de vulnerabilidade das dimensões social e programática em mulheres que fazem sexo com mulheres (n=150). Botucatu, 2015-2017.....43
Tabela 5	Modelo de regressão logística múltipla entre variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis, em mulheres que fazem sexo com mulheres (n=150). Botucatu, 2015-2017.....44
Tabela 6	Associação entre mulheres que fazem sexo com mulheres com e sem histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses e escore de vulnerabilidade. Botucatu, 2015-2017.....46
Tabela 7	Associação entre mulheres com e sem histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses e variáveis dos escores de vulnerabilidade. Botucatu, 2015-2017.....47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MSM	Mulheres que fazem Sexo com Mulheres
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
GLBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
MS	Ministério da Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papillomavírus Humano
DRS	Departamento Regional de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CO	Citologia Oncótica
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i>
AAS	Amostragem Aleatória Simples
OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 O movimento homossexual e direitos humanos	14
1.2 Invisibilidade de MSM nos serviços de saúde	17
1.3 Vulnerabilidade na saúde e no contexto de MSM.....	19
2. OBJETIVO.....	24
2.1 Objetivo Geral.....	24
2.2 Objetivos Específicos.....	24
3. MATERIAL E MÉTODO.....	25
3.1 Desenho e campo do estudo	25
3.2 População, amostra e critérios de inclusão e exclusão do estudo.....	25
3.3 Variáveis em Estudo.....	28
3.4 Coleta de dados	33
3.5 Qualidade dos dados.....	34
3.6 Análise dos dados.....	34
3.7 Procedimentos Éticos	34
4. RESULTADOS.....	36
4.1 Características sociodemográficas e comportamentais de MSM e prevalência de IST	36
4.2 Associação entre diagnóstico de IST e variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática em MSM	39
4.3 Escores de vulnerabilidade às IST/aids	44
4.4 Comparação de MSM com e sem histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses, segundo escore de vulnerabilidade	45
5. DISCUSSÃO.....	48
6. CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICES.....	68
Apêndice I.....	69
Apêndice II.....	70
Apêndice III	71
Apêndice IV	77

1. INTRODUÇÃO

A presente investigação tem como foco a saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), especificamente a vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) dessa população.

É primordial iniciar o desenvolvimento da temática com a justificativa da sigla MSM, que será utilizada ao longo desta tese. Em 1990 surgiu o termo “homem que faz sexo com homem” devido à necessidade de focar em comportamentos e práticas sexuais, uma vez que as identidades sexuais remetiam/remetem ao estigma e discriminação e, também, pelo fato de que a referência a uma identidade sexual (homossexual, *gay*, travesti) não necessariamente traduz a prática sexual com uma pessoa do mesmo sexo, enquanto a definição heterossexual não exclui a prática sexual com pessoas do mesmo sexo (AYRES et al., 2012). Em consonância, Mora e Monteiro (2010) referem que as práticas sexuais entre mulheres são diversas durante a vida, independente da orientação e identidade sexual. Por isso, recomendam ações de prevenção às IST/aids nesta população que priorizem a história sexual. Assim, as pesquisas com mulheres e IST têm utilizado o termo “mulher que faz sexo com mulher”, independentemente da orientação sexual (Lésbicas, bissexuais) (SOLARZ, 1999), também adotada na presente investigação.

1.1 O movimento homossexual e direitos humanos

Para enfatizar a relevância de pesquisar a saúde sexual e reprodutiva de MSM, é fundamental entender o percurso histórico de luta social e política da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

O movimento homossexual surgiu internacionalmente na década de 1940, em Amsterdã, por um coletivo editor, com o objetivo de propagar informações sobre a homossexualidade, para desmistificar a imagem negativa vinculada a tal população. Em 1950, nos Estados Unidos, um grupo clandestino articulava encontros que debatiam a temática e, na mesma década, também surgiu um grupo voltado às questões das mulheres lésbicas. Entre as décadas de 1960 e 1970, as organizações homossexuais aumentaram significativamente. Nesse período ocorreu a revolta de *Stonewall*, nome de um bar em Nova York, frequentado por *gays*, marcada pelo confronto entre os frequentadores do bar e a polícia, em 28 de junho de 1969, data que ficou conhecida internacionalmente como o “Dia do Orgulho *Gay*” (FACCHINI, 2011).

No Brasil esse movimento se inicia no final da década de 1970, com o avanço da redemocratização do país, a partir do Grupo Somos, inicialmente formado por homens homossexuais (BRASIL, 2013; FACCHINI, 2011). Após os primeiros anos de sua formação, as lésbicas são agregadas e, em 1980 com sua divisão, surgiu o primeiro grupo exclusivamente lésbico no Brasil (FACCHINI, 2011). Entretanto, somente com o fortalecimento do movimento homossexual em função da epidemia da aids e de sua parceria com o Estado, é que, em 1990, o movimento de lésbicas ficou evidente, sendo o termo lésbico incluído em 1993 no movimento, no VII Encontro Brasileiro de Lésbicas e Homossexuais (FACCHINI, 2005).

Vale ressaltar que a epidemia da aids proporcionou o fortalecimento do movimento LGBT, visto que possibilitou o debate social sobre sexualidade e homossexualidade, viabilizou políticas públicas de saúde, inclusive a criação do Programa Nacional de DST/aids, e permitiu o envolvimento do governo no apoio a essas conquistas, por meio de recursos financeiros, parceria na organização do movimento, iniciativa intersetorial e pelo engajamento na luta contra a epidemia (CARRARA et al., 2005; BRASIL, 2013a).

A configuração atual do movimento homossexual ocorreu gradativamente, promovendo destaque político, além de refletir mudanças de valores na sociedade (BRASIL, 2013a). Em 1995 o movimento incorpora os travestis e, em 1999, os bissexuais e transgêneros; em 2005, o XII Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros aprova o uso da sigla GLBT; em 2008, na Conferência Nacional GLBT, é oficializada a sigla LGBT, justamente tendo em vista a necessidade de aumentar a visibilidade da população lésbica (FACCHINI, 2009).

Referente ao destaque político no campo da saúde sexual e direitos homossexuais no Brasil, tanto o movimento feminista quanto o LGBT foram essenciais para sua engrenagem. O Plano Nacional de Direitos Humanos de 1996 foi o primeiro documento oficial a reconhecer publicamente as pessoas homossexuais no campo da promoção dos direitos humanos (FACCHINI, 2008, 2009). Em 2002, foi criada a Secretaria de Estado de Direito da Mulher que, em 2003, com a iniciativa de elaborar o plano nacional de políticas para mulheres, incluindo demandas lésbicas com relação à saúde, à educação e à discriminação. Outro espaço governamental que incluiu demandas lésbicas foi a Secretaria Especial de Direitos Humanos, elevada à categoria de Ministério em 2003, que, em 2004, lançou o programa Brasil sem Homofobia, de combate à violência contra a população LGBT e promoção da cidadania homossexual (FACCHINI, 2008).

É fundamental entender que em paralelo ao contexto citado, perante a mobilização intensa do movimento feminista, em 1983 consolidou-se a proposta do Programa de Atenção

Integral à Saúde da Mulher (PAISM), juntamente com o Ministério da Saúde (MS) (OSIS, 1998; D'OLIVEIRA, 1999).

A atenção à saúde da mulher na década de 1970 era focada somente no pré-natal, parto e puerpério (OSIS, 1998; LEÃO; MARINHO, 2002). O programa proposto previa, além da tradicional assistência materno-infantil, o tratamento e prevenção de IST, prevenção do câncer de colo uterino e mama, planejamento familiar, assistência às mulheres nas diversas fases do ciclo vital e educação em saúde, com as ações integradas a cada visita da mulher ao serviço de saúde (D'OLIVEIRA, 1999). O PAISM representou o início do reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres (OSIS, 1998). Para aquelas com práticas homossexuais a política de saúde sexual e reprodutiva manteve-se invisível por muito mais tempo (CARRARA et al., 2005), como será mostrado a seguir.

Apenas dez anos depois do PAISM, em 2004, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que incluiu as mulheres em sua diversidade, inclusive de orientação sexual (BRASIL, 2004).

No ano de 2006 divulgou-se o livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde”, com orientações sobre cuidados à saúde da mulher, sexualidade e legislação, elaborado pela Área Técnica de Saúde da Mulher, em colaboração com o Programa Nacional de DST/aids e o Programa Nacional de Hepatites Virais (BRASIL, 2006). Em 2007, iniciaram-se as Paradas do Orgulho, sendo um total de 300, em todo país (FACCHINI, 2011).

Na I Conferência Nacional de LGBT, ocorrida em 2008, em Brasília, foi aprovado o documento que formalizou as principais exigências dessa população (BARBOSA; FACCHINI, 2009), sendo o Brasil o primeiro país a apoiar formalmente os direitos de LGBT (FACCHINI, 2011). As demandas de LGBT são de ordem intersetorial, como supracitado, uma vez que envolvem as áreas dos direitos civis, políticos, sociais e humanos, portanto, são ações que, para serem efetivas, precisam ser articuladas (BRASIL, 2013). Em 2009, publicou-se o Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva que descreve os fatores determinantes e condicionantes de saúde e os requisitos para assistência, prevenção e promoção à saúde dessa população (BRASIL, 2009).

Desta forma, a portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011 estabeleceu a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT que tem por objetivos, dentre outros, instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, território e outras congêneres; ampliar o acesso à saúde; qualificar a informação sobre características específicas dessa população; oferecer assistência

integral no âmbito das IST, com ênfase ao HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) /aids e hepatites virais e garantir os direitos sexuais e reprodutivos dessa população, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a).

Merece destaque nesta mesma portaria, o artigo terceiro, referente ao processo das ações em saúde, que incentiva e aponta a necessidade da produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT (BRASIL, 2011a), consonante com o presente estudo. Valadão e Gomes (2010) afirmam que o campo científico pode auxiliar na transformação da inclusão de lésbicas e bissexuais na atenção integral à saúde e também fortalecer a união da política com os movimentos sociais.

Cabe ainda destacar que cada segmento LGBT tem uma demanda específica, as quais emergem de necessidades diferentes, sendo uma das diferenças a relação histórica do gênero. Por exemplo, homens homossexuais conservam os benefícios que ser do gênero masculino lhes concede, ao passo que as lésbicas sofrem preconceito por serem homossexuais e do gênero feminino, fato que as aproximou do movimento feminista (FACCHINI, 2011). Com isso torna-se imprescindível abordar a invisibilidade social das mulheres homossexuais.

1.2 Invisibilidade de MSM nos serviços de saúde

Além da desigualdade de gênero, padrão determinado pela sociedade, devido à dominação do sexo masculino sobre o feminino, que transcende o âmbito da orientação sexual, como mencionado anteriormente, há a heteronormatividade, definida pelo padrão heterossexual. Assim, a invisibilidade das MSM nos serviços de saúde, geralmente é pautada por este padrão, uma vez que os profissionais de saúde também são influenciados por padrões culturais (ALMEIDA, 2009; VALADÃO; GOMES, 2010).

Ainda hoje a formação acadêmica prepara o profissional na área da saúde da mulher limitado à reprodução e à assistência materna, sob o aspecto heterossexual (ALMEIDA, 2009). Os profissionais de saúde não estão preparados para acolher as demandas das MSM, o que as distanciam da assistência e de ações de prevenção (ALMEIDA, 2009; BARBOSA; FACCHINI, 2009; LIMA, 2016). No advento da aids, a preocupação foi direcionada à homossexualidade masculina, sendo a feminina invisível neste processo (BARBOSA; FACCHINI, 2009), uma vez que se acreditava que as lésbicas eram protegidas das infecções sexuais (CARRARA et al., 2005; COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS DE SÃO PAULO, 2008).

Neste sentido, a literatura aponta que grande parte da população que se refere como homoafetiva tem irregular ou baixa frequência aos serviços de saúde e os procuram somente quando adoecem (BARBOSA; KOYAMA, 2006). A maioria não realiza prevenção ginecológica e, em alguns casos, nunca se submete ao exame preventivo do câncer do colo uterino (PINTO et al., 2005; BARBOSA; KOYAMA, 2006; BARBOSA; FACCHINI, 2006).

Outro fato que contribuiu para o distanciamento das MSM dos serviços de saúde, e que corrobora com os fatos históricos relatados, foi a feminização da aids, que flagrou o despreparo dos profissionais de saúde no que diz respeito à atenção à saúde das mulheres homossexuais, com o pré-conceito errôneo de que elas não são propensas à infecção (SILVA; VARGENS, 2009; RODRIGUES; SCHOR, 2010). Além dos mesmos estarem despreparados para orientar essas mulheres a adotar práticas preventivas às IST/aids, muitos não ofertam exames de citologia oncológica ou mamografia e sorologias de IST/aids, além de ainda agirem preconceituosamente após a mulher relatar sua orientação sexual (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

É importante mostrar que o despreparo profissional não fica restrito ao território nacional. Estudo qualitativo realizado na Noruega, empregando a heteronormatividade como referencial teórico, e que objetivou explorar a atenção à saúde das mulheres lésbicas, por meio de experiências com profissionais de saúde, revelou insistência na indicação de anticoncepcional, mesmo após revelação, por parte da mulher, de não ter relação sexual com homens; ausência de revelação da prática homossexual por falta de acolhimento e relatos de mudança de comportamento do profissional e tratamento de forma rude, após revelação da orientação sexual, concluindo, assim, despreparo do profissional de saúde (BJORKMAN; MALTERUD, 2009).

Especificamente no Brasil, ainda há lacuna entre as conquistas explicitadas nas políticas de saúde supracitadas e sua execução na prática dos serviços de saúde. Para o cuidado efetivo à saúde da população LGBT - aqui em especial das mulheres homossexuais e bissexuais - de forma a atender suas reais necessidades de saúde, é preciso planejamento eficaz, sendo uma das ações a capacitação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2008; VALADÃO; GOMES, 2010).

A literatura indica que a orientação sexual e a identidade de gênero devem ser consideradas como determinantes sociais de saúde (LIONÇO, 2008; BRASIL, 2008, 2013a). Para enfrentar a complexidade desses determinantes é preciso explorar as vulnerabilidades, uma vez que a orientação sexual e identidade de gênero perpassam questões de estigma, preconceito, discriminação e exclusão social que implicam nas questões dos direitos humanos e da saúde (BRASIL, 2008).

A determinação social tem caráter individual/ coletivo e inclui aspectos históricos-sociais do processo saúde-doença, relacionando o biológico com o social (ROCHA; DAVID, 2015). De forma sucinta, a determinação social é categorizada em dimensões, como a estrutural que compreende o modo de produção, ou seja, a organização da sociedade, além de processos relacionados ao gênero, a constituição de classes sociais e etnia. A dimensão particular que integra a reprodução social que corresponde às formas particulares de viver e trabalhar dos grupos sociais e a dimensão singular que se refere ao aspecto do indivíduo e família e a manifestação específica da saúde-doença (BREILH, 2010).

Assim é fundamental reforçar que a dimensão singular também abrange a subjetividade dos indivíduos, levando em conta as representações e significados (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Portanto, o conceito de vulnerabilidade está posto na determinação social e possibilita ir além da teoria da multicausalidade, envolvendo as questões sociais e históricas dos diversos setores da sociedade (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). O conceito de vulnerabilidade permite a identificação do indivíduo como sujeito ativo e corresponsável das relações sociais (AYRES et al., 2012).

Neste sentido, o modelo de vulnerabilidade foi empregado na presente pesquisa, pois esta pondera o coletivo e não apenas o individual, visto que considera as três dimensões: individual, social e programática, de forma articulada, como mostrado a seguir.

1.3 Vulnerabilidade na saúde e no contexto de MSM

O conceito de vulnerabilidade tem sua origem na área dos direitos humanos, da discussão da fragilidade da garantia dos direitos de cidadania de grupos sociais considerados “vulneráveis”. Na área da saúde tem sua inserção pela publicação americana *Aids in the World* de 1992; no Brasil, em 1993 (MANN et al., 1993).

O emprego do conceito de vulnerabilidade na epidemia da aids veio para se constituir em nova estratégia, para além dos fatores de riscos individuais (TAKAHASHI, 2006; NICHATA et al., 2011). A adoção do termo “grupos de riscos” como estratégia de prevenção propiciou o aparecimento de estigmas e preconceitos na década de 1980 (TAKAHASHI, 2006). Para amenizar o estigma, melhorar a compreensão da doença e estimular o envolvimento individual com a prevenção, houve a substituição do termo “grupo de risco” para “comportamento de risco”. Porém, quando o comportamento de um indivíduo é colocado em destaque, há a tendência de culpabilizá-lo, pela não proteção e, conseqüentemente, pela infecção (TAKAHASHI, 2006; AYRES et al., 2009).

Na década de 1990, a disseminação da aids atinge suas feições atuais, sendo uma realidade mundial, mesmo nas tentativas de prevenção adotadas e com os avanços na área de diagnóstico e tratamento, aumentando a necessidade de novas estratégias de enfrentamento (TAKAHASHI, 2006; AYRES et al., 2009).

Neste contexto surge o conceito de vulnerabilidade, que segundo Ayres *et al.* (2009) pode ser resumido como:

O movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior ou menor vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES et al., 2009, p.123).

Devido às intervenções dinâmicas e produtivas desse referencial no contexto da aids, é oportuno pensar que este padrão pode se repetir em outras áreas da saúde. Deste modo, a vulnerabilidade é aplicável a qualquer dano de interesse à saúde pública, por sua configuração enérgica que perpassa os aspectos biológicos, comportamentais, culturais, econômicos e políticos (AYRES et al., 2009).

É importante ressaltar que se entende como vulnerabilidade a possibilidade de a pessoa se expor ao adoecimento, considerando os fatores individuais e coletivos, e, de forma contextualizada, à susceptibilidade a determinado tipo de agravo (NICHIATA et al., 2008). Isto é, busca-se a compreensão das exposições de indivíduos ou grupo de indivíduos a dado agravo à saúde por sínteses pragmaticamente baseadas em três dimensões analíticas articuladas: a individual, a social e a programática (AYRES, 2009).

A dimensão individual é, fundamentalmente, de ordem cognitiva - qualidade e quantidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la e de ordem comportamental - capacidade, habilidade e interesse para transformar essas informações em atitudes e ações protegidas e protetoras (MEYER et al., 2006; AYRES et al., 2009). Também está relacionada com as características pessoais como idade, sexo, raça/cor, percepção de risco e conhecimento sobre IST/aids (NICHIATA et al., 2008).

A dimensão social envolve o acesso às informações, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de incorporá-las às mudanças práticas na vida cotidiana, condições estas diretamente associadas ao acesso a recursos materiais (estrutura econômica), a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens. Estes e

outros fatores precisam, portanto, ser incorporados às análises de vulnerabilidade (MEYER et al., 2006; NICHATA et al., 2008; AYRES et al., 2009).

A terceira dimensão, denominada institucional ou programática, conecta os componentes individual e social. Envolve o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, os quais são importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e otimizar seu uso (MEYER et al., 2006; AYRES et al., 2009).

Ayres et al. (2012) em seu quadro “*vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática*” analisam os fatores de cada dimensão, porém deixam claro que nem todas as avaliações podem ser respondidas exclusivamente por uma dimensão, isto é, uma variável pode pertencer a mais de uma dimensão. Exemplo é o acesso à informação, pois as experiências e oportunidades de colocá-las em prática somadas remetem às relações sociais em que se inserem.

No quadro “*vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática*”, o corpo e estado de saúde, trajetória pessoal, nível de conhecimento, escolaridade, acesso à informação, as relações humanas, valores, crenças, desejos, atitudes em cena são características da dimensão individual. Já liberdade, relações de gênero, processos de estigmatização, acesso a emprego/salário, saúde integral, educação/prevenção são avaliações da dimensão social. Elaboração de políticas específicas, acesso e equidade, integração entre prevenção, promoção e assistência e preparo/compromisso dos profissionais de saúde são direcionados à dimensão programática (AYRES et al., 2012).

A vulnerabilidade de MSM perpassa por todas as questões exemplificadas: desde a luta por visibilidade social e política (BARBOSA; FACCHINI, 2009), a diferença de gênero (FACCHINI, 2011), a heteronormatividade (ALMEIDA, 2009; VALADÃO; GOMES, 2010) até o despreparo profissional (BARBOSA; FACCHINI, 2009) e o próprio desconhecimento sobre questões relativas à prevenção das IST/aids (MORAES; ESTEVES, 2011).

As MSM se mostram vulneráveis às IST pela falta de informação em relação à sua prevenção nas práticas homossexuais femininas (MORAES; ESTEVES, 2011) e, também, por não se perceberem em risco de contraírem essas doenças (MORAES; ESTEVES, 2011; FETHERS et al., 2000; MARAZZO et al., 2005). Esta baixa percepção das mulheres em geral em relação às IST/aids contribui para os diagnósticos tardios e amplifica a cadeia de transmissão devido à falta de práticas preventivas (SANTOS et al., 2009).

Referente ao HIV/aids, a própria ficha de notificação compulsória não inclui um campo de relações sexuais entre mulheres, o que dificulta a investigação da transmissão

(COORDENAÇÃO ESTADUAL DE DST/AIDS DE SÃO PAULO, 2008). O que se sabe é que a transmissão do HIV entre MSM é rara e está normalmente associada a mulheres que fizeram uso de drogas injetáveis e tiveram histórico de relação heterossexual anterior. Porém, foi confirmado, no Texas, um caso de transmissão homossexual em parceiras sorodiscordantes (CHAN et al., 2014).

As pesquisas existentes apontam a transmissão de herpes genital, Papillomavírus Humano (HPV) e tricomoníase entre essa população (MARAZZO et al., 2005; GORGOS; MARAZZO, 2011). Em 1998, Marazzo et al. (1998) já afirmavam que a infecção genital pelo HPV é comum na prática sexual entre MSM que não tiveram histórico de relação sexual com homem. Gonorreia e Clamídia são mais raras (BAILEY et al., 2004) e, frequentemente, associadas a mulheres com histórico de parcerias heterossexuais (BAILEY et al., 2004; MUZNY et al., 2011).

O único artigo nacional, realizado em ambulatório especializado com MSM, apresentou prevalência de 0,7% de sífilis, 3,8% de tricomoníase, 1,8% de cervicite clamidiana, 6,2% de HPV, 7% de hepatite B e 2,9% de infecção pelo HIV (PINTO et al., 2005).

A prática penetrativa de objetos sexuais, vibradores e/ou dedos são empregados entre esse público e não há utilização consistente de preservativos, bem como a falta de higienização dos mesmos durante o ato sexual, fato que corrobora com a possibilidade de transmissão de IST entre essas mulheres (MARAZZO et al., 2005). Outro fator que aumenta o risco de IST/aids são as relações sexuais no período menstrual (MARAZZO, 2004).

Ainda são escassos os estudos brasileiros que se referem à saúde de MSM e no que diz respeito ao emprego do referencial teórico de vulnerabilidade não foram encontradas pesquisas tanto no cenário nacional como internacional. Dado este fato e a relevância de ampliar os conhecimentos sobre o tema, propôs-se o presente estudo que visa a responder as questões apresentadas a seguir, considerando-se MSM residentes em municípios do interior paulista, pertencentes ao Departamento Regional de Saúde (DRS - VI) de Bauru:

Quadro 1: Perguntas e hipóteses do estudo

	Perguntas	Hipóteses
1	Como se apresentam as dimensões de vulnerabilidade entre as mulheres que fazem sexo com mulheres?	-----
2	Que dimensões de vulnerabilidade se associam às IST/aids, em MSM?	Variáveis relativas às três dimensões de vulnerabilidade associam-se às IST/aids em MSM.
3	As mulheres com histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses são mais vulneráveis às IST que mulheres que fizeram sexo somente com mulheres?	Mulheres com histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses têm maior vulnerabilidade do que aquelas que fizeram sexo somente com mulheres.

Portanto, a tese defendida é que mulheres que fazem sexo com mulheres são vulneráveis às IST/aids, entretanto aquelas que tiveram relação sexual com homem nos últimos 12 meses têm vulnerabilidade mais elevada.

Considera-se que o conhecimento produzido será de grande importância no estabelecimento de políticas e práticas de cuidado voltado à atenção integral à saúde de MSM, contribuindo, também, o empoderamento dessa população.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar a vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às IST/aids.

2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1 Descrever o perfil das participantes referente às características sociodemográficas e segundo as dimensões de vulnerabilidade – individual, social e programática.
- 2.2.2 Identificar as variáveis de cada dimensão da vulnerabilidade associadas às IST/infecção pelo HIV.
- 2.2.3 Propor escore e identificar o grau de vulnerabilidade das mulheres incluídas no estudo.
- 2.2.4 Comparar a vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres, com e sem histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 Desenho e campo do estudo

Estudo transversal, descritivo e analítico que compõe estudo mais amplo denominado “Acesso a serviços de saúde e saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres” (DUARTE et al., 2014), desenvolvido no município de Botucatu-SP, localizado no centro-oeste do Estado, com população estimada em 2016 de 141.032 mil habitantes (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2016a). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010 a população estimada de mulheres com 15 anos e mais e 20 anos e mais de idade, para o município, era de 52.500 mulheres e 47.547 mil, respectivamente (MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, 2010).

A rede municipal de serviços de atenção primária à saúde é composta por 20 unidades de saúde e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Destas, cinco são Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, das quais, duas são unidades-escola, vinculadas à Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, 12 são Unidades de Saúde da Família (USF), com 15 equipes e três Policlínicas. Conta, além disso, com o Espaço Saúde “Profa. Dra. Cecília Magaldi” que contempla o Centro de Atenção Psicossocial Rede Viva (CAPS 1), a Clínica do Bebê, a Clínica de práticas alternativas (acupuntura e terapia manual) e as especialidades médicas: homeopatia, ginecologia, urologia, ortopedia e gastroenterologia. Neste espaço, também se insere o Programa Municipal de DST/aids e a Farmácia Municipal.

3.2 População, amostra e critérios de inclusão e exclusão do estudo

A população-alvo do estudo foi constituída por mulheres que declararam fazer sexo com mulheres ou com mulheres e com homens, acima de 18 anos, residentes em municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde (DRS –VI) Bauru (Figura 1). Foram incluídas mulheres das seguintes regiões de saúde: Pólo Cuesta, Vale do Jurumirim, Bauru e Jaú.

Figura 1: Mapa do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS-VI)

Fonte: CPS\SES\SP

Para divulgação da pesquisa, com vistas à captação da amostra, criou-se um nome e logotipo do Projeto, o qual foi intitulado pela prática sexual: “Projeto Cuidando da Saúde da Mulher que faz sexo com Mulher”. Foram criados página no *Facebook* (www.facebook.com/cuidandodasaudedamulher), e-mail projetcmsm@gmail.com, cartaz (Apêndice I) e panfleto (Apêndice II), que foram distribuídos em locais de sociabilidade (bares e boates), ativismo (Grupo Liberdade de Botucatu, Fórum e Caminhada Contra a Homofobia, grupo feminista Genis, entre outros), instituições de ensino e saúde. Além desses meios de comunicação, o projeto também foi divulgado em rádios, jornais da cidade, TV UNESP, colegiados regionais de gestores, reuniões de enfermeiros da região, campanha Fique Sabendo, Unidades de Saúde de Botucatu, em palestras (Luta Contra Homofobia e em duas grandes faculdades - Botucatu e Avaré), nas atividades desenvolvidas pelas agentes estratégicas de saúde do Programa Municipal de DST/aids de Botucatu-SP e pelas próprias mulheres participantes, às quais era solicitado que disponibilizassem o contato telefônico de outras MSM de seu convívio, aplicando-se a Técnica de Amostragem em Bola de Neve¹ (HANDCOCK; GILE, 2011; VINUTO, 2014).

De posse dos telefones, as pesquisadoras entraram em contato com as mulheres indicadas por profissionais de saúde, lideranças LGBT ou por participantes da pesquisa e fizeram o

¹A técnica de amostragem em Bola de Neve, indicada e utilizada em população difícil de ser acessada, permite o início da amostra a partir de indicações de informantes-chave (amostra não probabilística) e, a partir destes, o pesquisador começa o contato com o público alvo do estudo (HANDCOCK; GILE, 2011; VINUTO, 2014).

convite, esclarecendo os objetivos, forma de participação no estudo e agendamento de data e horário.

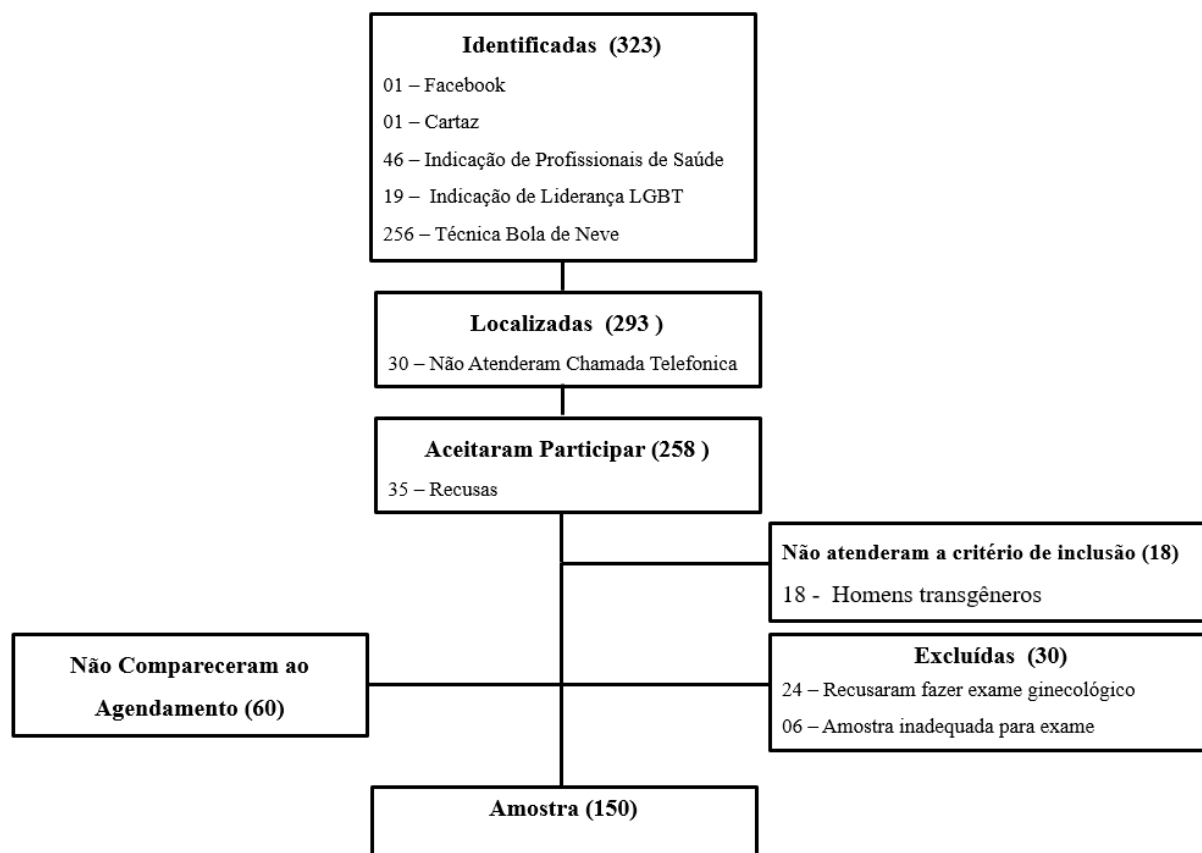
A partir da divulgação, apenas duas mulheres procuraram espontaneamente as pesquisadoras, 46 foram indicadas por profissionais da saúde, 19 por lideranças LGBT e 256 por participantes do estudo. Desta forma, 323 MSM foram identificadas. Entretanto, foi possível contato com 293, uma vez que 30 mulheres não foram localizadas após três ligações telefônicas, em dias e horários distintos. Dentre estas, 35 recusaram-se a participar do estudo e 18 não atenderam aos critérios de inclusão, totalizando uma amostra potencial de 240 mulheres. Destas, 60 não compareceram para a coleta de dados após três agendamentos realizados e 30 foram excluídas, 24 não aceitaram fazer o exame ginecológico e a amostra cervical de seis mulheres foi inadequada para a realização de diagnóstico laboratorial de IST, ressalta-se que estas foram chamadas para nova coleta, porém não compareceram. Desta forma, a amostra foi constituída por 150 MSM (Figura 2).

As mulheres eram residentes nos municípios de Botucatu (134), Itatinga (4), São Manuel (6), Avaré (2), Itaí (1), Pardinho (1), Barra Bonita (1) e Bauru (1).

Referente à amostra, para o objetivo 2.2.2, sob as suposições de amostragem aleatória simples (AAS), erros tipo I e II iguais a 0,05 e 0,20, razão com/sem a presença de um dado item de vulnerabilidade na escala 1/2 e prevalência de IST de 38%, estima-se que o tamanho amostral de 150 permite a detecção de diferença acima de 21% na prevalência de IST.

Para o objetivo 2.2.4, sob as suposições de amostragem aleatória simples (AAS), erros tipo I e II iguais a 0,05 e 0,20, respectivamente, desvios-padrão variando entre 1 a 2 entre os escores de vulnerabilidade individual, social e programática, ausência de confundidores e pontuação média variando de 0,8 a 8 pontos, estima-se que grupos sob comparação que tenham tamanho aproximadamente igual a 30 e 120 permitem detectar diferenças acima de 2 pontos na vulnerabilidade individual, 1 ponto na vulnerabilidade social e 1 ponto na vulnerabilidade programática.

Constituíram-se critérios de inclusão no estudo: ser mulher e referir fazer sexo com mulher ou com homem e mulher e ter idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram: não aceitar participar de todas as etapas propostas pelo estudo -responder ao questionário, coletar sangue periférico e realizar exame ginecológico- e quando a amostra de secreção cervical foi inadequada para realização dos exames diagnósticos para IST.

Figura 2: Diagrama de constituição da amostra

3.3 Variáveis em Estudo

- Objetivo 2.2.1

Sociodemográficas

- Cor da pele (branca, não branca).
- Estado conjugal (solteira/separada/viúva, casada/união estável).
- Anos de estudo concluídos (<8 anos, 8 a 11 anos, ≥12 anos).
- Atividade remunerada (sim/não).
- Renda familiar *per capita*, em reais (<R\$291,00; R\$291,00 a R\$1019,00; >R\$1019,00).
Valor estabelecido pelo Ministério do Desenvolvimento Social do Brasil para identificar a linha de pobreza e os beneficiários do Programa Bolsa Família (SAE, 2012).

Comportamento e práticas sexuais

- História de relação sexual com homem na vida (não/sim)
- História de relação sexual com homem nos últimos 12 meses (não/sim)
- Uso de preservativo na relação vaginal receptiva (não/sim)
- Uso de preservativo na relação anal receptiva (não/sim)
- Uso de preservativo na relação oral receptiva (não/sim)
- Uso de preservativo na relação oral insertiva (não/sim)

Dimensões de Vulnerabilidade

Descritas a seguir.

- Objetivo 2.2.2

Variáveis Independentes

Variáveis que compõem a vulnerabilidade

As variáveis foram classificadas em vulnerabilidade individual, social e programática conforme quadro “*vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática*” proposto por Ayres et al. (2012).

Variáveis de vulnerabilidade individual

1. Idade \leq 24 anos (não/sim). Faixa etária estabelecida pela Organização Mundial de Saúde na caracterização que inclui adolescentes e adultos jovens (WHO, 2014), também utilizada para caracterização etária nos Boletins Epidemiológicos nacionais de HIV/aids (BRASIL, 2016b).
2. Cor da pele não branca (autodeclarada) (não/sim).
3. Escolaridade $<$ que 8 anos (não/sim). Obtida pela investigação do número de anos de estudo em que se obteve aprovação.
4. Não tem união estável (não/sim).
5. Não frequenta serviços de saúde para ações de prevenção (não/sim). Ir aos serviços de saúde para ações de prevenção e promoção da saúde incluiu realizar Citologia Oncótica (CO) e/ou para vacinação e/ou para tratamento de doença crônica e/ou rotina.

6. Não tem conhecimentos básicos sobre IST/aids (não/sim). Considerou-se ter conhecimentos básicos quando a mulher soube responder corretamente qual a via de transmissão das IST e como se previne.
7. Tem antecedente de IST (não/sim). Foi considerado referência de sífilis, gonorreia, tricomoníase, cervicite clamidiana, herpes genital, condiloma, bem como, de vesículas e feridas em região genital, oral e anal e hepatite B.
8. Nunca realizou sorologias para IST/aids (não/sim).
9. Não tem percepção de risco para IST (não/sim).
10. Não tem percepção de risco para HIV/aids (não/sim).

Foram consideradas sem percepção de risco para IST e infecção pelo HIV/aids aquelas mulheres que responderam não se considerarem em risco devido: ter confiança na parceria, ter relação sexual somente com mulheres, associar estar em risco somente por ter tido relação com homens, se cuidar (realizar exames de rotina e consulta ao médico anualmente), ter doado sangue recentemente, ter número restrito de parcerias, estar saudável, não saber explicar o motivo de não se achar em risco e desconhecer forma de transmissão das infecções.

Considerou-se com percepção de risco aquelas mulheres que responderam se considerar em ter risco para IST e para a infecção pelo HIV/aids devido: não se proteger de forma adequada, ter baixa imunidade, ela ou parceria ter IST, ter tido múltiplas parcerias sexuais, parceria pode se relacionar sexualmente com outras pessoas sem proteção, falta de insumo para MSM e/ou desconhecimento de prevenção na prática MSM, ter sofrido abuso sexual e uso de drogas ilícitas.

11. Sexo após consumo de droga ilícita e/ou bebida alcoólica (não/sim).
12. Idade da coitarca ≤ 14 anos (não/sim). Faixa etária estabelecida tendo por referência a pesquisa nacional sobre comportamento sexual das mulheres (COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS, 2006).
13. Teve parceria eventual nos últimos 12 meses (não/sim).
14. Teve duas ou mais parcerias sexuais nos últimos 12 meses (não/sim). Tomou-se por base a pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira que classificou em múltiplas parcerias a pessoa que teve duas ou mais parcerias nos últimos 12 meses (BRASIL, 2011b).
15. Última parceira teve sexo com homem (não/sim).
16. Tem histórico de prática sexual em troca de dinheiro e/ou drogas (não/sim).
17. Recebe penetração vaginal (não/sim). Considerada prática sexual receptiva vaginal com pênis, dedo e/ou acessórios.

18. Recebe penetração anal (não/sim). Considerada prática sexual receptiva anal com pênis, dedo e/ou acessórios.
19. Uso inconsistente de preservativo (não/sim). Considerou-se uso consistente o uso regular de preservativo em todas as práticas penetrativas vaginais e/ou anais.
20. Pratica tribadismo (não/sim).
21. Tem relação sexual no período menstrual (não/sim).
22. Tem alteração na microbiota vaginal (não/sim).
23. Teve relação sexual com homem na vida (não/sim).
24. Teve relação sexual com homem nos últimos 12 meses (não/sim).

Variáveis de vulnerabilidade social

1. Não tem atividade remunerada (não/sim). Definida como prática de atividade laboral que gere renda.
2. Tem renda *per capita* < R\$ 291,00 (não/sim) (SAE, 2012).
3. Não declara fazer sexo com mulher no serviço de saúde (não/sim).
4. Foi vítima de preconceito (não/sim).
5. Sofreu abuso sexual na vida (não/sim).

Variáveis de vulnerabilidade programática

1. Não frequenta o serviço de Atenção Primária à Saúde (não/sim). Consideradas as Unidades de Saúde tradicionais e/ou Unidades de Saúde da Família.
2. Não disponibilizado CO (não/sim). Disponibilização de citologia conforme recomendações do MS (BRASIL, 2013b). Informação obtida por categorização das respostas às perguntas sobre queixas relativas aos profissionais de saúde e/ou quando foi perguntado o motivo de não realização do exame de Citologia Oncótica.
3. Não recebeu informações sobre IST/aids nos serviços de saúde (não/sim).
4. Teve dificuldade de acesso aos serviços de saúde (não/sim). Considerou-se dificuldade de acesso a serviços de saúde relacionados com sua estrutura e organização, problemas relacionados com o agendamento de consultas, desarticulação da rede, demora no atendimento e/ou demora no resultado de exame e falta de profissional de saúde no serviço.
5. Teve dificuldade na relação com o profissional de saúde (não/sim). Preparo profissional frente às demandas específicas de saúde sexual das MSM. Caracterizada por

condutas dos profissionais frente à prática sexual destas mulheres relatadas quando questionadas sobre dificuldades encontradas com profissionais de saúde.

Desfecho

- Diagnóstico de IST confirmado por exames laboratoriais. Incluíram-se as infecções pelo HPV, HIV, vírus da hepatite B, HPV, *Trichomonas vaginalis*, pela *Chlamydia trachomatis*, pela *Neisseria gonorrhoeae* e sífilis.

A pesquisa de HPV, *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* foi realizada pela Reação em Cadeia da Polimerase. Para o diagnóstico da infecção pelo *Trichomonas vaginalis* foi empregada a coloração de Papanicolaou e este diagnóstico foi dado ao serem observados organismos cianofílicos, ovais, redondos ou em formato de pera, com diâmetro variando entre 15 a 30mm, tendo núcleo pálido, vesicular e excentricamente localizado (SOLOMON; NAYAR, 2004).

Para a pesquisa do *Treponema pallidum* foi realizado primeiramente o teste treponêmico1 por ensaio imunológico por quimioluminescência, pelo equipamento Architect Abbott. Na amostra positiva foi realizado o teste não treponêmico VDRL (*Veneral Disease Research Laboratories*). Em caso de um exame treponêmico1 reagente e VDRL não reagente, para confirmação diagnóstica, foi realizado o teste treponêmico 2, por imunoenensaio qualitativo *in vitro* de leitura visual (teste rápido), na mesma amostra sanguínea, conforme Portaria 3.242 de 30 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011c). Foi considerada com sífilis a mulher que teve treponêmico1 e VDRL reagente ou os dois treponêmicos positivos, sem história de tratamento prévio adequado, registrado em prontuário ou checado em receita. Tratamento adequado é aquele que contém indicação correta de doses dependentes do estágio da sífilis, com o intervalo respeitado entre as doses de penicilina benzatina (BRASIL, 2016c).

Para a Hepatite B foi utilizado o ensaio ARCHITECT Anti- HBs e para AgHBs o ensaio ARCHITECT HBsAg; o primeiro determina a concentração de anticorpos contra o antígeno de superfície da hepatite e o segundo determina o antígeno de superfície da Hepatite B em soro e plasma humano.

Para o HIV foi utilizado como método diagnóstico primeiramente o ARCHITECT HIV Ag/Ab Combo Reagent Kit, imunoenensaio de Micropartículas Quimioluminescentes para detecção simultânea do antígeno p24 do HIV e dos anticorpos contra o vírus da imunodeficiência humana tipo 1 e/ou tipo 2. Em caso positivo, foram utilizados os testes para confirmação: ELISA e Western Blot, na mesma amostra de sangue.

- Objetivo 2.2.3 e 2.2.4

Para analisar o grau de vulnerabilidade e comparar a vulnerabilidade entre mulheres com e sem histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses criou-se um instrumento denominado escore de vulnerabilidade.

Escore de vulnerabilidade individual, social e programática

Para criação do escore de vulnerabilidade foram consideradas as variáveis de cada uma das dimensões descritas. Assim, na dimensão individual o escore variou de 0 a 24 pontos, na social e na programática de 0 a 5 pontos e o geral de 0 a 34 pontos. Quanto maior o escore, maior a vulnerabilidade. Sendo considerado o valor zero para o “não” e o valor um para o “sim”.

Para equiparar os escores de vulnerabilidade, devido à diferença de itens em cada dimensão, os escores de vulnerabilidade social e programática foram padronizados utilizando como base o escore de vulnerabilidade individual em uma proporção linear com mínimo de 0 e o máximo de 24. Desta forma, todas as dimensões variaram entre 0 e 24 pontos.

Variáveis Independentes

- Histórico de relação sexual com homens na vida (Sim/Não)
- Histórico de relação sexual com homens nos últimos 12 meses (Sim/Não)

Desfecho

- Escore de vulnerabilidade individual - que neste caso variou de 0 a 22 pontos uma vez que as variáveis histórico de relação sexual com homens na vida e histórico de relação sexual com homens nos últimos 12 meses são variáveis independentes -social e programática que variaram de 0 a 5 pontos.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em três etapas: aplicação de questionário, realização de exame ginecológico e coleta de sangue periférico. Foi realizada no Espaço Saúde, local onde funciona o Programa Municipal de DST/aids, no período de janeiro de 2015 a março de 2017. O espaço foi escolhido para não expor as mulheres nas unidades de saúde, uma vez que parte delas poderia não desejar divulgar sua prática ou orientação sexual.

Os dados foram obtidos pelas pesquisadoras envolvidas no projeto “Acesso a Serviços de Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que fazem Sexo com Mulheres” (DUARTE et al., 2014), em ambiente confortável e privativo e levou, em média, 40 minutos. O questionário, construído especificamente para este estudo, contém questões abertas e fechadas e aquelas que foram utilizadas especificamente na presente investigação encontram-se em negrito (Apêndice III). O instrumento foi submetido à análise de profissionais especialistas na área, inclusive uma profissional de saúde que faz sexo com mulheres, quanto a sua clareza e conteúdo, sofrendo pequenas alterações e testado, previamente, com uma mulher que não integrou a amostra do estudo.

3.5 Qualidade dos dados

Os dados foram codificados e digitados duplamente, por pessoas diferentes, em planilha no programa Excel[®]. Quando houve discordância, os dados foram checados com o instrumento de coleta e as inconformidades corrigidas.

3.6 Análise dos dados

O estudo descritivo das variáveis categóricas foi realizado pela distribuição da frequência e das variáveis numéricas quantitativas, por medidas de posição e dispersão.

A associação entre as variáveis de vulnerabilidade com diagnóstico de IST foi realizada por meio de modelo de regressão logística simples, e as variáveis que mais influenciaram no desfecho ($p < 0,20$) foram levadas para modelo de regressão logística múltiplo, onde se identificaram aquelas independentemente associadas ao desfecho ($p < 0,05$).

A comparação da mediana do escore de vulnerabilidade de mulheres “com” e “sem” histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses foi realizada pelo teste de Mann-Whitney. Para identificação de cada variável significativa foi utilizado o teste qui-quadrado ou exato de Fisher.

As análises foram feitas com o software SPSS 21.0.

3.7 Procedimentos Éticos

O projeto desta pesquisa foi submetido e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP e recebeu parecer favorável (no. 820.717) em 20/10/2014, CAAE: 35667514.2.0000.5411.

Todas as participantes deste estudo foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos e forma de participação e, para aquelas que aceitaram, foi solicitado assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IV).

Todas as mulheres que tiveram resultados de exames alterados foram contatadas, orientadas e encaminhadas para o ambulatório de IST feminino do Espaço Saúde para tratamento.

4. RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas e comportamentais de MSM e prevalência de IST

Dentre as 150 MSM investigadas, predominaram as de cor da pele branca (74,7%), solteiras/separadas/divorciadas (73,3%), com 12 ou mais anos de estudo concluídos (51,3%), inseridas no mercado de trabalho (74,0%) e com renda *per capita* familiar maior que R\$ 1.019,00 (50,7%) (Tabela 1). A mediana de idade, de anos de estudo concluídos e de renda *per capita* familiar foi de 26 anos (18-62), 12 anos (5-25) e R\$1.047,00 (R\$133,00-R\$15.000,00), respectivamente (dados não mostrados em tabela).

Quanto ao perfil comportamental, a maioria das mulheres tinha história de relacionamento sexual com homens durante a vida (74,7%), entretanto, nos últimos 12 meses, apenas 21,3% se relacionaram com homens. A maior parte das mulheres que tinha prática sexual receptiva vaginal e anal não utilizavam preservativo (90,2% e 75,8%, respectivamente) e na prática insertiva oral, apenas 0,7% faziam o uso consistente deste insumo (Tabela 1). Referente ao preservativo feminino das 150 mulheres, 88,7% nunca usaram, 10% experimentaram e 1,3 não o conheciam (dados não mostrados em tabela).

A mediana de idade à coitarca foi de 16 anos (10-36), a do número de parceiros e parceiras na vida foi de 2 (0-500) e 4 (1-50), respectivamente. Nos últimos 12 meses a mediana do número de homens e mulheres com quem as MSM investigadas se relacionaram foi 0 (0-5) e 1 (0-10), respectivamente (dados não mostrados em tabela).

Tabela 1. Perfil socioeconômico e relativo ao comportamento e práticas sexuais de mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015-2017

Variáveis sociodemográficas (n=150)	n	%
Cor da pele (n=150)		
Branca	112	74,7
Não branca	38	25,3
Estado Conjugal		
Solteira/ separada/ viúva	110	73,3
Casada/ união estável	40	26,7
Anos de estudo concluídos		
<8	6	4,0
8 a 11	67	44,7
≥ 12	77	51,3
Atividade remunerada		
Sim	111	74,0
Não	39	26,0
Renda per capita familiar em reais		
< 291,00	5	3,3
291,00 a 1.019,00	69	46,0
> 1.019,00	76	50,7
Variáveis Comportamentais		
História de relação sexual com homens na vida (n=150)		
Não	38	25,3
Sim	112	74,7
História de relação sexual com homens nos últimos 12 meses (n=150)		
Não	118	78,7
Sim	32	21,3
Uso de preservativo na relação sexual vaginal receptiva (n=132)		
Não	119	90,2
Sim	13	9,8
Uso de preservativo na relação anal receptiva (n=29)		
Não	22	75,8
Sim	7	24,2
Uso de preservativo na relação sexual oral receptiva (n= 144)		
Não	143	99,3
Sim	1	0,7
Uso de preservativo na relação sexual oral insertiva (n= 141)		
Não	140	99,3
Sim	1	0,7

O diagnóstico de alguma IST foi constatado em 71 mulheres (47,3%). A prevalência da infecção pelo HPV foi de 45,3%, pela *Chlamydia trachomatis* de 2,0%, pelo HIV/aids e *Neisseria gonorrhoea* de 0,7% e a infecção pelo vírus da Hepatite B não foi identificada. Tricomoníase e sífilis foram detectadas em 1,3% das MSM investigadas (dados não mostrados em tabela).

4.2 Perfil das MSM, segundo as dimensões da vulnerabilidade

Considerando-se a dimensão individual da vulnerabilidade, a maioria das MSM estudadas não tinha união estável (73,3%), não se percebia em risco para as IST e infecção pelo HIV/aids (56,7% e 67,3%, respectivamente), tinha relação sexual após uso de drogas ilícitas

e/ou álcool (71,3%), recebia penetração vaginal (88,0%), não fazia uso consistente do preservativo (82,0%) e tinha história de relação sexual com homem na vida (74,7%).

Quanto à não percepção de risco para IST (8/150), a maioria das mulheres tinha confiança na parceria (47%), referia se cuidar, indicando escolha de parceria confiável (14,2%), não se percebia em risco por ter relação com mulher (9,4%) e demais motivos (29,5%). Logo, 101 MSM não se percebiam em risco para a infecção pelo HIV, destas, a maior parte confiava na parceria (51,5%), referia se cuidar (19,9%) e outros motivos (28,6%), sendo as razões semelhantes às relativas às IST (dados não mostrados em tabela).

Percentual significativo de mulheres que tinham idade igual ou inferior a 24 anos (42,7%), não procuravam os serviços de saúde para ações de prevenção (42,7%), não tinham realizado sorologia para diagnóstico de IST/aids (46,7%), tinham tido dois ou mais parcerias no último ano (40,7%), sua última parceira tinha tido relação sexual com homem (45,3%) e apresentavam alteração na microbiota vaginal (46,7%). Destaca-se, ainda, que um quarto das mulheres (25,3%) tinha cor da pele não branca, 19,3% não tinham conhecimentos básicos sobre IST, 10,7% tinham antecedente de IST, 22,0% praticavam tribadismo, 24,7% tinham relação no período menstrual e 21,3% tinham tido relação sexual com homem nos últimos 12 meses (Tabela 2).

No que se refere à vulnerabilidade social, a maioria das mulheres (58,0%) tinham sido vítimas de preconceito e mereceu destaque o fato de que 47,3% não revelavam fazer sexo com mulher para os profissionais de saúde, 26,0% não tinham atividade remunerada e 15,3% tinham sofrido abuso sexual (Tabela 2).

No contexto da vulnerabilidade programática, a maioria das MSM não receberam informações sobre IST nos serviços de saúde (83,3%), pouco mais da metade (50,7%) referiram dificuldade de acesso a estes, relacionada à sua estrutura e organização e 33,3% delas não frequentam serviços de atenção primária à saúde (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil das mulheres que fazem sexo com mulheres, segundo as dimensões da vulnerabilidade (n=150). Botucatu, 2015-2017

Variáveis	n	%
Vulnerabilidade Individual		
Idade ≤ 24 anos	64	42,7
Cor da pele não branca	38	25,3
Escolaridade < que 8 anos	6	4,0
Não tem união estável	110	73,3
Não frequenta serviços de saúde para ações de prevenção	64	42,7
Não tem conhecimentos básicos sobre IST/aids	29	19,3
Tem antecedente de IST	16	10,6
Nunca realizou sorologias para IST/aids	70	46,7
Não tem percepção de risco para IST	85	56,7
Não tem percepção de risco para HIV/aids	101	67,3
Sexo após consumo de droga ilícita e/ou bebida alcoólica	107	71,3
Idade da coitarca ≤ 14anos	36	24,0
Teve parceria eventual nos últimos 12 meses	43	28,7
Teve 2 ou mais parcerias sexuais nos últimos 12 meses	61	40,7
Última parceira teve sexo com homem	68	45,3
Tem histórico de prática sexual em troca de dinheiro e/ou drogas	3	2,0
Recebe penetração vaginal	132	88,0
Recebe penetração anal	29	19,3
Uso inconsistente de preservativo	123	82,0
Pratica tribadismo	33	22,0
Tem relação sexual no período menstrual	37	24,7
Tem alteração na microbiota vaginal	70	46,7
Teve relação sexual com homem na vida	112	74,7
Teve relação sexual com homem nos últimos 12 meses	32	21,3
Vulnerabilidade Social		
Não tem atividade remunerada	39	26,0
Tem renda <i>per-capita</i> < R\$ 291,00	5	3,3
Não declara fazer sexo com mulher no serviço de saúde	71	47,3
Foi vítima de preconceito	87	58,0
Sofreu abuso sexual na vida	23	15,3
Vulnerabilidade Programática		
Não frequenta serviço de Atenção Primária à Saúde	50	33,3
Não disponibilizado citologia oncológica	13	8,7
Não recebeu informações sobre IST/aids nos serviços de saúde	125	83,3
Teve dificuldade de acesso aos serviços de saúde#	76	50,7
Teve dificuldade na relação com o profissional de saúde ##	6	4,0

IST= infecções sexualmente transmissíveis. #Relacionada à sua estrutura e organização; ## relacionada ao seu despreparo frente às demandas específicas de saúde sexual das mulheres que fazem sexo com mulheres.

4.2 Associação entre diagnóstico de IST e variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática em MSM

Os resultados das análises que investigaram a relação entre variáveis de vulnerabilidade individual e diagnóstico de IST estão apresentados na Tabela 3.

A análise univariada apontou que as variáveis de vulnerabilidade individual mais fortemente associadas com o diagnóstico laboratorial de IST foram: idade menor de 24 anos, cor da pele não branca, não tem união estável, não tem conhecimentos básicos sobre IST/aids, tem antecedente de IST, nunca realizou sorologia para IST/aids, não tem percepção de risco para IST e para HIV/aids, teve parceria eventual e teve 2 ou mais parcerias nos últimos 12

meses, recebe penetração vaginal e anal, tem relação sexual no período menstrual, teve relação sexual com homem na vida e nos últimos 12 meses (Tabela 3).

Ter idade menor ou igual a 24 anos e ter cor da pele não branca aumentou a chance em mais de duas vezes das MSM investigadas terem diagnóstico de IST em comparação àquelas maiores de 24 anos e brancas [OR=2,35(1,21–4,55); p= 0,011, OR=2,045(0,97–4,33); p= 0,062, respectivamente]. As mulheres sem união estável apresentaram maior prevalência de IST, quando comparadas às que eram unidas: 54,5% vs. 27,5%, mais do que triplicando a probabilidade destes agravos [OR=3,16(1,44–6,96); p=0,004]. Não ter conhecimentos básicos e nunca ter realizado sorologias para IST/aids, ter parceria eventual nos últimos 12 meses e ter relação no período menstrual aumentaram a chance de IST em quase duas vezes, em relação àquelas que tinham conhecimentos básicos (58,6% vs. 44,6%) e haviam realizado sorologias para IST/aids (55,7% vs. 40,0%), não tiveram parceria eventual nos últimos 12 meses (58,1% vs. 43,0%) e não tinham relação no período menstrual (56,8% vs. 44,2%) [OR=1,76(0,77–4,00); p=0,178, OR=1,89 (0,99–3,62); p=0,056, OR=1,84 (0,90–3,77); p=0,095, OR=1,84 (0,90–3,77); p=0,188, respectivamente]. Ter relação sexual com homem na vida e nos últimos 12 meses quase triplicou e elevou em sete vezes a chance de IST (52,7% vs. 31,6%; 81,3% vs. 38,1%, respectivamente) em comparação com aquelas que não tiveram esta prática [OR= 2,41(1,11–5,25); p=0,027, OR=7,03(2,69–18,40); p=7,03, respectivamente] (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre diagnóstico de infecção sexualmente transmissível e variáveis de vulnerabilidade da dimensão individual em mulheres que fazem sexo com mulheres (n=150). Botucatu, 2015-2017

Variáveis	Total	%	IST		n	%	OR (IC95%)	P*
			Negativo	Positivo				
Vulnerabilidade Individual								
Idade ≤ 24 anos								
Não	86	57,3	53	61,6	33	38,4	1,0	-
Sim	64	42,7	26	40,6	38	59,4	2,35 (1,21-4,55)	0,011
Cor da pele não branca								
Não	112	74,7	64	57,1	48	42,9	1,0	-
Sim	38	25,3	15	39,5	23	60,5	2,04 (0,97-4,33)	0,062
Escolaridade < que 8 anos								
Não	144	96,0	75	52,1	69	47,9	1,0	-
Sim	6	4,0	4	66,7	2	33,3	0,54 (0,10-3,06)	0,489
Não tem união estável								
Não	40	26,7	29	72,5	11	27,5	1,0	-
Sim	110	73,3	50	45,5	60	54,5	3,16 (1,44-6,96)	0,004
Não frequenta serviços de saúde para ações de prevenção								
Não	86	57,3	49	57,0	37	43,0	1,0	-
Sim	64	42,7	30	46,9	34	53,1	1,50 (0,78-2,88)	0,221
Não tem conhecimentos básicos sobre IST/aids								
Não	121	80,7	67	55,4	54	44,6	1,0	-
Sim	29	19,3	12	41,4	17	58,6	1,76 (0,77-4,00)	0,178
Tem antecedente de IST								
Não	134	89,4	74	55,2	60	44,8	1,0	-
Sim	16	10,6	5	31,3	11	68,8	2,71 (0,89-8,24)	0,078
Nunca realizou sorologias para IST/aids								
Não	80	53,3	48	60,0	32	40,0	1,0	-
Sim	70	46,7	31	44,3	39	55,7	1,89 (0,99-3,62)	0,056
Não tem percepção de risco para IST								
Não	65	43,3	29	44,6	36	55,4	1,0	-
Sim	85	56,7	50	58,8	35	41,2	0,56 (0,29-1,08)	0,085
Não tem percepção de risco para HIV/aids								
Não	49	32,7	21	42,9	28	57,1	1,0	-
Sim	101	67,3	58	57,4	43	42,6	0,56 (0,28-1,11)	0,095
Sexo após consumo de droga ilícita e/ou bebida alcoólica								
Não	43	28,7	26	60,5	17	39,5	1,0	-
Sim	107	71,3	53	49,5	54	50,5	1,56 (0,76-3,20)	0,227
Idade da coitarca ≤ 14anos								
Não	114	76,0	60	52,6	54	47,4	1,0	-
Sim	36	24,0	19	52,8	17	47,2	0,99 (0,47-2,11)	0,988
Teve parceria eventual nos últimos 12 meses								
Não	107	71,3	61	57,0	46	43,0	1,0	-
Sim	43	28,7	18	41,9	25	58,1	1,84 (0,90-3,77)	0,095
Teve duas ou mais parcerias sexuais nos últimos 12 meses								
Não	89	59,3	54	60,7	35	39,3	1,0	-
Sim	61	40,7	25	41,0	36	59,0	2,22 (1,14-4,32)	0,019
Última parceira teve sexo com homem								
Não	82	54,7	41	50,0	41	50,0	1,0	-
Sim	68	45,3	38	55,9	30	44,1	0,79 (0,41-1,51)	0,473
Tem histórico de prática sexual em troca de dinheiro e/ou drogas								
Não	147	98,0	78	53,1	69	46,9	1,0	-
Sim	3	2,0	1	33,3	2	66,7	2,26 (0,20-25,48)	0,509

*Análise Univariada; IST: Infecção Sexualmente Transmissível

Continuação Tabela 3. Associação entre diagnóstico de infecção sexualmente transmissível e variáveis de vulnerabilidade da dimensão individual em mulheres que fazem sexo com mulheres (n=150). Botucatu, 2015-2017

Variáveis	Total	%	IST				OR (IC95%)	P*
			Negativo		Positivo			
			n	%	n	%		
Vulnerabilidade Individual								
Recebe penetração vaginal								
Não	18	12,0	13	72,2	5	27,8	1,0	-
Sim	132	88,0	66	50,0	66	50,0	2,60 (0,88-7,71)	0,085
Recebe penetração anal								
Não	121	80,7	68	56,2	53	43,8	1,0	-
Sim	29	19,3	11	37,9	18	62,1	2,10 (0,91-4,82)	0,080
Uso inconsistente de preservativo								
Não	27	18,0	16	59,3	11	40,7	1,0	-
Sim	123	82,0	63	51,2	60	48,8	1,39 (0,60-3,23)	0,450
Prática tribadismo								
Não	117	78,0	63	53,8	54	46,2	1,0	-
Sim	33	22,0	16	48,5	17	51,5	1,24 (0,57-2,69)	0,586
Tem relação sexual no período menstrual								
Não	113	75,3	63	55,8	50	44,2	1,0	-
Sim	37	24,7	16	43,2	21	56,8	1,65 (0,78-3,50)	0,188
Tem alteração na microbiota vaginal								
Não	80	53,3	43	53,8	37	46,3	1,0	-
Sim	70	46,7	36	51,4	34	48,6	1,10 (0,58-2,09)	0,776
Teve relação sexual com homem na vida								
Não	38	25,3	26	68,4	12	31,6	1,0	-
Sim	112	74,7	53	47,3	59	52,7	2,41 (1,11-5,25)	0,027
Teve relação sexual com homem nos últimos 12 meses								
Não	118	78,7	73	61,9	45	38,1	1,0	-
Sim	32	21,3	6	18,8	26	81,3	7,03 (2,69-18,40)	0,000

*Análise Univariada; IST: Infecção Sexualmente Transmissível

Na tabela 4 estão as análises univariadas que verificaram a associação entre variáveis de vulnerabilidade social e programática com o diagnóstico de IST.

A análise univariada apontou que não ter atividade remunerada e ter renda abaixo de R\$ 291,00 aumentaram em quase duas e cinco vezes, respectivamente, a chance de IST em relação às aquelas MSM com atividade remunerada (59,0% vs. 43,2%) e renda igual ou maior ao valor citado (80,0% vs. 46,2%) [OR= 1,89(0,90–3,96); p= 0,093, OR=4,66(0,51–42,68); p= 0,174, respectivamente] (Tabela 4).

Tabela 4. Associação entre diagnóstico de infecção sexualmente transmissível e variáveis de vulnerabilidade das dimensões social e programática em mulheres que fazem sexo com mulheres (n=150). Botucatu, 2015-2017

Variáveis	Total	%	IST		n	%	n	%	OR (IC95%)	P*
			Negativo	Positivo						
Vulnerabilidade Social										
Não tem atividade remunerada										
Não	111	74	63	56,8	48	43,2		1,0		-
Sim	39	26	16	41,0	23	59,0	1,89	(0,90-3,96)		0,093
Tem renda per-capita < R\$ 291,00										
Não	145	96,7	78	53,8	67	46,2		1,0		-
Sim	5	3,3	1	20,0	4	80,0	4,66	(0,51-42,68)		0,174
Não declara fazer sexo com mulher no serviço de saúde										
Não	79	52,7	43	54,4	36	45,6		1,0		-
Sim	71	47,3	36	50,7	35	49,3	1,16	(0,61-2,21)		0,648
Foi vítima de preconceito										
Não	63	42	33	52,4	30	47,6		1,0		-
Sim	87	58	46	52,9	41	47,1	0,98	(0,51-1,88)		0,952
Sofreu abuso sexual na vida										
Não	127	84,7	69	54,3	58	45,7		1,0		-
Sim	23	15,3	10	43,5	13	56,5	1,55	(0,63-3,79)		0,340
Vulnerabilidade Programática										
Não frequenta o serviço de Atenção Primária à Saúde										
Não	100	66,7	54	54,0	46	46,0		1,0		-
Sim	50	33,3	25	50,0	25	50,0	1,17	(0,60-2,32)		0,644
Não disponibilizado citologia oncótica										
Não	137	91,3	70	51,1	67	48,9		1,0		-
Sim	13	8,7	9	69,2	4	30,8	0,46	(0,14-1,58)		0,219
Não recebeu informações sobre IST/aids nos serviços de saúde										
Não	25	16,7	13	52,0	12	48,0		1,0		-
Sim	125	83,3	66	52,8	59	47,2	0,97	(0,41-2,29)		0,942
Teve dificuldade de acesso aos serviços de saúde#										
Não	74	49,3	37	50,0	37	50,0		1,0		-
Sim	76	50,7	42	55,3	34	44,7	0,81	(0,43-1,54)		0,519
Teve dificuldade na relação com o profissional de saúde ##										
Não	144	96	75	52,1	69	47,9		1,0		-
Sim	6	4	4	66,7	2	33,3	0,54	(0,10-3,06)		0,489

*Análise Univariada; IST: Infecção Sexualmente Transmissível; #Relacionada à sua estrutura e organização; ## relacionada ao seu despreparo frente às demandas específicas de saúde sexual das mulheres que fazem sexo com mulheres.

Na análise de regressão logística multivariada apenas as variáveis da dimensão individual da vulnerabilidade como: ter antecedente de IST, nunca ter realizado sorologias para IST/aids e ter tido relação sexual com homem nos últimos 12 meses foram independentemente associadas ao diagnóstico de IST confirmado por exames laboratoriais. A chance de diagnóstico de IST foi quatro vezes maior entre mulheres com antecedente para IST do que entre aquelas sem esse histórico [OR=4,00 (1,03–15,50); p=0,045]. Nunca ter realizado sorologia para IST/aids aumentou a chance em quase três vezes de resultado confirmado destas infecções [OR=2,80 (1,13–6,94); p=0,027] e ter tido relação sexual com homem nos últimos 12 meses aumentou em quase nove vezes a chance do desfecho [OR=8,65 (2,39–31,38); p=0,001] (Tabela 5).

Tabela 5. Modelo de regressão logística múltipla entre variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres (n=150). Botucatu, 2015-2017

Variáveis	OR ajustado (IC95%)	p
Vulnerabilidade Individual		
Idade \leq 24 anos	1,66 (0,65- 4,23)	0,287
Cor da pele não branca	2,10 (0,82- 5,34)	0,120
Não tem união estável	2,27 (0,84- 6,17)	0,106
Não tem conhecimentos básicos sobre IST/aids	2,41 (0,84- 6,90)	0,103
Tem antecedente de IST	4,00 (1,03- 15,50)	0,045
Nunca realizou sorologias para IST/aids	2,80 (1,13- 6,94)	0,027
Não tem percepção de risco para IST	0,86 (0,26- 2,83)	0,809
Não tem percepção de risco para HIV/aids	0,70 (0,20- 2,45)	0,572
Teve parceria eventual nos últimos 12 meses	0,63 (0,18- 2,26)	0,483
Teve 2 ou mais parcerias sexuais nos últimos 12 meses	0,85 (0,25- 2,82)	0,787
Recebe penetração vaginal	1,91 (0,46- 7,91)	0,370
Recebe penetração anal	1,44 (0,49- 4,22)	0,505
Tem relação sexual no período menstrual	1,19 (0,44- 3,17)	0,732
Teve relação sexual com homem na vida	1,70 (0,63- 4,56)	0,293
Teve relação sexual com homem nos últimos 12 meses	8,65 (2,39- 31,38)	0,001
Vulnerabilidade Social		
Não tem atividade remunerada	1,09 (0,41- 2,88)	0,865
Tem renda <i>per-capita</i> < R\$ 291,00	1,94 (0,16- 23,76)	0,606

IST: Infecção Sexualmente Transmissível

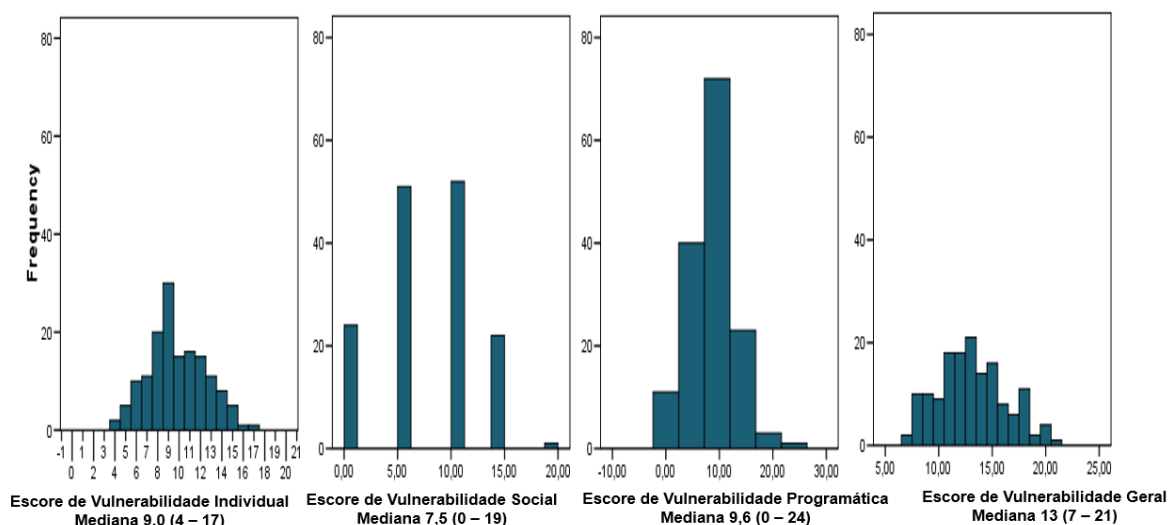
4.3 Escores de vulnerabilidade às IST/aids

A figura 3 apresenta os escores de vulnerabilidade individual, social, programática e geral às IST/aids, dando visibilidade à distribuição dos escores em cada dimensão.

Segundo a estratégia adotada, a mediana do escore de vulnerabilidade geral das MSM incluídas na presente pesquisa foi de 13,0 pontos (7–21), considerando-se um escore máximo de 34 pontos. Nenhuma mulher investigada estava isenta de vulnerabilidade às IST/aids.

A mediana do escore de vulnerabilidade individual foi de 9,0 pontos (4–17), do escore de vulnerabilidade social 7,5 pontos (0–19) e do escore de vulnerabilidade programática 9,6 pontos (0–24), sendo todos com pontuação máxima normalizada para 24 pontos (Figura 3).

Figura3: Mulheres que fazem sexo com Mulheres (n=150), segundo o escore de vulnerabilidade individual, social, programática e geral às IST/aids. Botucatu, 2015-2017.



4.4 Comparação de MSM com e sem histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses, segundo escore de vulnerabilidade

Apresenta-se na tabela 6 a comparação entre mulheres com e sem histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses, quanto aos escores de vulnerabilidade.

As mulheres com ou sem histórico de relação sexual com homens na vida não diferiram quanto ao escore de vulnerabilidade na sua dimensão social e programática. Entretanto, aquelas que se relacionaram com homens na vida apresentaram maior escore na dimensão individual [10,0 (4,0–17,0) vs. 8,0 (4,0–13,0); $p=0,001$] (Tabela 6).

As MSM que tiveram relação com homem nos últimos 12 meses tiveram maior escore de vulnerabilidade individual e social em comparação àquelas sem este histórico [12,0 (6,0–17,0) vs. 9,0 (4,0–15,0); $p=0,000$ e 10,0 (0,0–19,0) vs. 5,0 (0,0–14,0); $p=0,042$, respectivamente] (Tabela 6).

Tabela 6. Associação entre mulheres que fazem sexo com mulheres com e sem histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses e escore de vulnerabilidade. Botucatu, 2015-2017.

Relação sexual com homem na vida			
Escore de vulnerabilidade	Não (n=38)	Sim(n=112)	P*
Individual	8,0 (4,0 - 13,0)	10,0 (4,0 - 17,0)	0,001
Social	5,0 (0,0 - 14,0)	10,0 (0,0 - 19,0)	0,791
Programática	9,6 (0,0 - 19,0)	9,6 (0,0 - 24,0)	0,375
Relação sexual nos últimos 12 meses			
Escore de vulnerabilidade	Não (n=118)	Sim(n=32)	P*
Individual	9,0 (4,0 - 15,0)	12,0 (6,0 - 17,0)	0,000
Social	5,0 (0,0 - 14,0)	10,0 (0,0 - 19,0)	0,042
Programática	9,6 (4,0 - 19,0)	9,6 (0,0 - 24,0)	0,498

*Teste de Mann-Whitney

A Tabela 7 compara os grupos de mulheres com e sem histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses, segundo variáveis de vulnerabilidade. Com relação ao contexto da vulnerabilidade individual e programática, observou-se menor percentual de mulheres que tiveram relação sexual com homens na vida entre aquelas cuja última parceira teve relação com homem e que não foi disponibilizado citologia oncológica (39,3% vs.63,2%, $p=0,011$ e 4,5% vs. 21,1%, $p= 0,004$, respectivamente). Na dimensão social não foi encontrado diferença estatística entre ter ou não relação com homens na vida.

Considerando-se a vulnerabilidade individual, dentre as mulheres que tiveram relação com homens nos últimos 12 meses, observou-se maior percentual de mulheres com idade menor ou igual a 24 anos (62,5% vs. 37,3%, $p= 0,001$), sem união estável (87,5% vs. 69,5%, $p=0,041$), com parceria eventual nos últimos 12 meses (65,6% vs. 18,6%, $p= <0,001$) e multiplicidade de parcerias sexuais (87,5% vs. 28,0%, $p= <0,001$) e menor percentual de mulheres em que a última parceira teve relação com homem (25% vs. 50,8%, $p= 0,009$) (Tabela 7).

No contexto da vulnerabilidade social, evidenciou-se maior percentual, de mulheres que tiveram relação sexual com homens nos últimos 12 meses dentre aquelas sem atividade remunerada e que não declaravam fazer sexo com mulher nos serviços de saúde (40,6% vs. 22,0%, $p= 0,033$ e 68,8% vs. 41,5%, $p=0,006$, respectivamente). Não houve diferença significativa na dimensão programática entre ter ou não relação com homens nos últimos 12 meses (Tabela 7).

Tabela 7. Associação entre mulheres com e sem histórico de relação sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses e variáveis dos escores de vulnerabilidade. Botucatu, 2015-2017.

Variáveis	Relação sexual com homem na vida					Relação sexual com homem nos últimos 12 meses				
	Não (n=38)		Sim (n=112)		P*	Não (n=118)		Sim (n=32)		P*
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Vulnerabilidade Individual										
Idade ≤ 24 anos	18	47,4	46	41,0	0,498	44	37,3	20	62,5	0,001
Cor da pele não branca	8	21,1	30	26,8	0,483	34	28,8	4	12,5	0,069
Escolaridade < que 8 anos	0	0,0	6	5,4	0,338	5	4,2	1	3,1	1,000
Não tem união estável	30	78,9	80	71,4	0,365	82	69,5	28	87,5	0,041
Não frequenta serviços de saúde para ações de prevenção	19	50,0	45	40,2	0,290	54	45,8	10	31,3	0,141
Não tem conhecimentos básicos sobre IST/aids	4	10,5	25	22,3	0,154	24	20,3	5	15,6	0,549
Tem antecedente de IST	4	10,5	12	10,7	1,000	12	10,2	4	12,5	0,748
Nunca realizou sorologias para IST/aids	18	47,4	52	46,4	0,920	59	50,0	11	34,4	0,116
Não tem percepção de risco para IST	21	55,3	64	57,1	0,840	71	60,2	14	43,8	0,096
Não tem percepção de risco para HIV/aids	24	63,2	77	68,8	0,525	83	70,3	18	56,3	0,132
Prática sexo após consumo de droga ilícita e/ou bebida alcoólica	27	71,1	80	71,4	0,965	81	68,6	26	81,3	0,162
Idade da coitarca ≤ 14anos	5	13,2	31	27,7	0,070	25	21,2	11	34,4	0,121
Teve parceria eventual nos últimos 12 meses	7	18,4	36	32,1	0,106	22	18,6	21	65,6	<0,001
Teve 2 ou mais parcerias sexuais nos últimos 12 meses	13	34,2	48	42,9	0,348	33	28,0	28	87,5	<0,001
Última parceira teve sexo com homem	24	63,2	44	39,3	0,011	60	50,8	8	25,0	0,009
Tem histórico de prática sexual em troca de dinheiro e/ou drogas	0	0,0	3	2,7	0,308	1	0,8	2	6,3	0,115
Recebe penetração vaginal	32	84,2	100	89,3	0,405	10	8,6	30	93,8	0,259
Recebe penetração anal	6	15,8	23	20,5	0,522	19	16,1	10	31,3	0,054
Uso inconsistente de preservativo	30	78,9	93	83,0	0,571	95	80,5	28	87,5	0,361
Pratica tribadismo	10	26,3	23	20,5	0,457	27	22,9	6	18,8	0,617
Tem relação sexual no período menstrual	11	28,9	26	23,2	0,479	25	21,2	12	37,5	0,058
Tem alteração na microbiota vaginal	16	42,1	54	48,2	0,514	56	47,5	14	43,8	0,709
Vulnerabilidade Social										
Não tem atividade remunerada	11	28,9	28	25,0	0,632	26	22,0	13	40,6	0,033
Tem renda <i>per-capita</i> < R\$ 291,00	1	2,6	4	3,6	1,000	3	2,5	2	6,3	0,289
Não declara fazer sexo com mulher no serviço de saúde	18	47,4	53	47,3	0,996	49	41,5	22	68,8	0,006
Foi vítima de preconceito	23	60,5	64	57,1	0,715	73	61,9	14	43,8	0,066
Sofreu abuso sexual na vida	3	7,9	20	17,9	0,194	16	13,6	7	21,9	0,297
Vulnerabilidade Programática										
Não frequenta serviço de Atenção Primária à Saúde	14	36,8	36	32,1	0,595	36	30,5	14	43,8	0,159
Não disponibilizado citologia oncológica	8	21,1	5	4,5	0,004	12	10,2	1	3,1	0,301
Não recebeu informações sobre IST/aids nos serviços de saúde	31	81,6	94	83,9	0,737	96	81,4	29	90,6	0,212
Teve dificuldade de acesso aos serviços de saúde#	19	50,0	57	50,9	0,924	60	50,8	16	50,0	0,932
Teve dificuldade na relação com o profissional de saúde ##	2	5,3	4	3,6	0,643	5	4,2	1	3,1	1,000

*Teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher. IST: Infecção Sexualmente Transmissível. #Relacionada à sua estrutura e organização; ## relacionada ao seu despreparo frente às demandas específicas de saúde sexual das mulheres que fazem sexo com mulheres.

5. DISCUSSÃO

A presente pesquisa permitiu descrever o perfil de vulnerabilidade às IST/aids de MSM e identificou as variáveis das dimensões da vulnerabilidade que se associaram ao diagnóstico confirmado por exames laboratoriais dessas infecções, permitindo, assim, a sinalização de aspectos prioritários para a intervenção. Propôs escore de vulnerabilidade às IST pautado no quadro teórico proposto por Ayres *et al.* (2012) e comparou mulheres com e sem histórico de prática sexual com homens na vida e nos últimos 12 meses, com base nesse escore.

Ainda que se reconheça que as dimensões da vulnerabilidade se articulam entre si, em seus diversos contextos, e que seu entrelaçamento dificulta estudos quantitativos/epidemiológicos, devido a uma variável se enquadrar em mais dimensões (AYRES *et al.*, 2012), optou-se, na presente pesquisa, por classificá-las em separado, de acordo com o quadro de “vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática” proposto por Ayres *et al.* (2012).

O perfil das mulheres incluídas no estudo demonstrou elevada vulnerabilidade nas três dimensões. Segundo o componente individual, as mulheres, em sua maioria, não tinham união estável, não se percebiam em de risco para a infecção pelo HIV/aids, tinham relação sexual após uso de drogas ilícitas e/ou álcool, não faziam uso consistente do preservativo e tinham história de relação sexual com homem na vida.

Não se perceber em risco pode contribuir para que o indivíduo não se previna às IST/aids. Neste sentido, notou-se alto percentual de mulheres que não faziam uso regular de preservativo nas relações sexuais vaginal, anal e oral.

Contudo, o percentual de mulheres com percepção de risco para IST foi maior do que para a infecção pelo HIV/aids. A falta de percepção de risco de MSM para a infecção pelo HIV também foi observada em outros estudos nacionais (BARBOSA; FACCHINI, 2009; CARVALHO *et al.*, 2013) e internacionais (MARAZZO *et al.*, 2005; FISHMAN; ANDERSON, 2003). Esses estudos apontaram que a não percepção de risco se dá em função de que as MSM acreditam que a aids não é transmitida na relação entre mulheres. Estes resultados corroboram com outras pesquisas que apontam a percepção de MSM à vulnerabilidade às IST/aids quando as relações sexuais estão associadas à figura masculina (MORAES; ESTEVES, 2009; LIMA, 2016), fato também encontrado nesta pesquisa. Entretanto, estudo internacional de 2011 já apontou que ter relação sexual apenas com mulheres não deve ser considerado baixo ou nenhum risco para IST (GORGOS; MARAZZO, 2011) e pesquisa realizada em 2012 confirmou a transmissão de HIV entre casal feminino (CHAN *et al.*, 2012).

Outro fator que contribui para a não percepção de risco entre estas mulheres é ter uma parceria fixa (BARBOSA; FACCHINI, 2009; CARVALHO et al., 2013). A sensação de proteção em relacionamentos ditos estáveis não está restrito às MSM. Em pesquisa brasileira, de abordagem qualitativa, realizada com universitárias no Rio de Janeiro, estas conseguiam identificar a vulnerabilidade de outras mulheres em situações não conjugais, mas, quando elas próprias eram casadas, não se consideravam em risco (SILVA; VARGENS, 2009). Na presente investigação a confiança na parceria foi o principal motivo da falta de percepção, sendo que as respostas de não se acharem em risco à infecção pelo HIV/aids foram semelhantes à não percepção às IST.

Estudo nacional, conduzido no município de São Paulo-SP, com o objetivo de identificar a prevalência de IST em MSM, encontrou percentual maior de mulheres que faziam uso inconsistente do preservativo nas relações sexuais (97,9%) (PINTO et al., 2005) do que o observado na presente investigação (82,0%).

Estudos internacionais com MSM também observam baixo uso de preservativos nesta população: nos Estados Unidos, Rowen et al. (2013) obtiveram percentual semelhante (88,1%) ao da presente investigação. Mesmo que em percentual menor ao constatado neste estudo, pesquisa realizada na Costa do Marfim, com o objetivo de descrever as práticas sexuais entre MSM, apontou que 60,0% das participantes não faziam uso consistente do preservativo (KONAN et al., 2014). Em estudo qualitativo sobre prevenção de IST/aids entre MSM, o motivo referido de práticas sexuais desprotegidas foram as situações de adaptação aos insumos, visto que não existem materiais específicos ao público feminino lésbico (LIMA, 2016).

O preservativo feminino cabe para a prevenção tanto nas relações heterossexuais como homossexuais, contudo ele ainda é pouco disseminado entre o público feminino, independente da prática sexual (BARBOSA; PERPÉTUO, 2010). Na presente pesquisa, nenhuma mulher faz uso regular deste preservativo e a maioria nunca utilizou (88,7%).

Este insumo teve início de distribuição no ano de 2000 no Brasil, primeiramente focado a populações mais vulneráveis como profissionais do sexo, mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual. Contudo, ao longo do tempo não houve um planejamento de implantação efetiva, assim o preservativo feminino não foi popularizado entre as mulheres (BARBOSA; PERPÉTUO, 2010).

O foco do surgimento do preservativo feminino era proporcionar a autonomia da mulher na capacidade de negociação da proteção na relação sexual (BRASIL, 2016a). Porém ainda prevalecem as questões de relação de gênero nesta questão (BARBOSA; PERPÉTUO, 2010; BRASIL, 2016a). Para entender esta relação é preciso antes compreender o sentido da palavra

gênero na saúde que está ligada às relações sociais e até mesmo capitalista (produção e consumo) entre o masculino e o feminino, referente às características inerentes a estes sujeitos, que repercute no âmbito social e conseqüentemente na saúde, como no acesso e na utilização dos serviços de saúde (BARATA, 2009).

Mas é importante ter cautela, nem sempre a relação de gênero é negativa para a figura feminina, um exemplo neste contexto: a mulher muitas vezes não utiliza o preservativo, masculino ou feminino, por não conseguir negociar o seu uso, talvez pela relação de poder no relacionamento. Mas em outras ocasiões pode ser porque ela realmente não gosta e prefere não usar. Desta forma, é preciso analisar cada cenário, pois não existe um único direcionamento para as categorias de determinação do processo saúde-doença (BARATA, 2009).

Assim, diversas são as barreiras para o não uso do preservativo feminino como o conhecimento, o acesso, a aceitação, as questões ligadas à vivência da sexualidade e às relações gênero e o custo (BARBOSA; PERPÉTUO, 2010; BRASIL, 2016a), embora o Ministério da Saúde em 2015 tenha divulgado ser o país que mais compra preservativo feminino (BRASIL, 2016a).

Neste estudo, 71,3% das mulheres investigadas afirmaram ter relação sexual após o consumo de álcool e drogas ilícitas. Pesquisas brasileiras apontaram a vulnerabilidade de MSM às IST/aids em função do uso mais frequente de drogas lícitas e ilícitas, pois estas alteram o estado de consciência, o que aumenta a propensão de praticarem sexo inseguro (ALMEIDA, 2009; BERTOLIN et al., 2010).

Histórico de relação sexual com homem na vida tem sido referido por vários estudos com esta população. O estudo realizado por Pinto et al. (2005) em São Paulo apontou percentual de mulheres que tiveram parceiros sexuais na vida (76,6%) muito próximo ao obtido na presente investigação (74,7%). Dolan e Davis (2003), em uma cidade do sudeste dos Estados Unidos, também descreveram percentuais semelhantes aos aqui apresentados, onde 79,0% das MSM tiveram relações sexuais com homens na vida. Outra pesquisa americana mencionou que apenas 7,0% das MSM referiram nunca terem tido sexo com homens (FETHERS et al., 2000).

Ainda na dimensão individual, chamou a atenção que parcela significativa de mulheres não tinha realizado sorologia para diagnóstico de IST/aids: quase metade das MSM estudadas. Tal fato pode ser explicado em função de que percentual significativo de mulheres (42,7%) não frequentava os serviços de saúde para ações de prevenção. Em pesquisa com mulheres brasileiras vivendo com HIV constatou-se que elas realizavam mais sorologias quando estas eram solicitadas por um profissional de saúde (30%) do que por iniciativa própria (12,7%) (SANTOS et al., 2009). Entretanto, há que se considerar que a realização de campanhas para o

aumento da oferta de sorologias para diagnóstico da infecção pelo HIV e sífilis vem sendo estimulada no Brasil em diversas oportunidades, como por exemplo, no carnaval e em comemoração ao dia de luta contra a aids (1º de dezembro) (BRASIL, 2012). No Estado de São Paulo, a campanha de oferta de exames iniciou em 2008 com sorologia convencional para o HIV e, a partir de 2012, introduziu-se o teste rápido para HIV e sífilis (CRT, 2016). A ampliação do acesso à testagem permite o diagnóstico precoce dessas infecções, acesso ao tratamento, com o objetivo de cura no caso da sífilis e controle da infecção no caso do HIV, além de proporcionar a quebra da cadeia de transmissão (CRT, 2016).

Considerando-se a questão da biovulnerabilidade, a literatura aponta que o equilíbrio da microbiota vaginal é fator protetor contra patógenos genitais, pois os lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio realizam esta função no ecossistema vaginal (MARAZZO, 2004b; KLEBANOFF; COOMBS, 1991). Dentre as alterações da microbiota vaginal, a vaginose bacteriana é a mais comum e prevalente entre mulheres em geral (ZARIFFARD *et al.*, 2002; Simões *et al.*, 2006), tendo como consequências complicações obstétricas e ginecológicas, além de propiciar o aumento das IST, como o HIV (NARDIS *et al.*, 2013), a *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* (WIESENFELD *et al.*, 2003) e a infecção por *Trichomonas vaginalis* (MYER *et al.*, 2005). Desta forma, este estudo comprova elevada biovulnerabilidade das participantes às IST, uma vez que 46,7% delas tinham alguma alteração da microbiota vaginal. Por outro lado, o percentual de antecedente de IST/aids referido pelas MSM incluídas na presente investigação (10,6%) foi inferior ao obtido tanto em única pesquisa nacional encontrada nas bases de dados, 38,6% (PINTO *et al.*, 2005), como internacionais, 17,0% (DIAMONT *et al.*, 2000) e 44,0% (FETHERS, 2000). Tal fato pode estar relacionado à baixa realização de sorologias, como também à não utilização dos serviços de saúde para ações de prevenção e promoção, que possibilitariam seu rastreamento.

Entre as práticas comuns às MSM está o tribadismo, que viabiliza a troca de fluido cérvico-vaginal e contato com mucosa, possibilitando a transmissão de IST (MARAZZO *et al.*, 2005). Da mesma forma, ter relação sexual no período menstrual pode aumentar a vulnerabilidade destas mulheres às IST, visto que o sangue é conhecido como uma das principais fontes de transmissão (ALMEIDA, 2009). Neste sentido, 22,0% e 24,7% das participantes revelaram essas práticas, respectivamente. Porém, no presente estudo o tribadismo e a relação sexual no período menstrual não se associaram quanto à vulnerabilidade de MSM às IST.

A dimensão social da vulnerabilidade abrange aspectos estruturais relacionados à educação, meios de comunicação, políticas sociais, econômicas e de saúde, cidadania, gênero,

cultura, entre outros, que exercem influência nas outras dimensões, determinando-as ou mediando-as (TAKAHASHI, 2006). Nesta direção, 26,0% das mulheres não tinham atividade remunerada. Não ter acesso a emprego e a salário caracteriza-se em importante marcador de vulnerabilidade social, visto que esse aspecto se relaciona com o acesso aos serviços de saúde, a informação, a educação, entre outros (PAIVA, 2012; ROCHA, DAVID; 2015).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT enfatiza que o preconceito em suas diversas formas, muitas vezes, leva ao isolamento social e ao sofrimento, além da condição LGBT que atribui um grau de vulnerabilidade a essas pessoas (BRASIL, 2013a). Neste sentido, a maioria das participantes (58,0%) tinham sido vítimas de preconceito em vários cenários de suas vidas. Fato que pode justificar que quase a metade das participantes não declarava fazer sexo com mulher nos serviços de saúde. Estudos nacionais anteriores observaram que a não revelação da prática sexual com mulheres está vinculada ao acolhimento, sendo os motivos apontados a sensação de desconforto (PINTO et al., 2005) e o medo de sofrer preconceito e discriminação (BENTO, 2012).

Destaca-se que 15,3% das participantes referiram terem sido vítimas de abuso sexual. Estudos têm demonstrado que as mulheres são as principais vítimas de violência sexual, em qualquer fase do ciclo vital (FACURI et al., 2013; SCHRAIBER et al., 2007). Os resultados da presente investigação apontam percentual de mulheres que sofreram abuso sexual superior ao obtido em estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com público feminino em geral, em São Paulo (10,1%) (SCHRAIBER *et al.*, 2007).

Estudo realizado com população LGBT identificou que 1,8% das mulheres homossexuais referiram terem sido vítimas de violência sexual, enquanto que não houve relato pelas mulheres bissexuais. A grande diferença pode ter se dado em função da forma com que o dado foi coletado. Na presente investigação buscou-se a informação por meio de entrevista e em ambiente privativo, ao passo que no estudo citado a coleta se deu na rua, durante a 9ª Parada do Orgulho GLBT, ocorrida na cidade de São Paulo, em 2005 (CARRARA et al., 2005). Tendo-se em vista que o abuso sexual constitui representatividade importante da vulnerabilidade social, uma vez que perpassa por relações de gênero, intersubjetividade dos diversos cenários e discriminação (AYRES et al., 2012), recomenda-se sua utilização em futuras pesquisas sobre vulnerabilidade e MSM.

Quanto à vulnerabilidade programática, destacou-se que a metade das MSM investigadas referiu dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo esta relacionada principalmente à sua estrutura e organização, e que a maioria não tinha recebido informações sobre IST/aids nos

serviços de saúde, uma vez que a maioria daquelas que tinham conhecimento básico a esse respeito não o adquiriram por meio de ações do setor saúde.

Em revisão sistemática da literatura, sobre acesso da população LGBT aos serviços de saúde, os autores apontaram que a homossexualidade foi fator determinante na dificuldade de acesso aos cuidados de saúde devido à heteronormatividade existente (ALBUQUERQUE et al., 2016). Outras pesquisas internacionais também referem como principal barreira ao acesso à saúde a discriminação dos profissionais quanto à orientação sexual (KOH et al., 2014; DAVIS; BERLINGER, 2014; HIRSCH et al., 2016). Protocolo sobre cuidados com a saúde da mulher na atenção básica reporta que as dificuldades no acesso aos serviços de saúde e no acolhimento das MSM estão associadas à rigidez na agenda das unidades, que nem sempre está disponível para a mulher, ou ao não acolhimento de suas singularidades (BRASIL, 2016d).

Diante da Política Nacional de Atenção Básica, que tem como diretriz estabelecer mecanismos que assegurem a acessibilidade de modo universal, com a função de reconhecer as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012b) e da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, que reforça a necessidade de ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 2013a), considera-se que seja fundamental reformular ou formular estratégias para atender a esses preceitos.

Dois terços das mulheres frequentavam a atenção básica. Esse nível de assistência à saúde tem por objetivo acolher e estabelecer vínculo com a população sob sua responsabilidade e reconhecer as necessidades de saúde (BRASIL, 2012b). Neste sentido, o presente estudo constata lacunas no cuidado ofertado, uma vez que a maioria não recebeu informações sobre IST/aids nos serviços de saúde e quase a metade não revelou fazer sexo com mulher, o que pode expressar falta de vínculo e acolhimento.

O diagnóstico de alguma IST foi constatado em 71 mulheres (47,3%), sendo que a prevalência da infecção pelo HPV foi de 45,3%, pela *Chlamydia trachomatis* de 2,0%, pelo HIV/aids e *Neisseria gonorrhoea* de 0,7% e a infecção pelo vírus da Hepatite B não foi identificada. Tricomoníase e sífilis foram detectadas em 1,3% das MSM investigadas.

A falta de pesquisas de âmbito nacional não permite a comparação dos dados, entretanto, único artigo nacional identificado nas bases de dados pesquisadas apontou prevalências de 6,2% de HPV, 2,9% de infecção pelo HIV, 1,8% de cervicite clamidiana, 0,7% de sífilis, 3,8% de tricomoníase e 7,0% de hepatite B (PINTO et al., 2005).

Já estudo de Muzny et al. (2011), realizado no Mississippi com MSM afro-americanas em clínica específica para IST, descreveu a prevalência para algumas destas infecções (Clamídia, gonorreia, tricomoníase, sífilis e HIV) como 37,8% em mulheres que tiveram sexo

exclusivamente com mulheres nos últimos 12 meses e 73,8% em mulheres que tiveram sexo com mulheres e homens no mesmo período.

A IST mais prevalente na presente investigação foi a causada pelo HPV (45,3%). Estudo nacional (PINTO et al., 2005) empregou a citologia oncológica como método diagnóstico da infecção pelo HPV, o que pode explicar a prevalência mais baixa (6,2%). Pesquisas internacionais que também empregaram a reação em cadeia da polimerase como método diagnóstico da infecção pelo HPV obtiveram prevalências menores do que as obtidas na presente investigação: 30,0% (MARAZZO et al., 1998) e 13,0% (MARAZZO et al., 2001). Desta forma a elevada prevalência de IST/aids entre as MSM participantes do estudo comprova sua alta vulnerabilidade a essas infecções.

Dentre as variáveis investigadas, apenas as classificadas na dimensão individual foram independentemente associadas ao diagnóstico de IST: ter antecedente de IST, nunca ter realizado sorologia para IST/aids e ter tido relação sexual com homem nos últimos 12 meses.

Histórico de IST/aids e de realização de sorologia para IST/aids não foram investigados em estudos que objetivaram identificar fatores associados às IST em MSM (BAILEY et al., 2004; XIAO-FANG et al., 2012). Ter diagnóstico prévio de IST sugere vulnerabilidade das mulheres em outros momentos da vida.

As mulheres que nunca tinham realizado sorologia para IST/aids anteriormente tiveram chance aumentada em quase três vezes de ter uma IST, o que pode ser explicado em função de que o rastreio viabiliza o diagnóstico e tratamento. Neste sentido, destaca-se a íntima relação dessa variável, classificada na dimensão individual, com a vulnerabilidade programática.

Histórico de relação sexual com homens já foi apontado em estudo anterior como fator associado à maior chance de IST em MSM, corroborando com os resultados da presente pesquisa (MUZNY et al., 2011).

A maior vulnerabilidade às IST/aids entre as mulheres com histórico de relação sexual com homens pode ser explicada pela própria biovulnerabilidade feminina, em função da extensão da mucosa vaginal, que propicia contato mais prolongado com os fluídos seminais, que quando infectados pelo vírus do HIV têm maior quantidade do que as secreções femininas (UNAIDS, 2004). De grande relevância, é a questão da organização social das relações de gênero, construída em um contexto cultural e de relação de poder (BRASIL, 2004) que influencia muitas vezes na dificuldade de negociação do uso do preservativo e até mesmo na percepção de risco à aquisição das IST/aids, principalmente quando estão em uma união estável, além de serem mais vulneráveis à violência (RODRIGUES et al., 2012).

Segundo Takahashi (2006), apesar das potencialidades do conceito de vulnerabilidade, a complexidade dos elementos que compõem cada uma das dimensões, pode ter um efeito imobilizador sobre os profissionais da área de saúde. A fim de superar essa limitação do conceito, a autora considera importante investir em estratégias para torná-lo mais facilmente operacionalizável. Neste sentido, a análise do grau de vulnerabilidade empregando o escore proposto mostrou que nenhuma mulher estava isenta de vulnerabilidade, posto que o escore geral teve mediana de 13 pontos (7–21). A vulnerabilidade programática foi a que obteve maior mediana [9,6 (0–24)], seguida pela individual [9,6 (4–17)], sendo assim, a vulnerabilidade social foi a que obteve menor mediana [7,5 (0–19)].

Os resultados obtidos reforçam o cenário de invisibilidade das MSM nos serviços, implicando o não acolhimento das suas necessidades de saúde. Outra pesquisa demonstra que não há acolhimento destas mulheres nos serviços de saúde, na maioria das vezes são abordadas por seus estereótipos e, quando abordadas, os profissionais de saúde não sabem orientá-las corretamente (MELLO, 2014). O desconhecimento perpassa pelas orientações sobre prevenção de IST/aids, solicitação de exames sorológicos para diagnóstico das IST/aids e realização da citologia oncológica (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Reforça-se que os profissionais de saúde são influenciados pelas questões socioculturais que são pautadas no princípio da heteronormatividade (ALMEIDA, 2009; VALADÃO; GOMES, 2010). Desta forma o acolhimento é falho, pois o profissional não se anula de suas convicções pessoais e julgamentos. Assim, é urgente refletir e discutir o acolhimento como instrumento importante do processo de trabalho e na formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, de forma a garantir o respeito e os direitos humanos, tanto na rede pública, norteadas pelo SUS, que caracteriza-se pelos princípios da universalidade de acesso e integralidade do atendimento, quanto na rede privada (MELLO, 2014).

Entretanto, há que se destacar que a vulnerabilidade individual é intrinsecamente interligada à social e à programática, uma vez que podem acarretar mudanças nas questões individuais, como a forma de assimilar as informações recebidas que dependem da própria cultura e contextos sociais, o que torna o sujeito subjetivo e dinâmico (AYRES et al., 2012; GUANILO, 2012). Cada pessoa perpassa pela prevenção ou pelo processo de adoecimento a depender de suas características físicas ou escolhas no seu dia-a-dia (AYRES et al., 2012).

As MSM que tiveram relação com homem nos últimos 12 meses e na vida tiveram maior escore de vulnerabilidade individual, e somente as que tiveram relação com homem no último ano tiveram maior escore na dimensão social. Ambos os grupos, com e sem histórico de relação

com homem na vida e nos últimos 12 meses, não apresentaram diferença quanto ao escore de vulnerabilidade programática.

Considerando-se a vulnerabilidade individual, no grupo de mulheres que tiveram relação com homens nos últimos 12 meses, observou-se maior percentual de mulheres sem união estável, com parceria eventual nos últimos 12 meses e multiplicidade de parcerias sexuais, apontando necessidade de maior focalização das intervenções. Pesquisa sobre comportamentos e práticas sexuais da população em geral referiu que as pessoas solteiras são mais vulneráveis às IST e na sua maioria são mais jovens, o que remete à reflexão de que as mulheres mais jovens são mais expostas às IST/aids (COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS, 2006).

Estudo americano também observou maior percentual de mulheres sem união estável entre as que tiveram relação sexual com homens nos últimos 12 meses, corroborando com os achados desta investigação (MUZNY et al., 2011).

Já os dois grupos que não tiveram relação com homem nos últimos 12 meses e na vida apresentaram maior percentual de mulheres em que a última parceira teve sexo com homem. Assim, mesmo entre estas MSM, há a manutenção da vulnerabilidade às IST/aids.

No contexto da vulnerabilidade social, evidenciou-se maior percentual de mulheres que tiveram relação sexual com homens nos últimos 12 meses dentre aquelas sem atividade remunerada e que não declaravam fazer sexo com mulher nos serviços de saúde. A não revelação pelas mulheres de sua prática sexual com mulher perpetua sua invisibilidade nos serviços de saúde, dificultando o levantamento das suas reais necessidades de saúde, com implicação a qualidade de seu atendimento (BERTOLIN et al., 2010) e, assim, imbricando-se diretamente com a vulnerabilidade programática.

Referente ao histórico de relação com homem na vida, foi menor o percentual destas mulheres que apresentaram não ter a CO disponibilizada nos serviços de saúde. Tal percentual indica que as mulheres sem a prática sexual com homem na vida foram mais vulneráveis, porque suas últimas parceiras tiveram relação com homem e por terem somente relação com mulher não foram orientadas a realização da CO, mostrando o despreparo profissional (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Enfim, destaca-se o perfil geral das mulheres estudadas constituído por maioria branca, com alto nível de escolaridade, exercendo atividade remunerada e renda *per capita* familiar acima de um salário mínimo, o que aponta para condições socioeconômicas favoráveis. Este aspecto pode constituir-se em uma das limitações da presente investigação, pois, mesmo com todas as estratégias de divulgação, não foi possível acessar as mulheres com condições

socioeconômicas menos favoráveis, que possivelmente implicaria perfil de vulnerabilidade diferenciado, especialmente no componente social.

Por outro lado, as mulheres com condições socioeconômicas mais favoráveis (acesso a emprego, à educação) podem ter maior suporte para se declararem MSM. Logo, como mencionado anteriormente, estas variáveis não atuam isoladamente e nem da mesma forma para cada indivíduo, pois isto irá depender do contexto em que cada um vive, das relações sociais construídas – comunitárias, familiares e redes de amizades–, que podem influenciar positivamente ou negativamente no processo saúde-doença (BARATA, 2009; AYRES et al., 2012).

Revisões de literatura realizadas em 2015 (TAT et al., 2015) e 2016 (EVANS et al., 2016), sobre saúde sexual e comportamentos de risco em MSM em países de baixa e média renda, mostram que os estudos ainda são limitados, por motivos variados, sendo alguns deles semelhantes ao nosso cenário - como a dificuldade de recrutamento da amostra -, o que justifica que a maioria das investigações encontradas se utilizaram da técnica de Bola de Neve, tendo em vista o estigma social, medo da discriminação e dificuldade de expor sua identidade sexual. Neste sentido, enfatiza-se ainda mais a dificuldade de captação da amostra que compôs esta pesquisa, visto que diferentemente deste estudo, as demais pesquisas com MSM foram realizadas em grandes centros urbanos.

Ainda que os dados apresentados não possam ser generalizados, por não se tratar de estudo de base populacional, ressalta-se sua relevância, uma vez que, além de contribuir com o aumento do conhecimento na temática, trata-se do primeiro documento nacional a trabalhar com IST em MSM empregando variáveis na ótica da vulnerabilidade, de acordo com o proposto por Ayres *et al.* (2012).

São várias as contribuições deste estudo para as políticas e práticas nos diversos contextos da assistência à saúde de MSM: fomento de novas estratégias de cuidado à saúde destas mulheres, considerando a implementação de instrumentos na prática do atendimento; pautar educação permanente e formação dos profissionais de saúde e educação das mesmas, a fim de modificar a dimensão programática para alcançar de forma efetiva o cuidado à saúde das MSM e sensibilizá-las a diminuir suas vulnerabilidades às IST/aids. Ressalta-se a contribuição que enfermeiros podem oferecer na operacionalização de novas estratégias de cuidado à saúde de MSM, pois atuam ativamente nas questões de acolhimento, planejamento e ações com enfoque à saúde da mulher. Espera-se, ainda, que a participação das mulheres neste estudo, de alguma forma, possa tê-las mobilizado a modificar tal cenário. Uma vez que a participação da

população como sujeito na produção social e de saúde fomenta estratégias capazes de realização e dissolução das necessidades de saúde (AYRES et al., 1999).

Contudo, visto que para intervir na complexidade do objeto da saúde é preciso ousar para além das causalidades (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007), sugere-se a realização de outros estudos que abordem a intersubjetividade das dimensões e de cada variável aqui identificada como indicativo de vulnerabilidade para população de MSM. Outras perspectivas relativas às questões da vulnerabilidade social e programática, condizentes às redes sociais e à capacitação de profissionais e instituições de saúde, merecem ser investigadas.

6. CONCLUSÃO

As MSM investigadas apresentavam elevada vulnerabilidade às IST/aids nas três dimensões, confirmada pela alta prevalência dessas infecções, sugerindo necessidade de atenção individualizada e qualificada com vistas à sua redução, com enfoque especial para aquelas que nunca realizaram sorologia para IST/aids, com histórico de IST e que tiveram relação sexual com homem nos últimos 12 meses.

A tese defendida foi confirmada tanto pela associação entre o diagnóstico de IST/aids quanto pela comparação de vulnerabilidade entre ter e não ter relação sexual com homem na vida e nos últimos 12 meses. Portanto, as mulheres que fazem sexo com mulheres são vulneráveis às IST/aids, mas aquelas que tem ou tiveram relação sexual com homens recentemente, apresentam-se ainda mais vulneráveis.

Conclui-se, que os dados da presente investigação apontam para o hiato entre a formulação de políticas e sua efetivação na prática dos serviços e para o grande desafio do cuidado integral em saúde para as MSM. Entretanto, além de contribuir com o aumento do conhecimento nesta área, pode fornecer subsídios para embasar políticas e práticas voltadas a qualificar o cuidado às MSM. Para a Enfermagem e outros profissionais da área da saúde fornece elementos que facilitam a sistematização da assistência a esse grupo populacional, permitindo intervenções que considerem as três dimensões da vulnerabilidade, implicando em maior potencial de transformação do processo-saúde-doença.

REFERÊNCIAS

Albuquerque GA, Lima C, Quirino GS, Alves MJH, Belém JM, Figueiredo FWS, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2016;16:2.

Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e aids entre mulheres que se auto definem como lésbicas. *Physis*. 2009;19:301-31.

Ayres JR, Paiva V, França Júnior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e direitos humanos*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti HCF. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 121-43.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans G, Saletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.

Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc*. 2009;18:11-23.

Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Mangtani P. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sex Transm Infect*. 2004;80:244-6.

Barata RB. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2009. p. 73-94. (Temas em Saúde).

Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25 Supl 2:291-300.

Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;25:291-300.

Barbosa RM, Koyama MAH. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:1511-4.

Barbosa RM, Perpétuo IHO. Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco. In: *Secretaria de Políticas para as Mulheres. Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da CIPD: Rumos ao Cairo + 20*. Brasília, DF; 2010. p. 137-55.

Bento AP. *A saúde das mulheres lésbicas: uma pesquisa bibliográfica [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social; 2012.

Bertolin DC, Ribeiro RCHM, Cesariano CB, Silva DC, Prado DO, Parro ES. Conhecimento de Mulheres que fazem sexo com mulheres sobre papiloma vírus humanos. *Cogitare Enferm.* 2010;15:730-5.

Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care.* 2009; 27:238-43.

Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação social da saúde e Reforma Sanitária.* Rio de Janeiro: CEBES; 2010. p. 87-125.

Carrara S, Ramos S, Simões JA, Facchini R. Política, direitos, violência e homossexualidade. Pesquisa 9ª parada do orgulho GLBT – São Paulo 2005. Rio de Janeiro: CEPESC; 2005.

Carvalho PMG, Nóbrega BSM, Oliveira JL, Almeida RO, Abdalla FTM, Nichiata LYI. Prevention of sexually transmitted diseases by homosexual and bisexual women: a descriptive study. *Online Braz J Nurs.* 2013;12:931-41.

Centro de Referência e Treinamento DST/aids-SP (CRT). Divulgação da 9ª campanha estadual fique sabendo - 2016: testagem de HIV e sífilis [Internet]. São Paulo; 2016 [citado 27 Mar 2017]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/homepage/destaques/divulgacao-da-9-campanha-estadual-fique-sabendo-2016-testagem-de-hiv-e-sifilis>

Chan SK, Thornton LR, Chronister KJ, Meyer J, Wolverson M, Johnson CK, et al. Likely female-to-female sexual transmission of HIV-Texas, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014; 63: 209-12.

Coordenação Nacional de DST/aids. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 13 Jan 2016]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/168comporamento.pdf>

Coordenação Estadual de DST/aids de São Paulo. Programa Estadual de DST/aids. Lésbicas, estigmas e vulnerabilidades. In: 1º Encontro Paulista de Prevenção e Controle das DST/aids; 4-5 Nov 2008; São Paulo, Brasil. São Paulo: Coordenação Estadual de DST/aids; 2008. p. 24-9.

D'Oliveira AFPL. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface (Botucatu).* 1999; 3:105-22.

Davis S, Berlinger N. Moral progress in the public safety net: access for transgender and LGB patients. *Hastings Cent Rep.* 2014; 44 Suppl 4:S45-7.

Diamont AL, Schuster MA, Lever J. Receipt of preventive health care services by lesbians. *Am J Prev Med.* 2000;19: 141-8.

Dolan KD, Davis PW. Nuances and shifts in lesbian women's constructions of STI and HIV vulnerability. *Soc Sci Med.* 2003; 57:25-38.

- Duarte MTC, Godoy I, Silva MGS, Andrade J, Ignacio MAO, Freitas APF. Acesso a serviços de saúde e saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres [projeto de pesquisa]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2014.
- Evans MGB, Cloete A, Zungu N, Simbayi LC. HIV risk among men who have sex with men, women who have sex with women, lesbian, gay, bisexual and transgender populations in South Africa: a mini-review. *Open AIDS J.* 2016; 10:49-64.
- Facchini R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. *Bagoas.* 2009;(4):131-58.
- Facchini R. Entre umas e outras mulheres, (homo) sexualidades e diferenças na cidade de São Paulo [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências humanas, Programa de Doutorado em Ciências Sociais; 2008.
- Facchini R. Histórico da luta de LGBT no Brasil. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, organizador. *Psicologia e diversidade sexual.* São Paulo: CRPSP; 2011. p. 10-9.
- Facchini R. Sopa de letrinhas?: movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
- Facuri CO, Fernandes MAS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCA. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29: 889-98.
- Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt CS. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Inf.* 2000; 76:345-9.
- Fishman SJ, Anderson EH. Perception of HIV and safer sexual behaviors among lesbians. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2003;14: 48-55.
- Gorgos LM, Marrazzo JM. Sexually transmitted infections among women who have sex with women. *Clin Infect Dis.* 2011;53 Suppl 3:S84-91.
- Guanilo MCTDU. Construção e validação de marcadores da vulnerabilidade de mulheres às DST/HIV na atenção básica à saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2012.
- Handcock MS, Gile KJ. On the concept of snowball sampling. *Sociol Methodol.* 2011;41:367-71.
- Hirsch O, Löltgen K, Becker A. Lesbian womens’ access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Fam Pract.* 2016;17:162.
- Klebanoff SL, Coombs RW. Viricidal effect of *Lactobacillus acidophilus* on human immunodeficiency virus type-1: possible role in heterosexual transmission. *J Exp Med.* 1991;174:289-92.

Koh CS, Kang M, Usherwood T. I demand to be treated as the person I am: experiences of accessing primary health care for Australian adults who identify as gay, lesbian, bisexual, transgender or queer. *Sex Health*. 2014;11:258-64.

Konan YE, Dagnan NS, Tetchi EO, Aké O, Tiembré I, Zengbé P, et al. Description of sexual practices of women who have sex with other women to HIV /aids in Abidjan (Côte d'Ivoire). *Bull Soc Pathol Exot*. 2014;107:369-75.

Leão EM, Marinho LFB. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. *Rev Promoc Saude*. 2002;3:31-6.

Lima MAS. Vulnerabilidade e prevenção às DST's nas práticas afetivo-sexuais de Lésbica [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes; 2016.

Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc*. 2008;17:11-21.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.

Marazzo JM, Stine K, Koutsky LA. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women. *J Infect Dis*. 1998;178:1604-9.

Marazzo JM. Barriers to infectious disease care among lesbians. *Emerg Infect Dis*. 2004a;10:1974-8.

Marazzo JM. Evolving issues in understanding and treating bacterial vaginosis. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2004b;2:913-22.

Marrazzo JM, Coffey P, Bingham A. Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2005;37:6-12.

Marazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou Test Screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health*. 2001;91(6):947-52.

Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRJM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1335-42.

Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Ministério da Saúde (BR). *Chegou a hora de cuidar da saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Ministério da Saúde (BR). Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais*. *Rev Saúde Pública*. 2008;42:570-3.

Ministério da Saúde (BR). Campanhas do governo para prevenção [Internet]. Brasília; 2012a [citado 27 Mar 2017]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/campanhas?page=1>

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de atenção básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2836, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

Ministério da Saúde (BR)b. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília; 2013b. (Cadernos de atenção básica).

Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST/aids e Hepatites Virais. Portal da Saúde. Ministério da Saúde promove uso do insumo no dia mundial do preservativo [Internet]. Brasília; 2016a [citado 21jul 2017]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2238

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico- aids e IST. Brasília: Ministério da Saúde; 2016b

Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecção sexualmente transmissíveis. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, aids e Hepatites Virais; 2016c.

Ministério da Saúde (BR). Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016d.

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@, região de São Paulo. Rio de Janeiro; 2010 [citado 17 Jul 2017]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=350750&idtema=90&search=sao-paulo|botucatu|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-caracteristicas-da-populacao->

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades região de São Paulo. Rio de Janeiro; 2016a [citado 17 Jul 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sp/botucatu/panorama>

Mello APL. Apresentação da pesquisa: panorama da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: um olhar a partir do discurso de profissionais de saúde da família. In: Relatório da Oficina Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 19-23.

Mora C, Monteiro S. Vulnerability to STIs/HIV: sociability and the life trajectories of young women who have sex with women in Rio de Janeiro. *Cult Health Sexual*. 2010;12:115-24.

Moraes L, Esteves MC. Práticas sexuais de mulheres lésbicas e bissexuais e a relação com a prevenção das DST/HIV/aids. In: Anais do Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades; 4-6 Set 2011; Salvador, Brasil. Salvador: Universidade do Estado da Bahia; 2011. p. 1-10.

Muzny CA, Sunesara IR, Martin DH, Mena LA. Sexually transmitted infections and risk behaviors among African american women who have sex with women: does sex with men make a difference? *Sexy Transm Dis*. 2011;38:1118-25.

Myer L, Denny L, Telerant R, Souza MD, Wright TC Jr, Kuhn L. Bacterial vaginosis and susceptibility to HIV infection in South African women: a nested case-control study. *J Infect Dis*. 2005;192:1372-80.

Nardis C, Mosca L, Mastromarino P. Vaginal microbiota and viral sexually transmitted diseases. *Ann Ig*. 2013;25:443-56.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. O conceito de “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16:1326-30.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryscek ALPL, Araújo NVD, Padoveze MC, Ciosak SI, et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. *Rev Esc Enferm*. 2011;45:1769-73.

Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol*. 1991;29:297-301.

Osís MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998;14:25-32.

Paiva V. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e Direitos Humanos*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 165-207.

Pinto VM, Tancredi MV, Tancredi Neto A, Buchallad CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behavior among women who have sex with women. *aids*. 2005;19:64-9.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids - UNAIDS. Women and HIV/aids: Advocacy, Prevention and Empowerment [Internet]. 2004 [citado 27 Jul 2017]. Disponível em: http://www.un.org/events/women/iwd/2004/aids_backgrounder.pdf

Rocha PR, David HMSL. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):129-35.

Rodrigues JL, Schor N. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais. In: Anais Eletrônicos do 9º. Seminário Internacional Fazendo Gênero: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos [Internet]; 23-26 Ago 2010; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010. p. 1-11 [citado 13 Jan 2017]. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278277959_ARQUIVO_trabalhocomplet oJulliana.pdf.

Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF, Nobrega SM. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/aids: estudo de representações sociais. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):349-55.

Rowen TS, Breyer BN, Linc TC, Lid CS, Robertson PA, Shindele AW. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;120:42-5.

Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. *Ciênc Saúde Colet*. 2007;12(2):319-24.

Santos NJS, Barbosa RM, Pinh AA, VillelaWV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saúde Pública*. 2009;25:231-333.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41:797-807.

Secretaria de Assistência Estudantil. Pergunta e resposta sobre a definição da classe média [Internet]. 2012 [citado 28 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.sae.gov.br/wp-content/uploads/Perguntas-e-Respostas-sobre-a-Defini%C3%A7%C3%A3o-da-Classe-M%C3%A9dia.pdf>

Silva SM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Enferm USP*. 2009;43(2):401-6.

Simões JA, Discacciati MG, Brolazo EM, Portugal PM, Dini DV, Dantas MC. Clinical diagnosis of bacterial vaginosis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006;28:32-94.

Solarz AL, editor. Lesbian health: current assessment and directions for the future [Internet]. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999 [citado 12 Mar 2017]. Disponível em: <https://books.google.com.br/>

Solomon D, Nayar R. The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology. New York: Springer-Verlag; 2004. p. 191.

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

Tat AS, Marazzo JM, Graham SM. Women who have sex with women living in low- and middle-income countries: a systematic review of sexual health and risk behaviors. *LGBT Health*. 2015;2:91-104.

Valadão RC, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis Rev Saúde Colet*. 2011;21:1451-67.

Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014;22(44):203-20.

Xiao-Fang W, Norris JL, Ying-Jie L, Reilly KH, Ning W. Health-related attitudes and risk factors for sexually transmitted infections of Chinese women who have sex with women. *Chin Med J*. 2012;125:2819-25.

Wiesenfeld HC, Hillier SL, Krohn MA, Landers DV, Sweet RL. Bacterial vaginosis a strong predictor of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* infection. *Clin Infect Dis*. 2003;36:663-8.

WHO. Recognizing adolescence [Internet]. 2014 [citado 17 jul 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>

Zariffard MR, Saifuddin M, Sha BE, Spear GT. Detection of bacterial vaginosis-related organisms by real-time PCR for *Lactobacilli*, *Gardnerella vaginalis* and *Mycoplasma hominis*. *FEMS Immunol Med Microbiol*. 2002;277:281-34.

APÊNDICES

Apêndice I



Projeto
Cuidando da
Saúde da Mulher
que faz sexo com
Mulher

Sigilo absoluto da identificação de cada Mulher

Você se beneficiará com as orientações importantes para sua saúde e exames preventivos!!!

CHEGOU A HORA DE CUIDAR DA SUA SAÚDE

O Projeto é para:
Mulher que gosta de Mulher e Mulher que gosta de Mulher e Homem.

As mulheres que têm relação sexual com mulheres não se acham em risco para adquirir algumas **Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)**, por isso o Projeto vem para proporcionar a essas Mulheres a oportunidade ímpar de cuidar da sua saúde com exames importantes e alguns não são encontrados na rede pública e nem particular.

PARTICIPE!!!!
Convide suas amigas, namoradas, parceiras...

AGENDE O SEU HORÁRIO

Whatsapp:(14)99707-7671

ou
Entre em contato
(14) 3811-1125
(14) 98126-8121 (tim)
(14) 99602-8252 (vivo)
(14) 99147-0880 (claro)

Quer participar?
Conhecer melhor o projeto?

e-mail: projetoctsm@gmail.com
www.facebook.com/cuidadosaudedamulher

Apêndice II



Sigilo absoluto da
identificação de cada Mulher

Quer participar ????
Conhecer melhor o projeto???

contato:
(14)3811-1125 (14) 99602-8252(vivo)
(14) 98128-8121 (tim) (14) 991470880(claro)
E-mail: projetoSMS@gmail.com
<https://www.facebook.com/cuidandodasaudedamulher>

Você se beneficiará com **orientações importantes**
para sua saúde e **exames preventivos!!!**

Local: Espaço Saúde, ao lado do SAMU. Avenida 323, Centro. Botucatu-SP.

Whatsapp: (14) 99707-7671

Apêndice III

Número: _____

Instrumento de Coleta de Dados

Entrevistador: _____ Coletor: _____

Nome: _____ MAT: _____

Contato: (1) Endereço: _____ Municipio _____

(2) Telefone: _____ (3) E-mail: _____

Se não aceitou participar de alguma parte da pesquisa, por qual motivo você não quer participar dessa parte da pesquisa?

_____**1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS****Qual sua idade?** _____ anos DN: ____/____/_____**Qual sua cor? (0) Branca (1) Preta (2) Amarela (3) Parda (4) Indígena****Até que série estudou? Escolaridade (anos de estudo concluído):** _____**Qual seu estado civil? (0) casada no cartório (1) união estável (2) solteira (3) separada/divorciada (4) viúva****Tem alguma atividade remunerada (que ganha dinheiro)? (0) não (1) sim**

Qual sua ocupação? _____

Você tem previdência social? (aposentadoria, pensão e outras formas de benefícios recebidos) (0) não (1) sim

Qual a renda de sua família? Renda familiar- em salários mínimos-: R\$ _____**Qual o número de pessoas que dependem dessa renda?** _____

Qual sua religião? (0) católica (1) testemunha de Jeová (2) evangélico (3) kardecista (4) crê em Deus (5) outros _____

2 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Você frequenta algum serviço de saúde? (0) não (1) sim

Em qual (is) a(s) circunstância(s) você procura um serviço de saúde? _____

Apenas quando adocece ou sente algum desconforto? (0) não (1) sim**Para realização de exames e outras ações preventivas (ex: Papanicolaou, vacinação)? (0) não (1) sim****Para seguimento de tratamento de doença? (0) não (1) sim****Que tipo de serviço de saúde você frequenta? (0) particular (1) público (2) conveniado (3) nenhum****Se público: UBS (0) não (1) sim USF (0) não (1) sim serviço especializado (0) não (1) sim OS (0) não (1) sim não se aplica (0) não (1) sim****Você já encontrou alguma dificuldade quando procurou um serviço de saúde? (0) não (1) sim (2) não se aplica**
Quais foram essas dificuldades? (0) não se aplica _____**Você encontrou alguma dificuldade em relação aos profissionais de saúde que atenderam você? (0) não (1) sim (2) não se aplica. Quais foram essas dificuldades? (0) não se aplica** _____

Em que circunstâncias você acha que você deveria procurar um serviço de saúde? _____

Você acha que suas necessidades de saúde estão sendo satisfeitas pelos serviços de saúde? (0) não (1) sim

Se não, em que ponto não estão sendo satisfeitas?(0) não se aplica

Quando você procura o serviço de saúde diz que faz sexo com mulher? (0) não (1) sim

3 CONHECIMENTO SOBRE DST/aids

O que são doenças sexualmente transmissíveis? _____

Quais doenças sexualmente transmissíveis você conhece? _____

Como se pega uma doenças sexualmente transmissíveis? _____

Como elas podem se manifestar (sintomas)? _____

O que é aids? _____

Uma pessoa infectada pelo HIV tem aids? _____

Como o HIV pode ser transmitido? _____

Como se previne DST/aids? _____

Como ficou sabendo dessas informações? _____

4 CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

Você fuma? (0) não (1) sim* (uso pelo menos 1 vez nos últimos 12 meses) (2) ex-tabagista

Você faz uso de Maconha? (0) não (1) sim* Cocaína:(0) não(1) sim* Craque:(0) não (1) sim*

Você faz uso de álcool? (0) uso diário (1) 1 a 2 X/ semana (2) 3 a 4 X/semana (3) eventual(4) não usa

(*12 meses anteriores à inclusão no estudo) Outra droga(0) não(1) sim qual _____

5 COMPORTAMENTO SEXUAL

Com que idade você teve sua 1ª relação sexual? _____ anos

Como você se vê (identidade de gênero)? (0) como homem (1) como mulher (2) não definiu

Tem vida sexual ativa?(0) não (1) sim* (*pelo menos uma relação sexual nos últimos 12 meses)

Durante sua vida, você teve relações sexuais? (0) somente com mulheres (1) com homens e mulheres

Você teve alguma relação que não foi consentida por você?(0) não (1) sim, se sim (0) Homem ou (1) Mulher (2) não se aplica

No último ano você teve relações sexuais? (0) somente com mulheres (1) com homens e mulheres (2) somente com homens

Nos últimos 6 meses você teve relações sexuais?(0) somente com mulheres(1)com homens e mulheres(2)somente com homens

Quantas parcerias sexuais você teve na vida? __ (H) __ (M)(total de parcerias sexuais desde o início da atividade sexual)

Quantas parcerias sexuais você teve nos últimos 12 meses: __ (H) __ (M)

Quantas parcerias sexuais você teve nos últimos 3 meses: __ (H) __ (M)

Na sua vida, você teve que tipo de parcerias? (0) somente fixa (1) fixa e eventual (2) somente eventual

E no último ano?(0) somente fixa (1) fixa e eventual (2) somente eventual

E nos últimos 3 meses?(0) somente fixa (1) fixa e eventual (2) somente eventual

Hoje, você tem uma Parceria fixa? (0) não (1) sim. (companheira/companheiro, namorada/namorado, noiva/noivo, ficante)

Se sim, com: (0) homem (1)mulher (2) não se aplica

Você sabe se sua parceria feminina atual (se não tiver atual a última) tem relação sexual com homens?(0) não(1) sim

Você já fez sexo em troca de dinheiro, drogas ou algum benefício na vida?(0) não (1) sim

E no último ano? (0) não (1) sim

Você realiza ducha vaginal?(0) não (1) sim Produto: _____ Freqüência: _____

6 PRÁTICAS SEXUAIS

Quando faz sexo, você tem Penetração vaginal?(0) não (1) sim.

De que tipo? (1) somente faz- ativa (2) somente recebe- passiva (0) ambos- relativa

De que forma ocorre a penetração: (0) pênis (1) dedo (2) mão (3) acessórios (4) outros _____ (5) não se aplica

Que tipo de acessório usa?(0) não se aplica _____

Usa Preservativo nesse tipo de relação?(0) nunca (1) às vezes (2)em todas as relações (3)não se aplica

Por que não usa preservativo?(0) não se aplica _____

Faz uso de lubrificante nesse tipo de relação?(0) não (1) sim (2) não se aplica

Qual a freqüência desse tipo de relação sexual? _____ (por semana) _____(por mês) (0) não se aplica

Quando faz sexo, tem Penetração anal? (0) não (1) sim De que tipo?(0) ambos- relativa (1) somente faz- ativa (2) somente recebe- passiva (3) não se aplica

Qual é a forma de penetração: (0) pênis (1) dedo (2) mão (3) acessórios (4)outros _____ (5) não se aplica

Que tipo de acessório usa?(0) não se aplica _____

Usa Preservativo nesse tipo de relação?(0)nunca (1) às vezes (2)em todas as relações (3)não se aplica

Por que não usa preservativo?(0) não se aplica _____

Faz uso de lubrificante nesse tipo de relação?(0) não (1) sim (2) não se aplica

Qual a freqüência desse tipo de relação sexual? _____ (por semana) _____(por mês)

Você faz Sexo Oral na sua parceria? (0) não (1) sim

Usa Preservativo nesse tipo de relação?(0) nunca (1) às vezes (2) em todas as relações (3) não se aplica

Por que não usa preservativo?(0) não se aplica _____

Qual a freqüência desse tipo de relação sexual? _____ (por semana) _____(por mês) _____(outra freqüência)

Sua parceria faz Sexo Oral em você? (0) não (1) sim

Ela usa Preservativo nesse tipo de relação?(0) nunca (1) às vezes (2) em todas as relações (3) não se aplica

Por que não usa preservativo?(0) não se aplica _____

Outras práticas (Outra forma diferente de praticar o sexo):(0) não (1) sim _____

Compartilha acessórios sexuais? (0) não (1) sim (2) não se aplica

Usa preservativo no acessório? (0) não (1) sim (2) não se aplica

Tem relação no período menstrual? (0) não (1) sim. Se sim, em qual prática?(0) não se aplica _____

Usa preservativo nesta situação? (0) não(1) sim (2) não se aplica

Já usou o preservativo feminino?(0) nunca usou(1)experimentou (2) uso às vezes (3)regular (4)não conhece (5) não se aplica

Em qual tipo de sexo fez ou faz uso do preservativo feminino?(0) não se aplica _____

Você tem relação sexual após o uso de droga? (0) não (1) sim (2) não se aplica.

Você tem relação sexual após o uso de bebida alcoólica? (0) não (1) sim (2) não se aplica.

Tem prazer na relação sexual? (0) sempre (1) às vezes (2) nunca

Qual a prática que você sente maior prazer?(0) não se aplica _____

Você já sofreu preconceito por causa de sua orientação sexual?(0) não (1) sim

Conte-me como foi:(0) não se aplica _____

7 REPRODUÇÃO

Você menstrua? (Período da menacme) (0) não (1) sim

Você já entrou na menopausa?(Período pós-menopausa) (0) não (1) sim

Tem filhos?(0) não (1) sim quantos? _____ G P A C /adotado

Teve algum Aborto anterior?(0)não (1) sim(2)não se aplica/ Se sim? (0) espontâneo(1) provocado(2) não se aplica

Como foi concebido?(0)sexo com homem(1) autoinseminação (2) inseminação artificial(3) adotado(4) não se aplica

Atualmente, você deseja ter filhos? (0) não (1) sim

Quem engravidaria? (0) você (entrevistada)(1) sua parceria (2) não se aplica

Comovocêpensarealizaressedesejo?(0) sexo com homem(1) autoinseminação (2) inseminação artificial (3) adoção(4) não se aplica

Qual o método anticoncepcional que você utiliza? (0) hormonal (1) laqueadura (2) vasectomia (3) preservativo (4)

DIU (5) “tabelinha” (6) nenhum MAC (7) menopausa (8) histerectomia

8 DADOS CLÍNICOS

Qual a última vez que você procurou atendimento ginecológico? _____

Por que procurou? _____

Você já fez o exame de Papanicolaou? (0) não (1) sim

Se não, por quê? _____

Se sim, data do último Papanicolaou: _____ Resultado do último Papanicolaou:

_____ Com que frequência você realiza o Papanicolaou? (0) 2x/ ano (1) 1x/ano (2)a cada 2 anos (3) a cada 3 anos (4) raramente (5) não se aplica

Já teve alguma alteração no Papanicolaou?(Antecedente de lesão precursora ou neoplásica do colo uterino) (0) não (1) sim (2)não se aplica

Já fez algum procedimento devido essa alteração?(Antecedente de tratamento para lesão precursora ou neoplásica do colo uterino-conização, cirurg.. de alta freq., histerectomia e braquiterapia) (0) não (1) sim(2) não se aplica

Já realizou mamografia? (A partir de 50 anos)(0) não (1) sim (2) não se aplica

Se não, por quê?(0) não se aplica _____

Se sim, data da última mamografia: _____ Resultado da última mamografia: _____

Com que frequência você realiza a mamografia? (0) 2x/ ano (1) 1x/ano (2)a cada 2 anos (3) quando lembra (4) raramente-mais de 3 anos- (5)não se aplica

Sua vacina encontra-se em dia? (0) não (1) sim (2) não sabe (3) nunca tomou vacinas

Dupla Adulto: (0) esquema completo e reforço em dia (1) esquema completo e reforço atrasado (2) esquema incompleto (3) não vacinada (4) sem informação

Febre Amarela: (0) vacinada e em dia (1) vacinada e reforço atrasado (2) não vacinada (3) sem informação

SCR: (0) 1 dose (1) 2 doses (2) nenhuma dose (3) sem informação

Hepatite B: (0) esquema completo (1) esquema incompleto (3) não vacinada (4) sem informação

Já teve alguma de DST? (0) não (1) sim

(0) sífilis (1) gonorréia (2) tricomoníase (3) cerviciteclamidiana (4) herpes genital (5) condilomatose

(6) vesículas (7) feridas (8) não se aplica Região: (0) genital (1) oral (2) anal (3) não se aplica

Já fez coleta de sorologias para DST/aids anteriormente? (0) não (1) sim

Antes e após a coleta você recebeu informações sobre DST? Aconselhamento (0) não (1) sim (2) não se aplica

Você se considera uma pessoa de risco para adquirir DST? (0) não (1) sim. Por quê? _____

Você se considera uma pessoa de risco para adquirir aids? (0) não (1) sim. Por quê? _____

Tem alguma queixa ginecológica hoje? (0) não (1) sim. _____

Corrimento: (0) Não (1) Sim (2) não se aplica

Intensidade: (0) pouco (1) moderado (2) muito (3) não se aplica Aspecto: (0) Fluido (1) pastoso (2) bifásico (3)

outro: _____ (4) não se aplica Cor: (0) branco (1) amarelo (2) acinzentado (3) outro: _____ (4) não se aplica

Odor: (0) não (1) sim (2) às vezes (3) não se aplica Prurido: (0) não (1) sim (2) às vezes (3) não se aplica Ardor

genital: (0) Não (1) Sim (2) não se aplica Dor em baixo ventre: (0) Não (1) Sim (2) não se aplica Dor (profunda) à

relação sexual: (0) Não (1) Sim (2) não se aplica

EXAME DA CAVIDADE ORAL

Gengiva: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão. Características da lesão _____

Mucosa da bochecha: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão. Característica da lesão: _____

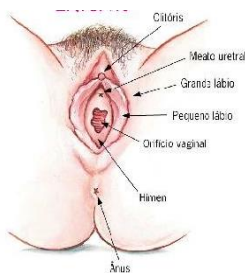
Palato anterior: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão. Característica da lesão: _____

Palato Posterior: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão. Característica da lesão: _____

Língua: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão. Característica da lesão: _____

EXAME GINECOLÓGICO

DURS: _____ DUM: ___/___/___



Exame:

Vulva: (0) sem alteração (1) lesão: _____ (2) hiperemia (3) escoriações

Vagina: (0) sem alteração (1) lesão: _____ (2) hiperemia (3) escoriações

Conteúdo vaginal: (0) não (1) sim Intensidade: (0) pouco (1) moderado (2) muito

Aspecto: (0) Fluido (1) pastoso (2) bifásico (3) outro: _____

Cor: (0) branco (1) amarelo (2) acinzentado (3) outro: _____

pH vaginal: _____ < 4.5 (0) não (1) sim Whiff test: (0) presente (1) ausente (2) duvidoso

Colo uterino: (0) epitelizado (1) ectopia JEC: _____ (2) friável (3) outros: _____

9 DADOS LABORATORIAIS

Resultado da CO: (0) dentro dos limites da normalidade (1) Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas) (2) Atipias de significado indeterminado em células escamosas (3) Atipias de significado

indeterminado em células glandulares (4) Atipias de origem indefinida (5) LSIL (6) HSIL (7) HSIL não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor (8) Adenocarcinoma *in situ* e invasor

Resultado do Gram:Flora I (0) não (1) sim;Vaginose bacteriana: (0) não (1) sim Flora II: (0) não (1) sim

Outras alterações de flora (ausência de microbiota, colapsos de flora não descritos como anormais): (0) não (1)sim

Candidose vaginal: (0) não (1) sim

Gonorreia: (0) não (1) sim **Tricomoniase:**(0) não (1) sim **C. trachomatis:** (0) não (1) sim **Sífilis:**(0) não (1) sim

Infecção pelo HPV: (0) não (1) sim

Genótipos: _____

Hepatite B: (0) não (1) sim **HIV positivo:** (0) não (1) sim

Resultado do exame da cavidade oral

Infecção pelo HPV: (0) não (1) sim

Genótipos: _____

Apêndice IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar da pesquisa “**Acesso a serviços de saúde e saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres**”, que objetiva analisar aspectos da saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres e, assim, contribuir para o estabelecimento de políticas e práticas de cuidados voltados à atenção integral a saúde desse grupo populacional. Esta pesquisa é coordenada pela Profa. do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP **Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte**. A pesquisa contempla três subprojetos, a saber:

Subprojeto I: “Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres residentes em município do interior paulista”, cujo objetivo é analisar a vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às doenças sexualmente transmissíveis/aids, a ser desenvolvido pelas pesquisadoras Sra. Juliane Andrade e Profa. Dra. Ilda de Godoy.

Subprojeto II: “Prevalência de infecções do trato genital inferior feminino e fatores associados em mulheres que fazem sexo com mulheres”, que objetiva conhecer a prevalência de infecções genitais em mulheres que fazem sexo com mulheres, a ser desenvolvido pela **enfermeira Mariana Alice de Oliveira Ignácio**.

Subprojeto III: “Necessidades de saúde e acesso a serviços de mulheres que fazem sexo com mulheres”, que tem por objetivo analisar como é o acesso aos serviços de saúde e quais são as necessidades de saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres, a ser desenvolvida pela **enfermeira Ana Paula Freneda de Freitas**.

Sua participação implicará em responder as questões da entrevista que durará em média 20 minutos, e submeter-se a exame ginecológico, da boca e a coleta de sangue para realização dos exames sorológicos para HIV, sífilis, Hepatite B e C, que durarão em média 30 minutos e serão realizados pelas pesquisadoras. Para o exame ginecológico, será necessário a introdução de um aparelho de metal, estéril, conhecido como “bico de pato” (espéculo), que afastará as paredes vaginais, a fim de permitir a visualização das mesmas e do colo do útero, bem como a coleta de amostras (secreção) para exames laboratoriais. O material da parede vaginal e do colo do útero será coletado por meio de um cotonete, para verificação da presença de microorganismos que causam doenças. Será, também, realizada coleta de material com uma espátula de madeira (tipo palito de sorvete) e escovinha para fazer o exame de Papanicolaou. A coleta do material da boca será feita com uma escovinha. A coleta do sangue será feita com seringa e agulha descartável.

Pelo presente instrumento, eu, _____ devidamente, esclarecida, ciente dos procedimentos aos quais serei submetida, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, e ciente, também, de que as informações serão utilizadas exclusivamente pelas pesquisadoras, que manterão sigilo sobre minha identidade, e que as mesmas estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas e de que **posso retirar este consentimento a qualquer hora sem prejuízo do meu atendimento na rede pública de Botucatu**, firmo meu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa proposta.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

Botucatu, _____ de _____ de 20__

Assinatura da paciente

Juliane Andrade
Avenida Santanna 323, Centro, Botucatu-SP
Fone: (14) 38111125, 981288121
e-mail: projetocmsm@gmail.com

Ana Paula Freneda de Freitas
Rua João Gotardi 392, Vila Ferroviária, Botucatu-SP. Fone:
(14) 996028252
e-mail: projetocmsm@gmail.com

Mariana Alice de Oliveira Ignácio
Rua Jorge Venancio 161, Parque Marajoara, Botucatu-SP
Fone: (14) 991470880
e-mail: projetocmsm@gmail.com

Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Rua Itagiba de Moraes Pupo, 41
Jardim Alvorada cep:18650-000 São Manuel/sp
Fone: (14) 996058319
e-mail: mtduarte@fmb.unesp.br