



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

Ana Beatriz Henrique Parenti

**Conhecimentos e práticas de prevenção de infecções
sexualmente transmissíveis e aids de mulheres que fazem
sexo com mulheres**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Botucatu
2021

Ana Beatriz Henrique Parenti

Conhecimentos e práticas de prevenção de infecções
sexualmente transmissíveis e aids de mulheres que fazem
sexo com mulheres

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa.Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Botucatu
2021

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

Parenti, Ana Beatriz Henrique.

Conhecimentos e prática de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e aids de mulheres que fazem sexo com mulheres / Ana Beatriz Henrique Parenti. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Capes: 40602001

1. Homossexualidade feminina. 2. Vulnerabilidade em saúde. 3. Doenças sexualmente transmissíveis. 4. AIDS (Doença) - Transmissão.

Palavras-chave: Aids; Conhecimento; Homossexualidade feminina; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Vulnerabilidade.

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Professora Marlí Cassamassimo Duarte, idealizadora desse projeto de grande relevância para à saúde das mulheres que fazem sexo com mulheres, por todo aprendizado, tempo disponibilizado, discussões, conselhos e acima de tudo, todo o carinho e amor com que se disponibiliza a ensinar. Espero poder transmitir para as futuras gerações de enfermeiros e profissionais de saúde, tudo que aprendi com você durante esses anos, você é uma inspiração para mim.

À minha amada filha Manuela que me acompanha em todas as jornadas, que me ensina a ser melhor a cada dia e que faz cada minuto de esforço valer a pena.

Ao meu melhor amigo, meu grande amor, meu companheiro, cúmplice, Vinícius que enfrentou essa dura jornada ao meu lado. Que vencamos todas as batalhas juntos.

A todas as Pesquisadoras, Mariana Alice Oliveira Ignácio, Thayná Buesso, Julia Morales, Margareth Santine de Almeida, Ana Teresa de Abreu Cerqueira Ramos, que contribuíram de alguma forma para a realização desta pesquisa e me auxiliaram em todos os momentos. Obrigada pela disponibilidade.

À Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva - Upesc, pelo auxílio na organização e revisão dos dados.

Ao Centro de Saúde Escola - CSE, onde tive a oportunidade de desenvolver a pesquisa aqui descrita com o apoio de toda sua infraestrutura e profissionais.

A todos os Professores do Programa de Saúde Coletiva que contribuíram para que eu me tornasse uma Enfermeira Sanitarista. Que eu possa honrar esse título contribuindo para fortalecer a Saúde Pública do nosso país.

As minhas amigas Izis e Tatiana que estiveram ao meu lado durante o Mestrado, que me deram suporte e apoio e que se fizeram presentes durante momentos de alegrias e angústias.

TEMPO DE TRAVESSIA

“Há um tempo em que é preciso
abandonar as roupas usadas,
que já tem a forma do nosso corpo
e esquecer os nossos caminhos que
nos levam sempre aos mesmos lugares.

É o tempo da travessia:
E, se não ousarmos fazê-la,
teremos ficado para sempre
à margem de nós mesmos”

Fernando Pessoa

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CSE	Centro de Saúde Escola
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
GLBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais
FAPESP	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MS	Ministério da Saúde
MSH	Mulheres que fazem sexo com homens
MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNSILBGT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
SDH	Secretaria de Direitos Humanos
SENALE	Seminários Nacionais de Lésbicas
SPM	Secretaria de Política para Mulheres
SRQ-20	Self Reporting Questionnaire
STD-KQ	Sexually Transmitted Diseases – Knowledge Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPESC	Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva
USF	Unidade de Saúde da Família

RESUMO

PARENTI, A.B.H. **Conhecimentos e práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e aids de mulheres que fazem sexo com mulheres.** 2021. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021.

Escassos estudos que abordaram conhecimentos e práticas de prevenção e fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis e aids (IST/aids) em mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) apontam níveis insuficientes de conhecimentos, tornando-as mais vulneráveis a aquisição dessas infecções. Considerando-se que, embora a informação não seja o único determinante para a proteção, ela se constitui em importante componente para a adoção de comportamentos sexuais mais seguros e a limitação de estudos sobre esta temática, propôs-se a presente investigação. Objetivo: Estudar a associação entre parceria sexual e conhecimentos sobre IST/aids e uso inconsistente de preservativos de MSM. Método: estudo transversal, analítico, que compõe pesquisa mais ampla sobre vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres a agravos relacionados à saúde mental, sexual e reprodutiva e situação de violência, desenvolvido no município de Botucatu/SP. A amostra intencional foi composta por 260 mulheres divididas em dois grupos: 81 mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) e 179 mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens (MSH). Os dados foram obtidos entre maio de 2019 e novembro de 2020, por meio de aplicação de formulário que investigou características sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento/ práticas sexuais e de proteção, clínicas, acesso a serviços de saúde e dos instrumentos: Sexually Transmitted Diseases – Knowledge Questionnaire (STD-KQ), Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) e Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Para estudar a associação entre parceria sexual e uso inconsistente de preservativo e baixo nível de conhecimento sobre IST/aids (escore de conhecimento do STD-KQ abaixo de 50% de acertos) foram ajustados modelos de regressão múltipla de Cox, sendo consideradas significativas as associações com $p < 0,05$. O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu -UNESP (Parecer nº 3.320.951). Resultados: Observou-se que maior proporção de MSH tinha alguma religião (71,5% vs 53,1%; $p < 0,004$) e fazia uso consistente de preservativos nas práticas penetrativas (22,3% vs 4,0%; $p < 0,001$), ao passo que, maior proporção de MSM fazia uso de tabaco (54,3% vs 26,2% ; $p = 0,000$), de drogas ilícitas nos últimos 12 meses (56,8% vs 33,5%; $p = 0,000$), uso abusivo de álcool (54,3% vs 36,9%; $p = 0,008$), uso de acessórios sexuais (33,3% vs 10,1%; $p < 0,001$), apresentava mais transtorno mental comum (43,2% vs 25,7%; $p = 0,005$), tinha realizado menos consulta ginecológica no último ano (53,1% vs 68,2%; $p = 0,019$), retirado menos dúvidas e recebido menos informação sobre IST nos serviços de saúde (43,2% vs 62,6%; $p = 0,005$ e 40,7% vs 60,8%; $p = 0,003$), respectivamente. A mediana do percentual de acerto das questões do STD-KQ das MSM foi inferior à das MSH [68% (18-96) vs 75% (14-96); $p = 0,023$]. Fazer sexo com mulher associou-se independentemente ao baixo conhecimento sobre IST/aids [RP=2,36(1,05-5,31); $p = 0,038$]. A prevalência de uso inconsistente de preservativos nas práticas penetrativas foi de 83,1%, sendo mais elevada entre as MSM comparadas às MSH (96,0% vs 77,7%, $p = 0,000$), entretanto, não se associou a parceria sexual com mulheres. **Conclusão:** Fazer sexo com mulher associou-se ao baixo conhecimento sobre IST/aids e não se associou ao uso inconsistente de preservativos. MSM apresentaram maior prevalência de baixo conhecimento sobre IST/aids e de uso inconsistente de preservativos nas práticas penetrativas.

Descritores: Conhecimento; Infecções Sexualmente Transmissíveis; aids; Homossexualidade Feminina; Vulnerabilidade

ABSTRACT

PARENTI, A.B.H. **Knowledge and practice of preventing sexually transmitted infections and AIDS in women who have sex with women.** 2020. Dissertation (Mester Degree) – Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo State University - Unesp, Botucatu, 2021.

Few studies addressing knowledge, prevention practices, and factors associated with sexually transmitted infections (STIs) and AIDS in women who have sex with women (WSW) point to insufficient levels of knowledge, making them more vulnerable to acquiring these infections. Although information is not the only element for protection, it represents a significant factor for the adoption of safer sexual behaviors and limitation faced of research was proposed this present investigate. Goal: To study the association between sexual partnership and knowledge on STIs/AIDS and inconsistent condom use of WSW. Method: cross-sectional, analytical study that comprises a broader research on the vulnerability of WSW to problems related to mental, sexual, and reproductive health and situation of violence, conducted in Botucatu, SP. The intentional sample consisted of 260 women divided into two groups: 81 WSW and 179 women who have sex exclusively with men (WSM). Data were obtained between May 2019 and November 2020 applying a form that investigated sociodemographic characteristics, substance use, sexual and protective behavior and practices, clinical features, access to health services and instruments: Sexually Transmitted Diseases - Knowledge Questionnaire (STD-KQ), Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), and Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). To study the association between sexual partnership and inconsistent condom use and low level of knowledge on STI/AIDS (STD-KQ knowledge score below 50 % of correct answers), Cox multiple regression models were adjusted, with significant associations those with $p < 0.05$. The research project received a favorable opinion from the Research Ethics Committee of Botucatu Medical School FMB-Unesp No. 3,320,951. Results: It was observed that a higher proportion of WSM had some religion (71,5% vs 53,1%; $p = <0,004$) and consistent condom use in penetrative practices (22,3% vs 4,0%; $p = 0,000$), while greater proportion of WSW used of tobacco (54,3% vs 26,2%; $p = 0,000$), of illicit drugs in the last 12 months (56,8% vs 33,5%; $p = 0,000$), abuse of alcohol (54,3% vs 36,9%; $p = 0,008$), use of sexual accessories (33,3% vs 10,1%; $p = <0,001$), had more common mental disorder (43,2% vs 25,7%; $p = 0,005$), had less gynecological consultation in the last year (53,1% vs 68,2%; $p = 0,019$), removed less doubts and less information about STI in health services (43, 2% vs 62,6%; $p = 0,005$ and 40,7% vs 60,8%; $p = 0,003$), respectively. The median percentage of correct answers for the STD-KQ questions for the WSW was lower than the WSM [68,0% (18-96) vs 75% (14-96); $p = 0,023$]. Having sex with a woman was independently associated with low knowledge about STI/aids [PR = 2,36 (1,05-5,31); $p = 0,038$]. The prevalence of inconsistent condom use in penetrative practices was 83,1%, being higher among WSW compared to WSM (96,0% vs 77,7%, $p = 0,000$), however, sexual partnership with women was not associated. Conclusion: Having sex with a woman was associated with low knowledge on STI/aids and was not associated with inconsistent use of condoms. WSW showed a higher prevalence of low knowledge on STI/aids and inconsistent use of condoms penetrative practices.

Key Words: Knowledge; Sexually-transmitted Infection; aids; female homosexuality; vulnerability

SUMÁRIO

RESUMO	07
ABSTRACT	09
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Movimentos sociais e políticas públicas brasileiras voltadas a mulheres que fazem sexo com mulheres	14
1.2 Saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres	20
1.3 Conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis e aids e uso de preservativos por mulheres que fazem sexo com mulheres	23
2. OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo geral	26
2.2 Objetivos específicos	26
3. MÉTODO	27
3.1 Desenho e campo do estudo	27
3.2 Participantes do estudo, critérios de inclusão e exclusão	28
3.3 Obtenção dos dados	30
3.4 Variáveis em estudo	32
3.5 Análise dos dados	33
3.6 Procedimentos Éticos	34
3.7 Financiamento	34
4. RESULTADOS	35
4.1 Características sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento/ práticas sexuais, clínicas e acesso a serviços de saúde de MSM e MSH	35
4.2 Conhecimento de MSM e MSH sobre IST/aids	38
4.3 Parceria sexual e conhecimentos sobre IST/aids	41
4.4 Prevalência de uso inconsistente de preservativo e a nas práticas penetrativas e associação com a parceria sexual	44
5. DISCUSSÃO	47
6. CONCLUSÃO	54
7. REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	

Lista de Tabelas

- Tabela 1.** Características sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento/práticas sexuais, clínicas e acesso a serviços de saúde de MSM e MSH. Botucatu, 2019-2020
- Tabela 2.** Número e proporção de acertos de conhecimentos sobre IST/aids (STD-KQ) de MSM e MSH. Botucatu, 2019-2020
- Tabela 3.** Associações bivariadas para explicar a prevalência de baixo conhecimento sobre IST/aids de MSM e MSH. Botucatu, 2019-2020
- Tabela 4.** Regressão logística multivariada da associação entre parceria sexual e baixo conhecimento sobre IST/aids. Botucatu, 2019-2020
- Tabela 5.** Associações bivariadas para explicar a prevalência de uso inconsistente de preservativo. Botucatu, 2019-2020

Lista de Quadros

Quadro 1. Forma de captação da amostra. Botucatu, 2019-2020

APRESENTAÇÃO

Meu lugar de fala neste cenário dá-se através da sororidade de uma mulher, feminista, mãe, apoiadora da luta pelos direitos das mulheres, enfermeira e pesquisadora que, se propõe contribuir, a partir da produção de conhecimento científico, com a efetivação de políticas públicas para a promoção da saúde de mulheres.

Venho estudando a saúde sexual e reprodutiva de mulheres desde a graduação, sendo minha primeira aproximação a partir da iniciação científica, com projeto de pesquisa que buscou compreender o autocuidado de pacientes vivendo com HIV/aids. Posteriormente, me dediquei a estudar infecções genitais em mulheres e a presente pesquisa me aproximou da saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres.

Diante desse contexto, enquanto pesquisadora e enfermeira assistencial, pude vivenciar abordagens heteronormativas dentro dos serviços de saúde, durante os atendimentos de rotina, bem como, observar as lacunas de conhecimento sobre prevenção de IST/aids, tanto das usuárias, quanto dos profissionais que as atendiam. Assim, vejo neste trabalho a oportunidade de construir novos cenários, por meio do aumento do conhecimento acerca desta temática.

1. INTRODUÇÃO

A presente investigação tem como foco a compreensão acerca do conhecimento e das práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e aids de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), com o intuito de subsidiar políticas públicas para a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no que diz respeito à equidade e integralidade do cuidado, além de contribuir para a visibilidade social e reconhecimento dos direitos das mulheres homo e bissexuais.

Faz-se fundamental iniciar o desenvolvimento dessa temática deixando clara a escolha pelo emprego de parceria sexual ao invés de orientação ou identidade sexual. As práticas sexuais entre mulheres são diversas durante a vida, independente da orientação e identidade sexual, requerendo-se que ações de prevenção às IST/aids nesta população priorizem a história sexual (MORA; MONTEIRO, 2010).

Assim, as pesquisas com mulheres e IST (BERTOLIN et al., 2010; GORGOS; MARRAZZO, 2011; OLIVEIRA, 2016; RUFINO, et al., 2018) têm utilizado o termo “mulher que faz sexo com mulher”, independentemente da orientação/identidade sexual e também foi adotada na presente investigação, sem que se deixe de reconhecer a luta histórica de mulheres lésbicas e bissexuais por garantia de direitos, e visibilidade nas políticas públicas e identitária.

1.1 Movimentos sociais e políticas públicas brasileiras voltadas a mulheres que fazem sexo com mulheres

A trajetória dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres no Brasil é marcada por permanências e rupturas, principalmente no que diz respeito à visibilidade dos movimentos de mulheres lésbicas, permanecendo, atualmente, escassos os estudos sobre essa população (TAT et al, 2015).

O início do reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres no Brasil, ocorreu há menos de quarenta anos, mais precisamente em 1984 com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (D'OLIVEIRA, 1999). Anteriormente, a assistência prestada às mulheres era dirigida prioritariamente para o acompanhamento pré-natal, ao parto e puerpério (OSIS, 1998; LEÃO; MARINHO, 2002). O PAISM propôs uma abordagem integral da mulher, incorporando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde em todos os períodos de vida, porém não contemplou a saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres (OSIS, 1998; LEÃO; MARINHO, 2002).

Em meados da década de 1990, entrou na agenda política brasileira, ainda que de maneira sutil, ações relacionadas à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, realizadas majoritariamente de maneira descentralizada por organizações da sociedade civil ou em conjunto com programas estatais, como o Programa de DST/Aids. Apesar de o movimento de lésbicas ter surgido no Brasil no mesmo período em que o movimento gay, este permaneceu restrito a poucos grupos espalhados pelo país (BARBOSA; KOYAMA, 2006).

O Programa Nacional de DST/Aids foi o principal programa de interlocução com a sociedade civil, criando em 1996 um grupo matricial para discutir a saúde de lésbicas, constituindo-se em um marco para a produção dos primeiros encontros do movimento de lésbicas, bem como capacitações, materiais educativos, e realização de pesquisas. Com o apoio do programa, surgiram os Seminários Nacionais de Lésbicas (SENALE), realizado pela primeira vez na cidade do Rio de Janeiro e estabelecendo o dia de sua realização, 29 de agosto, como o Dia Nacional da Visibilidade Lésbica. Estes vieram a ser propulsor da emergência e fortalecimento de lideranças em âmbito nacional, transformando-se ao longo dos anos no principal evento de lésbicas e bissexuais no Brasil, alterando sua nomenclatura ao final do encontro realizado em 2014 para SENALESBI - Seminários Nacionais de Lésbicas e Bissexuais (LE MOS, 2014).

No ano de 2001, o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT) foi criado, desenvolvendo ações para o combate à discriminação por orientação sexual, tendo maior enfoque às demandas das mulheres com a concepção da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, que elaborou em 2003 o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), o qual priorizava ações educacionais para a equidade de gênero, raça, etnia e orientação sexual (BRASIL, 2004c).

Ainda em 2003, foi lançado pelo Ministério da Saúde (MS) o manual “Políticas e Diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres” (BRASIL, 2003), com o intuito de sensibilizar gestores e profissionais da saúde na compreensão da dinâmica das relações de gênero e sexualidade, frente a epidemia de aids entre as mulheres, considerando que no início desta, a preocupação sobre transmissão e prevenção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/aids foi direcionada à homossexualidade masculina (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

No ano seguinte, em 2004, a Secretaria Especial de Direitos Humanos lançou o “Brasil Sem Homofobia”, um programa de combate à violência e à discriminação contra gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais (GLBT), com o objetivo de promover a cidadania desta população, visando à igualdade de direitos, o combate à violência e à discriminação homofóbica, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais, bem como estimulou ações específicas para oportunizar a inserção de mulheres lésbicas no centro de políticas e equipamentos públicos de combate à violência contra a mulher, como as Delegacias Especializadas (BRASIL, 2004a).

Orientações de cuidado voltado às mulheres lésbicas e bissexuais foram contempladas com o livreto educativo “Chegou a hora de cuidar da saúde – um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais” (BRASIL, 2006), lançado após preocupação apontada pela Política

Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, com o intuito de ampliar conceitos de saúde da população feminina, incluindo os grupos tradicionalmente excluídos, como mulheres com práticas homossexuais, negras, trabalhadoras rurais, indígenas e em situação de prisão (BRASIL, 2004b).

Em 2008, aconteceu em Brasília a 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, constituindo-se em um marco. Nesta ocasião, foi aprovado documento que formalizava as principais exigências dessa população (BRASIL, 2008), bem como a criação do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT. Além disso, é nessa conferência que ocorre a alteração da sigla GLBT para LGBT, justamente tendo em vista a necessidade de aumentar a visibilidade da população lésbica (FACCHINI, 2009; BRASIL, 2009b).

Assim, em 2010, o MS lança o Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo ações de promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT (BRASIL, 2009a) e, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT), após a 2ª Conferência de Políticas Públicas de Direitos Humanos de LGBT, trazendo como objetivo utilizar mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde dessa população, oferecendo assistência integral no âmbito das IST, a fim de garantir os direitos sexuais e reprodutivos dessa população (BRASIL, 2013b).

Os direitos sexuais referem-se ao exercício e fornecimento de informações sobre formas de expressão sexual, de modo livre, sem violência, por todas as pessoas. Direito reprodutivo relaciona-se à autonomia de homens e mulheres na decisão de ter ou não filhos, como também do número de filhos que desejam ter e quando tê-los (CAMPOS et al., 2009).

Apesar do direito das mulheres lésbicas e bissexuais ser assegurado na saúde com a

implementação da PNSILGBT, observam-se dificuldades dessa população, desde o acesso aos serviços de saúde, até a concretização dos cuidados (BARBOSA et al., 2006; BARBOSA; FACCHINI, 2009), pois ainda há invisibilidade no que concerne à sexualidade, principalmente de MSM.

Com vistas a promover maior visibilidade desse público e auxiliar na compreensão e manejo do acolhimento dessas mulheres, o MS apresenta em 2013 a cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social” (BRASIL, 2013a), com o intuito de destacar a importância da participação social na conquista de direitos e cidadania, especificamente das mulheres lésbicas e bissexuais, de empoderar a cidadania feminina e sensibilizar gestores e trabalhadores da saúde sobre questões específicas da saúde dessas mulheres.

Em 2014, foi realizada a Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, promovida pela Secretaria de Política para Mulheres (SPM) e pelo MS, com a participação de ativistas e gestores. Seu objetivo foi aprofundar conteúdos para desenvolver materiais voltados aos profissionais de saúde, para a promoção e atenção integral desse grupo (BRASIL, 2014).

Como mais uma etapa da campanha “Políticas de equidade para tratar bem de todos”, em novembro de 2015, o MS em parceria com a SPM e com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH), lançou a campanha “Cuidar da Saúde de Todas Faz bem para a Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais, Faz bem para o Brasil”, buscando um cuidado em saúde inclusivo, qualificado e com garantia de acesso aos serviços de saúde, sem preconceitos. Na mesma campanha foi lançado o *site* Saúde LGBT, com diversas informações, estratégias, ações e legislações sobre o grupo (BRASIL, 2016a).

Em 2016, realizou-se a 3ª Conferência de Políticas Públicas de Direitos Humanos de

LGBT trazendo o tema “Por um Brasil que criminalize a violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”, onde foram discutidas políticas públicas abordando a violência contra a população LGBT, com intenção de propor estratégias, associá-las e integrá-las ao Sistema Nacional de Promoção da Cidadania e Enfrentamento à Violência (BRASIL, 2016b). Neste mesmo ano, o MS lançou o Protocolo da Atenção Básica da Saúde da Mulher, abordando a necessidade dos profissionais de saúde se atentarem às vulnerabilidades da população lésbica e bissexual (BRASIL, 2016d).

Entretanto, no ano de 2017 o *Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (UNAIDS) lançou a agenda “Zero Discriminação em Serviços de Saúde”, um manual que apresenta um plano de ação a ser desenvolvido através de parceria entre governo, sociedade civil, universidades e Nações Unidas para o alcance efetivo da zero discriminação nos serviços de saúde (BRASIL, 2017b), porém com pouca ou quase nenhuma ação voltada para mulheres lésbicas e bissexuais.

Estava prevista a 4ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos LGBT, com o tema "A Garantia do Direito à Diversidade Sexual e de Gênero para a Conquista da Democracia" para o ano de 2019 (BRASIL, 2018b), que teria como objetivo o fortalecimento da participação social dessa população e avaliar a efetividade das políticas públicas vigentes. Porém, está não se concretizou e ainda não apresenta data para sua realização.

Outro retrocesso nas políticas para a população LGBT trata-se da Lei nº13.844/19, que exclui essa população das políticas e diretrizes que são voltadas aos direitos humanos, assim como foi excluída a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão do Ministério da Educação (SECADI), que era responsável por ações de diversidade, étnico raciais e de direitos humanos, a qual fazia parte do Ministério da Educação (BRASIL, 2019).

1.2 Saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres

Apesar dos avanços na esfera das políticas públicas para a população LGBT, estudos nacionais (MARQUES et al., 2013; ROGES et al., 2015) e internacionais (KOH et al., 2014; GAHAGAN et al., 2018) apontam dificuldades no relacionamento do profissional de saúde com esta população, uma vez que a cultura da heteronormatividade acaba se sobrepondo às necessidades específicas desse grupo (VALADÃO, GOMES, 2011), sendo a população que se refere como homoafetiva a que apresenta maiores dificuldades.

Estudos apontam que MSM realizam menos exames de rotina e de prevenção, principalmente os ginecológicos (BARBOSA; KOYAMA, 2006; BARBOSA; FACCHINI, 2006; RUFINO et al., 2018). Esse fato pode ser atribuído por sentirem preconceito dos profissionais de saúde ao revelarem sua orientação sexual e também por acharem, erroneamente, que possuem menor risco de adquirir IST (RODRIGUES et al., 2010; ROGES et al., 2015;).

Ressalta-se que as MSM apresentam vulnerabilidades às IST/aids de ordem individual, social e programática (ANDRADE, et al. 2019), decorrentes tanto de fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais e questões de gênero, comuns a todas as mulheres quanto da baixa percepção de risco em relação a essas infecções, demonstradas em estudos, onde MSM consideram-se imunes às IST, por acreditarem que a identidade lésbica e/ou as relações heterossexuais eventuais não repercutirão no seu estado sorológico e na sua saúde sexual (BARBOSA; FACCHINI, 2006; ANDRADE et al., 2019).

Trabalhos já apontaram evidências clínicas de transmissão do HIV entre MSM, estando associada a mulheres que fizeram uso de drogas injetáveis, que tiveram histórico de relação heterossexual anterior ou contato com sangue menstrual, sendo confirmado no Texas, um caso de transmissão homossexual em parceiras sorodiscordantes (CHAN et al., 2014). Outras

pesquisas apontaram a transmissão de herpes genital, Papilomavírus Humano (HPV) e tricomoníase entre essa população (MARAZZO et al., 2005; PINTO et al., 2005; GORGOS; MARAZZO, 2011; TAKEMOTO, et al., 2019).

Diante desta temática, torna-se essencial, compreender a vulnerabilidade de MSM em relação aos agravos à saúde e relacioná-la com conhecimentos, atitudes e práticas adotadas pela população estudada. Adotar a vulnerabilidade como referência teórica, permite aprimorar as análises epidemiológicas e, dessa forma, ampliar o campo de intervenção no processo saúde doença (NICHATA et al., 2011).

O emprego do termo vulnerabilidade no contexto de saúde adveio em meados da década de 1980, concomitante aos estudos sobre aids, compartilhando conceitos oriundos de discussões sobre a fragilidade da garantia dos direitos de cidadania de grupos sociais considerados “vulneráveis”, realizados na área dos Direitos Humanos (PAIVA et al., 2002).

A adoção do conceito de vulnerabilidade durante a epidemia de aids, surgiu a partir da identificação limitada que a abordagem tradicional técnico-científica da epidemiologia teria para responder à epidemia (CARMO et al., 2018), bem como por uma crítica à utilização do termo “grupos de risco”, que trouxe consigo estigmas e preconceitos à população gay, na década de 1980 (BERTOLOZZI, et al., 2009) e buscando reorientar o termo “comportamento de risco”, que vinha a culpabilizar o indivíduo por seus comportamentos e pela não proteção, tendo como consequência a infecção pelo HIV (BERTOLOZZI et al., 2009; AYRES et al., 2009).

A incorporação do termo vulnerabilidade veio para se constituir em mais uma estratégia, para além dos fatores de riscos individuais, apontando a importância de um olhar para o contexto social e para as políticas públicas disponíveis (BERTOLOZZI et al., 2009; NICHATA et al., 2011).

Para Ayres et al (2009), o conceito de vulnerabilidade 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).

A vulnerabilidade apresenta três dimensões analíticas e que se articulam a partir de limites indefinidos e transitáveis: a dimensão individual, a social e a programática (MEYER et al., 2006; AYRES et al., 2009).

A dimensão individual é composta pelos componentes cognitivo e comportamental, que dizem respeito a qualidade e quantidade de informação de que os indivíduos dispõem, a capacidade de elaborá-las e colocá-las em práticas cotidianas, a partir de habilidade e interesse para transformar essas atitudes em ações protegidas e protetoras, respectivamente (MEYER et al., 2006; AYRES et al., 2009).

A dimensão social está relacionada a mudanças que não dependem somente do indivíduo, mas sim, do contexto social em que este está inserido, de seu grau de acesso às informações, das possibilidades de incorporá-las, de suas condições de acesso a recursos materiais, das instituições sociais como escola, serviços de saúde e serviços de segurança, das possibilidades de influenciar decisões políticas e de contestar barreiras culturais, estando livre de imposições violentas verbais e físicas (AYRES et al., 2009).

A dimensão programática conecta os componentes individual e social, possibilitando a efetivação destes pelo compromisso, a disponibilização de recursos, e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, buscando direcionar e otimizar recursos sociais existentes ou identificar a necessidade de novos métodos que fortaleçam os indivíduos diante de determinadas condições (MEYER et al., 2006).

1.3 Conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis e uso de preservativos por mulheres que fazem sexo com mulheres

Revisão sistemática (TAT et al., 2015) sobre saúde sexual e comportamento de risco de mulheres lésbicas e bissexuais que vivem em países de baixa e média renda, que abrangeu publicações dos anos 1980 a 2013, incluiu 56 estudos, dentre estes, 16 da América Latina e Caribe, apontou escassez de literatura científica sobre esta temática, nos países em desenvolvimento.

Estudos nacionais (BERTOLIN et al., 2010; OLIVEIRA et al., 2016; RUFINO et al., 2018) e internacionais (MARRAZZO et al., 2005; KOWALCZYK et al., 2019; PASCHEN-WOLF, et al., 2020) que abordaram conhecimentos e práticas de prevenção e fatores associados à IST/aids em MSM apontam níveis insuficientes de conhecimentos, tornando-as mais vulneráveis a aquisição dessas doenças, indicando a restrita ou ausência de discussões e acesso a informações sobre saúde sexual como fatores que contribuem para esses desfechos. Neste sentido, destaca-se que, embora a informação não seja o único determinante, ela é importante componente para a adoção de comportamentos sexuais mais seguros (BRASIL, 2011).

Estudos conduzidos na África do Sul sobre conhecimentos de MSM a respeito de saúde sexual, mostrou porcentagem considerável de mulheres que não sabiam onde obter informações relevantes sobre o tema, sendo a dificuldade de acesso e a falta de conhecimento dos profissionais de saúde, fatores que contribuíram para esse desfecho (MATEBENI et al., 2013; MURANDA et al., 2014; MULLER; HUGHES, 2016). Entretanto, estudo recente realizado na África Austral, demonstrou que MSM que tiveram acesso a organizações LGBT e a informações sobre IST/aids, apresentaram maiores chances de ter alto conhecimento sobre formas de transmissão e prevenção dessas infecções (PASCHEN-WOLF, et al., 2020).

Mesmo com o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos e novas terapêuticas, as

IST/aids se perpetuam como grave problema de saúde pública em todo o mundo, com grande impacto socioeconômico, na saúde sexual e reprodutiva e psicológica das pessoas acometidas (WHO, 2016; BRASIL, 2018a).

A despeito das evidências que demonstram as vulnerabilidades das MSM à aquisição das IST/aids, estudo nacional (RUFINO et al., 2018) e internacionais (MARRAZZO; COFFEY, 2005; ROWEN et al., 2013) apontaram que as MSM são menos propensas a utilizarem métodos de barreira durante as diversas práticas sexuais, quando comparadas a mulheres que fazem sexo somente com homens, sendo raça, idade e parceria única, fatores associados a esse desfecho.

TAT et al., 2015, também apontou comportamentos de risco desta população, como uso inconsistente de barreiras de proteção, corroborando estudos nacionais que relataram alto percentual de MSM que não fazem uso regular de preservativo nas relações sexuais (IGNÁCIO et al., 2018; ANDRADE et al., 2019).

Considerando que direitos, políticas e programas que foram conquistados tão recentemente após lutas e esforços da comunidade LGBT estão sendo cada vez mais ameaçados no país e que há lacunas na efetivação das políticas voltadas à saúde de MSM, apontados nos poucos estudos nacionais identificados sobre conhecimentos e práticas de prevenção de IST/aids (TAT et al., 2015) e a elevada prevalência de IST em MSM (IGNÁCIO et al., 2018), faz-se necessário demonstrar vulnerabilidades e necessidades de atenção à saúde desse grupo, de forma a reforçar a importância dos avanços até aqui conquistados. Esta pretende responder as seguintes questões:

1. MSM têm menos conhecimentos sobre IST/aids que mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens (MSH)?
2. Qual a prevalência de uso inconsistente de preservativos por MSM?
3. MSM tem maior prevalência de uso inconsistente de preservativos que MSH?

Este estudo visa ampliar e aprimorar os conhecimentos científicos sobre esta temática, a fim de subsidiar ações que favoreçam a prevenção de IST/aids entre MSM.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estudar a associação entre parceria sexual e os desfechos conhecimentos sobre IST/aids e uso inconsistente de preservativos.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever e comparar características sociodemográficas e clínicas, consumo de substâncias, comportamentos/práticas sexuais, e acesso a serviços de saúde de MSM em relação às MSH.
- Identificar e comparar o conhecimento sobre IST/aids entre MSM e MSH;
- Estimar e comparar a prevalência de uso inconsistente de preservativos, entre MSM e MSH.

3. MÉTODO

3.1 Desenho e Campo do Estudo

Estudo transversal, analítico, que compõe pesquisa mais ampla denominada “Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres a agravos relacionados à saúde mental, sexual e reprodutiva e situação de violência” (DUARTE et al., 2018), que recebeu apoio financeiro, na modalidade auxílio pesquisa regular, da Fundação para o Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (Processo 2018/19649-0).

O estudo foi desenvolvido no município de Botucatu-SP, localizado no centro-oeste do Estado de São Paulo, com população estimada, em 2020, de 148 mil habitantes (IBGE, 2020).

A rede municipal de serviços de atenção primária à saúde é composta por 21 unidades de saúde e um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Destas, oito são Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, das quais duas são vinculadas à Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP e 13 são Unidades de Saúde da Família (USF), com 19 equipes. Conta também com o Espaço Saúde “Profa. Dra. Cecília Magaldi” onde estão inseridos o Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS) Rede Viva, a Clínica do Bebê, a Clínica de práticas integrativas (acupuntura e terapia manual), as especialidades médicas como homeopatia, ginecologia, urologia, ortopedia e gastroenterologia, o Programa Municipal de DST/aids e a Farmácia Municipal.

O Centro de Saúde Escola (CSE), local onde os dados da presente pesquisa foram coletados, é uma unidade auxiliar de estrutura complexa da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) - UNESP com administração própria, composta por duas unidades: CSE- Vila dos Lavradores e CSE- Vila Ferroviária. É órgão de integração docente-assistencial para atenção básica, destinado ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência com extensão de

serviços à comunidade. As unidades do CSE integram o SUS local, responsabilizando-se por aproximadamente 30% dos atendimentos da atenção básica do município. Dentre suas atividades assistenciais, está o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que oferece aconselhamento e realiza testagem sorológica de IST e HIV/aids à população de Botucatu e microrregião e busca ativa junto a grupos e comunidades de maior vulnerabilidade. O mesmo é oficialmente reconhecido como referência regional pela Secretaria Estadual de Saúde e MS.

3.2 Participantes do estudo, critérios de inclusão e exclusão

A população-alvo do estudo foi constituída por dois grupos de mulheres e classificadas a partir de suas parcerias sexuais, como:

Grupo 1 - mulheres que fazem sexo com mulheres e com mulheres e homens (MSM).

Grupo 2 – mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens (MSH).

A amostra intencional, não randomizada, calculada inicialmente, deveria ser composta por 162 MSM e 162 MSH, sendo possível com esta amostra, detectar razão de prevalência (RP) significativa acima de 1,77. Entretanto, frente a situação de pandemia vivenciada no Brasil a partir de março de 2020, foi possível incluir no estudo 260 mulheres, sendo 81 MSM e 179 MSH (50,0% e 110,0% da amostra calculada).

Considerando como desfecho principal a variável “percentual de participantes com conhecimento abaixo de 50%” e seus resumos descritivos, estimou-se poder de teste acima de 80%, considerando, para efeito de cálculo, uma amostragem do tipo amostragem aleatória simples, erro tipo I igual a 0,05 e ausência de confundidores.

Constituíram-se **critérios de inclusão no estudo**: ter idade igual ou superior a 18 anos e de **exclusão**: não ter condições físicas e/ou mentais para responder às perguntas dos

instrumentos de coleta de dados e declarar-se homem transgênero.

A captação da amostra foi realizada por convite às MSM que já haviam participado de projeto anterior denominado “Acesso a Serviços de Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que fazem Sexo com Mulheres” realizado no município de Botucatu-SP, no período de janeiro de 2015 a abril de 2017, que investigou diversos aspectos da saúde sexual e reprodutiva das MSM (DUARTE et al, 2014). Nova chamada para os dois grupos também foi realizada por meio de divulgação da pesquisa nas redes sociais: página no Facebook (www.facebook.com/cuidandodamulher2019), e-mail (cuidandodamulher2019@gmail.com), instagram (@pcsaudamulher2019), Whatsapp, por meio de cartazes (Apêndice I) e panfletos (Apêndice II) distribuídos em bares, pontos comerciais diversos, grupos de ativismo LGBT e instituições de ensino e saúde, com o nome e logotipo do projeto, criado especificamente para essa finalidade, intitulado “Projeto Cuidando da Saúde da Mulher”

Às mulheres que aceitaram participar da pesquisa foi solicitado que contribuíssem com a divulgação do projeto entre pessoas de seu convívio.

As pesquisadoras do projeto mãe, de posse dos telefones das participantes da pesquisa anterior, assim como dos contatos daquelas que enviaram mensagens via mídias eletrônicas demonstrando interesse em participar da pesquisa, fizeram contato por WhatsApp. Nesse contato foi reiterado o convite, esclarecido os objetivos, forma de participação no estudo e agendamento de data e horário para obtenção de dados, conforme disponibilidade das mulheres.

A forma de captação da amostra encontra-se disponibilizada no quadro a seguir (Quadro 1).

Quadro 1. Forma de captação da amostra. Botucatu, 2019 - 2020

Forma de conhecimento sobre a pesquisa	MSM n=81	MSH n=179
Facebook/Instagram/Twitter/Whatsapp	18 (22,2%)	54 (30,2%)
Cartaz	4 (4,9%)	20 (11,1%)

Profissional da saúde divulgou	9 (11,1%)	37 (20,6%)
Participante da pesquisa divulgou	33 (40,7%)	59 (33,0%)
Coletivo feminista divulgou	0 (0,0%)	1 (0,6%)
Participante convidada a partir de pesquisa anterior	16 (19,7%)	1* (0,6%)
Outros**	1 (1,2%)	7 (3,9%)

*No momento da entrevista a participante referiu ser MSH. **indicação de amigas, filhas, irmãs.

3.3. Obtenção dos dados

Os dados foram obtidos no período de maio de 2019 a novembro de 2020, nas dependências das unidades do CSE, em ambiente confortável e privativo, por meio de formulário composto por questões relativas às variáveis sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento/ práticas sexuais e de proteção, clínicas, acesso a serviços de saúde (Apêndice III) e dos instrumentos: *Sexually Transmitted Diseases – Knowledge Questionnaire* (STD-KQ) (Anexo I), *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) (Anexo II) e *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (Anexo III).

O formulário (Apêndice III) foi construído especificamente para a pesquisa mãe, contendo questões abertas e fechadas e aquelas que foram utilizadas na presente investigação encontram-se em destaque. O instrumento foi submetido à análise de especialistas na área de saúde da mulher e mental quanto a sua clareza e conteúdo. Dentre as especialistas, incluiu-se uma profissional que faz sexo com mulheres. Para a investigação sobre práticas de prevenção foram incorporadas ao questionário questões utilizadas na Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 54 anos de idade (BRASIL, 2011).

O STD-KQ (JAWORSKI et al, 2007) trata-se de instrumento validado, desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA) por Jaworski e Carey em 2007 especificamente para avaliar conhecimentos sobre IST e HIV/aids, apresentando grande aceitação tanto no país de origem quanto em outros países, sendo utilizado em estudos no Canadá (LOGIE et al., 2014), Portugal

(PEREIRA et al., 2014), Haiti (LOGIE et al., 2014), Nigéria (SAAD et al., 2012) e Irã (POURMARZI et al., 2017). A versão original apresenta 27 itens relativos ao conhecimento sobre HIV/aids, hepatite B, Papiloma Vírus Humano (HPV), Herpes genital, infecção por Clamídia e Gonorréia, apresentando valores satisfatórios para a consistência interna α de Cronbach = 0,86 (CRONBACH, 1951).

Esse instrumento foi adaptado para o português brasileiro em 2015 (TEIXEIRA et al., 2015) (Anexo I), de acordo com as especificidades brasileiras. Assim, foi retirada uma questão sobre uso de camisinha de pele de cordeiro e incluídas duas questões sobre sífilis, doença com alta prevalência no país. O questionário pode ser autoaplicável e é constituído por 28 itens, que podem ser categorizados em “verdadeiro”, “falso” e “não sei”. O resultado final é calculado pela soma das respostas corretas, onde cada uma corresponde a um ponto, assim permitindo pontuação máxima de 28 pontos. A versão final em português apresentou consistência interna α de Cronbach = 0,83.

O AUDIT foi desenvolvido por solicitação da OMS (BARBOR et al., 1992), traduzido e validado para a população urbana do Brasil em 2005 (LIMA et al., 2005). Tem como objetivo identificar informações fidedignas e padronizadas sobre o consumo problemático do álcool. Possui 10 questões que investigam nos últimos 12 meses o uso de álcool em relação à quantidade e frequência, à dependência e às consequências, com pontuação máxima de 40 pontos. Verificou-se que o uso do ponto de corte igual ou superior a oito apresentou alta sensibilidade (91% a 100%) para rastreamento de pessoas que beberam de forma problemática ou de risco. Assim, para este estudo, determinou-se consumo de risco a pontuação igual ou superior a oito.

O SRQ-20, desenvolvido por Harding et al. (1980) e validado no Brasil por Mari e Williams (1986) é um questionário de rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (TMC),

pois possibilita avaliar condições gerais de saúde mental como ansiedade, insônia e outros sintomas de sofrimento psíquico. É composto por 20 questões, com respostas do tipo binário (sim/não, com pontuação de 1 e 0, respectivamente), sendo o ponto de corte para mulheres 8 ou mais pontos (HARDING et al., 1980; MARI et al., 1986).

A equipe que realizou a coleta foi composta por três enfermeiras pós-graduandas, pesquisadoras do estudo mais amplo, incluindo a autora da presente investigação, que foram devidamente treinadas para aplicar os instrumentos de obtenção de dados. A coleta de dados durou, em média, 45 a 60 minutos por participante.

3.4 Variáveis em Estudo

Desfechos:

Desfecho 1: Baixo nível de conhecimento sobre IST/aids (sim/não). Considerado baixo nível de conhecimento quando o percentual de acerto do STD-KQ foi < que 50%.

Desfecho 2: Uso inconsistente de preservativo (sim/não). Considerado uso inconsistente a referência de não uso de preservativo em todas as relações sexuais vaginais e/ou anais.

Para caracterização dos dois grupos também foram estudadas as variáveis: uso consistente de preservativos na penetração vaginal; uso consistente de preservativos na penetração anal; uso consistente de preservativos no sexo oro-anal; uso consistente de preservativos no sexo oral (sim/não) – considerando uso consistente o uso do insumo em todas as relações (sim/não).

A **variável independente foi** parceria sexual (MSM ou MSH).

Foram estudadas as seguintes **Covariáveis:**

Sociodemográficas: idade em anos (<21, 22-29, ≥ 30); cor da pele - autodeclarada

(branca, não branca); anos de estudo concluídos (<8 , 8 a 11, ≥ 12); situação conjugal (unida, não unida); religião (sim/não); renda familiar *per capita*; atividade remunerada (sim/não).

Para identificação da renda per capita familiar indagou-se sobre o rendimento da família em reais e dividiu-se pelo número de pessoas dependentes dessa renda.

Consumo de substâncias: uso de tabaco (sim/não); uso de drogas ilícitas (sim/não); uso abusivo de álcool (AUDIT ≥ 8 pontos, < 8 pontos).

Comportamento/práticas sexuais: número de parcerias sexuais nos últimos três meses (0, 1, ≥ 2); recebe penetração vaginal (sim/não); recebe penetração anal (sim/não); recebe sexo oro-anal (sim/não); recebe sexo oral (sim/não); uso de acessórios sexuais (sim/não).

Clínicas: uso de contraceptivo hormonal (sim/não); transtorno mental comum (TMC) (SRQ-20 ≥ 8 pontos, < 8 pontos).

Acesso a serviços de saúde: realizou consulta ginecológica no último ano (sim/não); recebeu informações sobre prevenção de IST/aids no serviço de saúde (sim/não); teve oportunidade de retirar dúvidas com os profissionais no serviço de saúde (sim/não); retirou camisinha de graça no serviço de saúde nos últimos 12 meses (sim/não); retirou camisinha de graça em outros locais nos últimos 12 meses (sim/não); conhece o preservativo feminino (sim/não); onde obtém informações sobre IST/aids (meios de comunicação/ensino formal/família, amigos e trabalho/serviço de saúde).

3.5 Análise dos dados

Os dados foram codificados e lançados duplamente em uma planilha no programa Microsoft Excel[®] e quando houve discordâncias, o instrumento de coleta foi revisto e realizadas as devidas correções.

O estudo descritivo das variáveis categóricas foi realizado pela distribuição da frequência

e das variáveis numéricas quantitativas, por medidas de posição e dispersão.

Na comparação dos grupos empregou-se o teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher.

Foram ajustados modelos de regressão múltipla de Cox para estudar a associação entre parceria sexual e os desfechos binários uso inconsistente de preservativo e baixo nível de conhecimento sobre IST/aids (escore de conhecimento do STD-KQ abaixo de 50% de acertos), incluindo no componente determinístico dos modelos as variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$), identificadas na exploração bivariada. Nos modelos finais, associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$. Análises foram feitas com o software Statistical Package for the Social Sciences -SPSS 21.

3.6 Procedimentos Éticos

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP e recebeu parecer favorável sob o nº 3.320.951. Todas as participantes deste estudo foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos e forma de participação e, aquelas que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IV). Ao término da coleta de dados, foram feitas orientações àquelas mulheres que não conheciam ou que apresentaram dúvidas sobre IST e aids.

4. RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento/ práticas sexuais, clínicas e acesso a serviços de saúde de MSM e MSH

Dentre as 260 mulheres participantes do estudo, 81 eram MSM (31,1%) e 179 MSH (68,9%), sendo que a mediana de idade e de renda familiar *per capita* foi de 26 anos (18-50) e R\$1666,66 (R\$223,30-R\$15.000,00), respectivamente (dados não demonstrados em tabela).

Apresentam-se na Tabela 1 as características sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento/ práticas sexuais, clínicas e acesso a serviços de saúde de MSM e MSH.

Com relação às características sociodemográficas, predominaram as mulheres que se encontravam na faixa etária de 22 a 29 anos (43,5%), que se autodeclararam brancas (77,3%), com 12 ou mais anos de estudo concluídos (86,5%), não unidas (77,3%), que professavam alguma religião (65,8%) e que exerciam atividade remunerada (62,7%) (Tabela 1).

Quanto ao consumo de substâncias, 35,0% e 40,8% das mulheres referiram ter feito uso de tabaco e de uma ou mais drogas ilícitas nos últimos 12 meses, respectivamente, e quase a metade delas (42,3%) fazia uso abusivo de álcool (Tabela 1).

Com relação ao comportamento e práticas sexuais, 23,1% das mulheres tiveram mais que duas parcerias nos últimos 3 meses, 17,3% relataram uso de acessório sexual e a maioria delas recebia penetração vaginal (96,2%) e sexo oral (97,3%) (Tabela 1).

Considerando-se as variáveis clínicas, 37,7% e 31,2% das mulheres faziam uso de contraceptivo hormonal e apresentavam TMC, respectivamente (Tabela 1).

Destaca-se que cerca de 36,5% das mulheres não haviam realizado consulta ginecológica nos últimos 12 meses, 43,5% não retiraram suas dúvidas e 45,4% não receberam informações sobre IST/aids nos serviços de saúde, 69,2% não pegaram camisinha de graça nos serviços de saúde e apenas 11,5% obtiveram gratuitamente esse insumo de prevenção em locais como festas, universidade e congresso. A maioria das mulheres (98,5%) referiu conhecer o preservativo feminino (Tabela 1).

Foram observadas diferenças entre os grupos, sendo que maior proporção de MSH tinha alguma religião (71,5% vs 53,1%; $p<0,004$), recebia penetração vaginal (100,0% vs 92,6%; $p=0,001$), fazia uso consistente de preservativos (22,3% vs 4,0%; $p=0,000$) e utilizava contraceptivo hormonal (48,0% vs 14,8%; $p<0,001$) em relação às MSM.

Em contrapartida, maior proporção de MSM fazia uso de tabaco (54,3% vs 26,2% ; $p=0,000$), de drogas ilícitas nos últimos 12 meses (56,8% vs 33,5%; $p=0,000$), uso abusivo de álcool (54,3% vs 36,9%; $p=0,008$), uso de acessórios sexuais (33,3% vs 10,1%; $p<0,001$) e apresentava mais TMC (43,2% vs 25,7%; $p=0,005$), bem como tinha realizado menos consulta ginecológica no último ano (53,1% vs 68,2%; $p=0,019$), retirado menos dúvidas e recebido menos informação sobre IST nos serviços de saúde (43,2% vs 62,6%; $p=0,005$ e 40,7% vs 60,8%; $p=0,003$), respectivamente (Tabela 1).

Destaca-se uso inconsistente de preservativos nas várias práticas sexuais, especialmente no sexo oro-anal e oral (90,0% e 98,0%), respectivamente e a menor proporção de uso em todas as práticas por MSM, quando comparadas às MSH (Tabela 1).

Os grupos diferiram com relação ao uso consistente de preservativos na penetração vaginal: MSM fazem menor uso de insumo de proteção do que as MSH (4,0% vs 22,3%; $p<0,001$) (Tabela 1).

Tabela1. Características sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento/práticas sexuais, clínicas e acesso a serviços de saúde de MSM e MSH. Botucatu, 2019-2020

Variáveis	MSM n=81		MSH n=179		Total n=260		p§
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
<21	18	22,2	31	17,3	49	18,8	
22-29	39	48,1	74	41,3	113	43,5	0,189
>30	24	29,7	74	41,3	98	37,7	
Cor							
Branca	62	76,5	139	77,7	201	77,3	0,843
Não branca	19	23,5	40	22,3	59	22,7	
Escolaridade							
<8 anos	0	0,0	3	1,7	3	1,2	
8 a 11 anos	9	11,1	23	12,8	32	12,3	0,639
≥ 12 anos	72	88,9	153	85,5	225	86,5	
Estado Civil							
Unida	20	24,7	39	21,8	59	22,3	0,605
Não unida	61	75,3	140	78,2	201	77,3	
Tem Religião	43	53,1	128	71,5	171	65,8	0,004
Tem Atividade Remunerada	46	56,8	117	65,4	163	62,7	0,186
Uso de Tabaco	44	54,3	47	26,2	91	35,0	0,000
Uso de Drogas ilícitas*	46	56,8	60	33,5	106	40,8	0,000
Uso abusivo de álcool**	44	54,3	66	36,9	110	42,3	0,008
Nº Parcerias sexuais últimos 3 meses							
0	5	6,2	20	11,2	25	9,6	
1	52	64,2	123	68,7	175	67,3	0,149
≥2	24	29,6	36	20,1	60	23,1	
Recebe Penetração Vaginal	75	92,6	179	100,0	254	96,2	0,001
Uso preservativo penetração vaginal (n=254)	3	4,0	40	22,3	43	16,9	<0,001
Recebe Penetração Anal	19	23,5	45	25,1	64	24,6	0,770
Uso preservativo penetração anal (n=64)	4	21,1	11	24,4	15	23,4	0,919
Recebe Sexo Oro-anal	18	22,2	42	23,5	60	23,1	0,826
Uso preservativo sexo oro-anal (n=60)	1	5,5	5	11,9	6	10,0	0,874
Recebe Sexo Oral	80	98,8	173	96,6	253	97,3	0,441
Uso preservativo sexo oral (n=253)	1	1,3	4	2,3	5	2,0	0,700
Uso de acessórios sexuais	27	33,3	18	10,1	45	17,3	<0,001
Uso consistente de preservativos*** (n=254)	3	4,0	40	22,3	43	16,9	0,000
Uso de contraceptivo hormonal	12	14,8	86	48,0	98	37,7	<0,001
Transtorno Mental Comum****	35	43,2	46	25,7	81	31,2	0,005
Consulta ginecológica no último ano	43	53,1	122	68,2	165	63,5	0,019
Retirou dúvidas no SS	35	43,2	112	62,6	147	56,5	0,005
Recebeu informações sobre IST no SS	33	40,7	109	60,8	142	54,6	0,003
Pegou camisinha de graça nos SS	22	27,2	58	32,4	80	30,8	0,482
Pegou camisinha outro local#	10	12,3	20	11,2	30	11,5	0,784
Conhece preservativo feminino	80	98,8	176	98,3	256	98,5	1,000

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com homem e mulher. MSH=mulher que faz sexo exclusivamente com homem. SS=serviços de saúde. § Qui-quadrado ou exato de Fisher. *Maconha, cocaína, outras drogas; **AUDIT ≥8; *** Práticas penetrativas; ****SRQ 20≥8; # universidades, festas, congressos.

4.2 Conhecimento de MSM e MSH sobre IST/aids

A mediana do percentual de acerto das questões do STD-KQ das MSM foi inferior à das MSH [68% (18%-96%) vs 75% (14%-96%); $p=0,032$].

A tabela 2 apresenta o número e o percentual de respostas corretas do STD-KQ sobre as IST mais prevalentes e sobre aids, de acordo com a parceria sexual.

Nenhuma questão foi respondida corretamente por 100,0% das mulheres. As questões que apresentaram percentual de acerto abaixo de 50% foram: As infecções urinárias frequentes são causadas pela Clamídia (20,0%); Fazer sexo anal aumenta o risco de uma pessoa pegar Hepatite (35,8%); É mais fácil pegar o HIV se uma pessoa também tiver outra DST (39,2%); Uma mulher pode dizer, pela forma como sente seu corpo se tem uma DST (45,0%); Uma mulher pode olhar para o seu corpo e dizer se tem Gonorreia (45,8%); Uma pessoa com Herpes Genital deve ter feridas abertas para passar a infecção para o sua parceria sexual (48,1%) (Tabela 2).

Observou-se que as MSM tiveram menor percentual de acerto em relação às MSH nas questões: o HPV pode levar ao câncer nas mulheres (81,5% vs 92,7%, $p=0,007$), Se uma pessoa teve Gonorreia no passado, ela é imune (protegida) e não pode pegar de novo (67,9% vs 79,3%, $p=0,046$), Um homem pode evitar de pegar Verrugas Genitais lavando seus genitais após o sexo (65,4% vs 79,3%, $p=0,017$) e Mesmo que sua parceria não tenha nenhuma lesão no pênis, ânus ou vagina, ele (a) pode passar sífilis para você (79,0% vs 92,1%, $p=0,002$) (Tabela 2).

Tabela 2. Número e proporção de acertos de conhecimentos sobre IST/aids (STD-KQ) de MSM e MSH. Botucatu, 2019-2020

Questões (STD-KQ)	MSM	MSH	Total		p
	n %	n %	n	%	
1. Herpes Genital é causado pelo mesmo vírus do HIV	67 (82,7)	149 (83,2)	216	83,1	0,917
2. Infecções Urinárias Frequentes são causadas pela Clamídia	14 (17,3)	38 (21,2)	52	20,0	0,461
3. Existe cura para Gonorreia	62 (76,5)	135 (75,4)	197	75,8	0,845
4. É mais fácil pegar o HIV se uma pessoa também tiver outra DST	25 (30,9)	77 (43,0)	102	39,2	0,063
5. O HPV é causado pelo mesmo vírus que causa o HIV	62 (76,5)	151 (84,4)	213	81,9	0,129
6. Fazer sexo anal aumenta o risco de uma pessoa pegar Hepatite	23 (28,4)	70 (39,1)	93	35,8	0,095
7. Logo após pegar o HIV a pessoa desenvolve feridas abertas nos órgãos genitais (pênis ou na vagina)	59 (72,8)	142 (79,3)	201	77,3	0,247
8. Existe cura para Clamídia	54 (66,7)	133 (74,3)	187	71,9	0,205
9. Uma mulher com Herpes Genital pode passar a infecção para o bebê durante o parto	53 (65,4)	137 (76,5)	190	73,1	0,062
10. Uma mulher pode olhar para o seu corpo e dizer se tem Gonorreia	32 (39,5)	87 (48,6)	119	45,8	0,173
11. Um mesmo vírus causa todas as DST	74 (91,4)	170 (95,0)	244	93,8	0,261
12. O HPV pode causar verrugas genitais	69 (85,2)	158 (88,3)	227	87,3	0,489
13. O HPV pode levar ao câncer nas mulheres	66 (81,5)	166 (92,7)	232	89,2	0,007
14. Um homem só pega verrugas genitais fazendo sexo vaginal	68 (84,0)	149 (83,2)	217	83,5	0,886
15. As DST podem levar a problemas de saúde, que geralmente são mais graves nos homens que nas mulheres	63 (77,8)	149 (83,2)	212	81,5	0,293
16. Uma mulher pode dizer que tem Clamídia se um mau cheiro vier da sua vagina	37 (45,7)	102 (57,0)	139	53,5	0,091
17. Se uma pessoa tiver um teste positivo para HIV, esse teste pode dizer o quão doente uma pessoa irá ficar	65 (80,2)	156 (87,2)	221	85,0	0,149
18. Existe uma vacina disponível para prevenir uma pessoa de pegar Gonorreia	49 (60,5)	116 (64,8)	165	63,5	0,504
19. Uma mulher pode dizer, pela forma como sente o seu corpo, se tem uma DST	33 (40,7)	84 (46,9)	117	45,0	0,353
20. Uma pessoa com Herpes Genital deve ter feridas abertas para passar a infecção para sua parceria sexual	44 (54,3)	81 (45,3)	125	48,1	0,175
21. Existe uma vacina que previne uma pessoa de pegar Clamídia	46 (56,8)	117 (65,4)	163	62,7	0,186
22. Um homem pode dizer, pela forma como sente o seu corpo, se tem Hepatite B	51 (63,0)	132 (73,7)	183	70,4	0,078
23. Se uma pessoa teve Gonorreia no passado, ela é imune (protegida) e não pode pegar de novo	55 (67,9)	142 (79,3)	197	75,8	0,046
24. O HPV pode causar o HIV	69 (85,2)	148 (82,6)	217	83,5	0,615
25. Um homem pode evitar de pegar Verrugas Genitais lavando seus genitais após o sexo	53 (65,4)	142 (79,3)	195	75,0	0,017
26. Existe uma vacina que pode proteger uma pessoa de pegar Hepatite B	71 (87,7)	148 (82,7)	219	84,2	0,308
27. Mesmo que sua parceria não tenha nenhuma lesão no pênis, ânus ou vagina, ele (a) pode passar sífilis para você	64 (79,0)	165 (92,2)	229	88,1	0,002
28. A sífilis pode ficar escondida no corpo por anos	60 (74,1)	146 (81,6)	206	79,2	0,168

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com homem e mulher. MSH=mulher que faz sexo apenas com homem.

A figura 1 apresenta os meios pelos quais as mulheres obtiveram informações sobre IST/aids.

As principais fontes de informações sobre IST/aids citadas foram: meios de comunicação em massa (74,2%), ensino formal (55,8%), serviços de saúde (54,5%) e família, amigos e trabalho (42,7%). Destaca-se que menor percentual de MSM recebeu informações nos serviços de saúde em comparação às MSH (40,7% vs 60,8%, $p= 0,003$). (Figura 1).

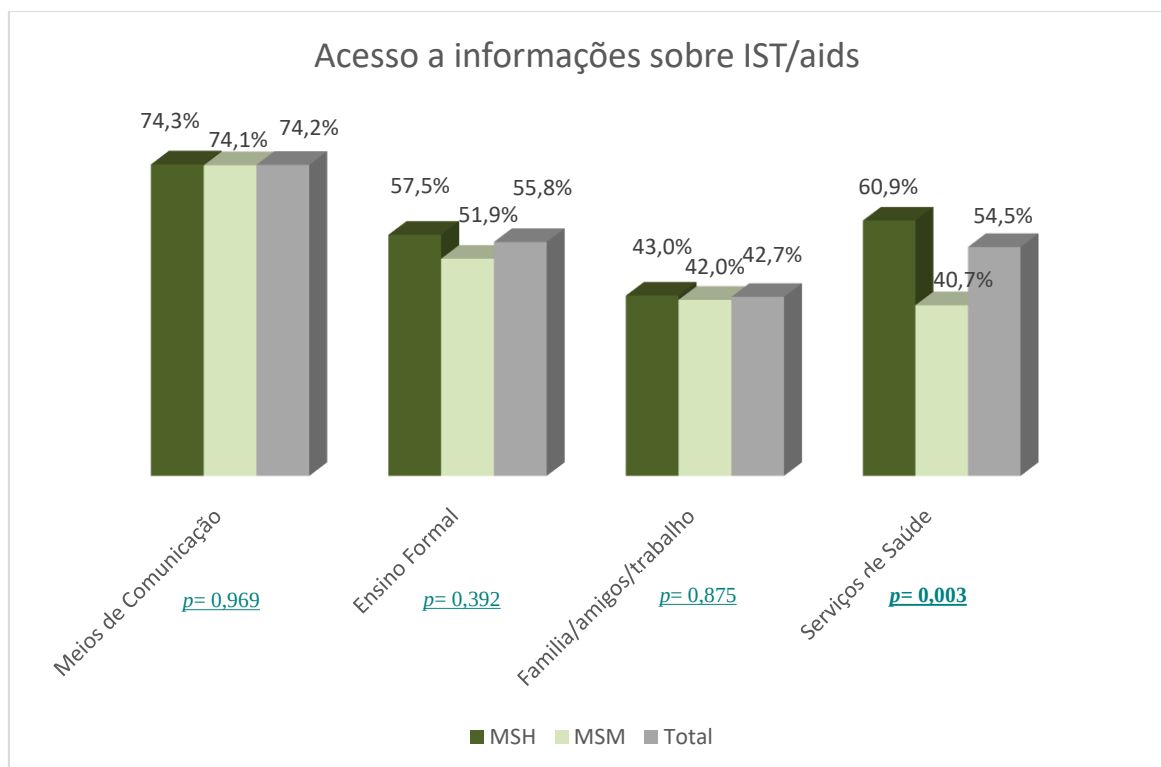


Gráfico 1. Fonte de informações sobre IST/aids de MSM e MSH. Botucatu, 2019-2020

4.3 Parceria sexual e conhecimentos sobre IST/aids

Considerando-se baixo conhecimento sobre IST/aids, observou-se que maior percentual de MSM (15-18,5%) apresentou menos de 50% de acerto no conjunto das respostas do STD-KQ em relação às MSH (14 -7,8%), $p= 0,038$.

A análise bivariada apontou que as variáveis que mais influenciaram o baixo nível de conhecimento sobre IST/aids (escore abaixo de 50% de acertos no STD-KQ) foram: cor da pele não branca [RP=1,79(0,83-3,86); $p=0,135$]; escolaridade menor que 8 anos de estudo e de 8 a 11 anos de estudo [RP=4,17(0,56-31,21); $p=0,165$] e [RP=3,91(1,80-8,46); $p=0,001$], respectivamente; renda familiar *per-capta* [RP=1,00(1,00-1,00); $p=0,148$]; uso de drogas ilícitas [RP=0,55(0,25-1,25); $p=0,154$]; uso de contraceptivo hormonal [RP=0,53(0,22-1,23); $p=0,139$], retirou dúvidas nos serviços de saúde [RP=6,24(2,38-16,37); $p=0,000$], recebeu informação sobre IST nos serviços de saúde [RP=5,78(2,2-15,14); $p=0,000$], informação sobre IST no ensino formal e por meios de comunicação em massa [RP=2,80(1,28-6,15); $p=0,010$], [RP=1,76(0,83-3,73); $p=0,139$], respectivamente; e ter relação sexual com mulheres [RP=2,37(1,14-4,91); $p=0,020$] (Tabela 3).

Tabela 3. Associações bivariadas para explicar a prevalência de baixo conhecimento sobre IST/aids de MSM e MSH. Botucatu, 2019-2020

Variáveis	RP	IC95%	P
Idade			
<21		1	0,269
22-29	1,84	(0,62 – 5,48)	0,271
>30	1,00	(0,30 – 3,32)	1,000
Cor			
Branças		1	
Não brancas	1,79	(0,83 – 3,86)	0,135
Escolaridade			
<8 anos	3,91	(1,80 - 8,46)	0,001
8 a 11 anos	4,17	(0,56 – 31,21)	0,165
≥ 12 anos		1	
Estado Civil			
Unidas		1	
Não unidas	1,08	(0,46 – 2,54)	0,853
Religião			
Sim		1	
Não	0,61	(0,26 – 1,43)	0,257
Atividade Remunerada			
Sim		1	
Não	0,76	(0,34 – 1,66)	0,486
Renda familiar <i>per capita</i>	1,00	(1,00 – 1,00)	0,148
Uso Tabaco			
Sim	0,71	(0,31 – 1,60)	0,405
Não		1	
Uso drogas ilícitas*			
Sim	0,55	(0,25 – 1,25)	0,154
Não		1	
Uso abusivo de álcool**			
Sim	1,46	(0,71 – 3,03)	0,308
Não		1	
Transtorno Mental Comum			
Sim	0,84	(0,37 – 1,90)	0,679
Não		1	
Uso de Contraceptivo Hormonal			
Sim	0,53	(0,22 – 1,23)	0,139
Não		1	
Parcerias Sexuais 3 Meses			
0		1	0,561
1	3,00	(0,40 – 22,30)	0,283
≥ 2	2,92	(0,36 – 23,71)	0,317
Uso de acessórios sexuais			
Sim	1,00	(0,38 – 2,61)	0,992
Não		1	
Consulta Ginecológica 12 meses			
Sim		1	
Não	1,41	(0,68 – 2,93)	0,356

Continuação Tabela 3. Associações bivariadas para explicar a prevalência de baixo conhecimento sobre IST/aids de MSM e MSH. Botucatu, 2019-2020

Retirou dúvidas IST no SS			
Sim		1	
Não	6,24	(2,38-16,37)	0,000
Recebeu informações IST no SS			
Sim		1	
Não	5,78	(2,20-15,14)	0,000
Camisinha no serviço saúde			
Sim		1	
Não	0,84	(0,39 – 1,82)	0,665
Camisinha outro lugar***			
Sim		1	
Não	1,13	(0,34 – 3,73)	0,841
Conhece preservativo feminino			
Sim		1	
Não	2,29	(0,31 – 16,80)	0,417
Informações sobre IST			
Ensino Formal	2,80	(1,28 – 6,15)	0,010
Meios de comunicação	1,76	(0,83 – 3,73)	0,139
Família/Amigos/Trabalho	1,66	(0,75 – 3,64)	0,209
Parceria Sexual			
MSM	2,37	(1,14 – 4,91)	0,020
MSH		1	

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com homem e mulher. MSH=mulher que faz sexo apenas com homem. SS=serviços de saúde. *Maconha, cocaína, outras drogas **AUDIT ≥8. ***Festas, universidades, congressos.

A tabela 4 apresenta os resultados da regressão logística múltipla que investigou as variáveis que se associaram com baixo nível de conhecimento sobre IST/aids.

A Análise multivariada apontou associação entre baixo conhecimento sobre IST/aids e parceria sexual, sendo que as MSM apresentaram aumento em mais de duas vezes na prevalência desse desfecho, comparadas às MSH [RP=2,36(1,05-5,31); $p=0,038$]. Também foi observado que a escolaridade se associou independentemente ao baixo nível de conhecimento sobre IST/aids. Mulheres com 8 a 11 anos de estudo tiveram prevalência duas vezes e meia maior desse desfecho do que aquelas que tinham 12 ou mais anos de estudo [RP=2,64(1,11-6,27); $p=0,028$] (Tabela 4).

Tabela 4. Regressão logística multivariada da associação entre parceria sexual e baixo conhecimento sobre IST/aids. Botucatu, 2019-2020

Variáveis	RP(IC95%)	P
Cor		
Branças	1	
Não brancas	1,30 (0,57-2,94)	0,519
Escolaridade		
<8 anos	2,64 (0,29-23,61)	0,384
8 a 11 anos	2,64 (1,11-6,27)	0,028
≥ 12 anos	1	
Renda per capita	1,00 (1,00-1,00)	0,618
Uso drogas ilícitas*	0,64 (0,26-1,56)	0,333
Uso de Contraceptivo Hormonal	0,76 (0,30-1,90)	0,565
Informações sobre IST		
Ensino Formal	1,93 (0,82-4,53)	0,131
Meios de comunicação	1,18 (0,53-2,61)	0,679
Parceria Sexual		
MSM	2,36 (1,05-5,31)	0,038
MSH	1	

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com homem e mulher. MSH=mulher que faz sexo apenas com homem.

*Maconha, cocaína, outras drogas.

4.4 Prevalência de uso inconsistente de preservativo nas práticas sexuais penetrativas e associação com a parceria sexual

Nesta análise foram incluídas apenas mulheres que tiveram práticas penetrativas, sendo 254 mulheres com práticas sexuais penetrativas vaginais e/ou anais (75 MSM e 174 MSH). Considerando-se as práticas sexuais vaginais e/ou anais, a prevalência de uso inconsistente de preservativos foi de 83,1%, sendo mais elevada entre as MSM comparadas às MSH (96,0% vs 77,7%, $p<0,000$).

A tabela 5 apresenta as associações bivariadas para explicar a prevalência de uso inconsistente de preservativo.

Não foi observado associação independente entre fazer sexo com mulher e uso inconsistente de preservativo (Tabela 5).

Tabela 5. Associações bivariadas para explicar a prevalência de uso inconsistente de preservativo. Botucatu, 2019-2020

Variáveis	RP	IC95%	p
Idade			
<21	1,07	(0,74-1,56)	0,715
22-29	1,11	(0,75-1,62)	0,609
>30		1	
Cor			
Branças		1	
Não brancas	0,92	(0,67-1,28)	0,624
Escolaridade			
<8 anos	1,06	(0,72-1,58)	0,759
8 a 11 anos	1,22	(0,39-3,81)	0,737
≥ 12 anos		1	
Estado Civil			
Unidas			
Não unidas	1,11	(0,81-1,51)	0,518
Religião			
Sim		1	
Não	0,94	(0,71-1,25)	0,674
Atividade Remunerada			
Sim		1	
Não	0,89	(0,68-1,18)	0,432
Renda per capita	1,00	(1,00-1,00)	0,947
Uso Tabaco		1	
Sim	1,03	(0,78-1,36)	0,842
Não		1	
Uso drogas ilícitas*			
Sim	0,98	(0,75-1,29)	0,883
Não		1	
Uso abusivo de álcool**			
Sim	1,11	(0,85-1,45)	0,440
Não		1	
Transtorno mental comum	1,02	(0,76-1,35)	0,917
Nº Parcerias sexuais últimos 3 meses			
0		1	
1	1,08	(0,68-1,72)	0,751
≥2	0,94	(0,55-1,59)	0,810
Uso de acessórios sexuais			
Sim	1,15	(0,82-1,62)	0,407
Não		1	

Continuação Tabela 5. Associações bivariadas para explicar a prevalência de uso inconsistente de preservativo. Botucatu, 2019-2020

Variáveis	RP	IC95%	p
Consulta ginecológica último ano			
Sim		1	
Não	1,00	(0,76-1,32)	0,991
Retirou dúvidas IST no SS			
Sim		1	
Não	1,02	(0,78-1,34)	0,877
Recebeu informações IST no SS			
Sim		1	
Não	1,00	(0,76-1,31)	0,997
Pegou camisinha no serviço saúde			
Sim		1	
Não	1,06	(0,79-1,41)	0,717
Pegou camisinha outro lugar***			
Sim		1	
Não	1,15	(0,74-1,79)	0,534
Conhece preservativo feminino			
Sim		1	
Não	0,90	(0,29-2,82)	0,858
Informações sobre IST			
Meios de comunicação	1,01	(0,74-1,37)	0,958
Ensino Formal	1,03	(0,79-1,34)	0,841
Família/Amigos/Trabalho	1,04	(0,80-1,37)	0,761
Parceria Sexual			
MSM	1,22	(0,93-1,62)	0,155
MSH		1	

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com homem e mulher. MSH=mulher que faz sexo apenas com homem. *Maconha, cocaína, outras drogas **AUDIT ≥ 8 . ***Festas, universidades, congressos.

5. DISCUSSÃO

A presente pesquisa permitiu identificar que ter relação sexual com mulheres e com mulheres e com homens (MSM) se associou independentemente a maior prevalência de baixo conhecimento sobre IST/aids. Também foi observado que ter escolaridade abaixo de 12 anos de estudo se associou independentemente a esse desfecho. Permitiu, ainda, identificar temáticas específicas sobre IST/aids em que MSM apresentaram maior lacuna de conhecimentos e as principais fontes onde obtêm informações, destacando-se os meios de comunicação em massa, ensino formal, serviços de saúde e família, amigos e trabalho, sendo que estas tiveram menos informação nos serviços de saúde que as MSH.

O estudo identificou também maior prevalência de uso inconsistente de preservativos nas relações sexuais penetrativas entre MSM, entretanto, fazer sexo com mulher não se associou independentemente a esse desfecho.

A literatura aponta que ter conhecimento sobre IST/aids pode não levar a efetivação de práticas preventivas, entretanto, déficits de conhecimento implicarão em aumento da vulnerabilidade individual a essas infecções (ESTEVES, 2009; OLIVEIRA et al., 2016; MORAES; LIMA, 2016; ANDRADE et al., 2019).

O estudo identificou vulnerabilidades de MSM relacionadas as três dimensões (individual, social e programática). Ainda que essas dimensões da vulnerabilidade sejam articuladas e de limites indefinidos, dificultando sua análise através de estudos quantitativos/epidemiológicos, devido a uma variável se enquadrar em mais dimensões (AYRES et al., 2012), estas podem ser discutidas, de acordo com o quadro de “vulnerabilidade e direitos humanos: dimensões individual, social e programática” proposto por Ayres et al. (2012).

Observou-se que mais que o dobro das MSM apresentaram baixo nível de conhecimento sobre IST/aids quando comparadas às MSH, sendo que fazer sexo com mulher associou-se

independentemente com esse desfecho.

Neste estudo utilizou-se o STD-KQ para identificar o nível de conhecimento sobre IST/aids. O questionário foi validado e utilizado em diversos países e em diferentes populações (SAAD et al., 2012; LOGIE et al., 2014; PEREIRA et al., 2014; POURMARZI et al., 2017), porém, esta é a primeira investigação que utiliza o instrumento para verificar conhecimento de MSM, o que impossibilita comparações dos dados com a literatura. Entretanto, estudos anteriores que utilizaram outros métodos de medida do conhecimento apontaram níveis insuficientes de conhecimento de MSM a respeito das IST/aids (LOGIE et al., 2015; TAT, MARAZZO, GRAHAN, 2015; MOLIN et al., 2016; FUJII, 2017; KOWALCZYK, NOWOSIELSKI, 2019), indo ao encontro com os achados da presente investigação.

Menor nível de escolaridade também foi associado ao baixo conhecimento sobre IST/aids, corroborando estudos nacionais conduzidos na população geral, adolescentes e população privada de liberdade (MIRANDA et al. 2013; CARVALHO et al., 2017; CARVALHO et al., 2020; RODRIGUES et al., 2021) e internacionais (YAYA et al., 2016; KEIZUR et al., 2020) que apontaram correlação entre menor nível educacional e níveis insatisfatórios de conhecimento a respeito de temas sobre saúde sexual e reprodutiva.

Os temas sobre os quais as MSM, assim como as MSH, apresentaram maiores lacunas de conhecimento foram relacionados à sintomatologia de IST, especialmente aquelas associadas às infecções pela *Chlamydia trachomatis* e pela *Neisseria gonorrhoeae*, às formas de transmissão das hepatites virais e do herpes genital e à relação entre IST e o HIV.

Além de lacunas nesses tópicos relacionados às IST/aids, as MSM demonstraram menor conhecimento sobre a relação entre o HPV e câncer, sobre aquisição de imunidade ou não após infecção pela *Neisseria gonorrhoeae* e formas de transmissão do HPV e sífilis.

O diagnóstico de alguma IST foi constatado em 47,3% em pesquisa nacional de âmbito regional sobre vulnerabilidade de MSM, sendo a prevalência da infecção pelo HPV de 45,3%,

Chlamydia trachomatis de 2,0%, tricomoníase e sífilis de 1,3%, HIV/aids e *Neisseria gonorrhoeae* de 0,7% (ANDRADE et al., 2019).

Já estudo realizado no Mississippi (MUZNY et al., 2011), 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. Desta forma a elevada prevalência de IST/aids entre MSM comprova alta vulnerabilidade a essas infecções.

Além das elevadas prevalências, destacam-se as importantes repercussões das IST na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, como dor crônica e dispareunia (SOOD; KAPIL, 2008), infertilidade, (STAMM, 1999), aborto e parto prematuro (LIS et al., 2015, BRASIL, 2017a), além de algumas dessas infecções ter potencial de causar transmissão vertical, ou seja, transmissão da mulher infectada, sem tratamento ou com tratamento inadequado, para o bebê durante a gestação (BRASIL, 2017a), bem como evoluir para manifestações sistêmicas, com comprometimento dos sistemas cardiovascular e nervoso (PEELING et al., 2017). Assim, ressalta-se a importância de que informações, especialmente aquelas em que se observaram maiores lacunas sejam mais reforçados nas práticas educativas das MSM.

As principais fontes de informação sobre IST/aids apontadas pelas MSM foram os meios de comunicação em massa, seguidos do ensino formal, família/amigos/trabalho, sendo que os serviços de saúde os que menos informaram sobre a temática, diferindo das MSH, que receberam mais informações dos profissionais.

Em estudo recente realizado na África do Sul (PASCHEN-WOLFF et al., 2020) com uma amostra de 591 MSM, destas, 60,7% nunca tinha recebido informações sobre IST/aids especificamente para MSM. Entre aquelas que tiveram acesso a essas informações, 70,6% receberam de organizações LGBT, 50,9% de panfletos e flyers, 39,9% de amigos, 31,6% de

familiares e internet. Esses dados contrastam com os obtidos na presente investigação, onde os meios de comunicação, incluindo a internet foram onde as MSM mais obtiveram informações sobre IST/aids (74,1%), seguido do ensino formal (51,9%), da família/amigos/trabalho (42,0%) e dos profissionais de saúde (40,7%).

Destaca-se que na presente pesquisa a participação dos profissionais de saúde no fornecimento de informações sobre IST/aids foi menor relacionada os demais meios estudados para as MSM, corroborando estudo desenvolvido na África do Sul (PASCHEN-WOLFF et al., 2020), o que pode ser justificado pelo despreparo dos mesmos em atender mulheres cuja prática sexual não segue o padrão heteronormativo (ANDRADE et al., 2019; MELLO, 2014; VALADÃO, GOMES, 2011).

Espera-se que os ambientes de saúde seja um espaço de acolhida e cuidado para todas as pessoas, que estas sejam reconhecidas em suas singularidades e pluralidades, estando livres de preconceitos e estigmas, porém ainda nos dias de hoje deparamo-nos com a invisibilidade de pessoas com relacionamentos homoafetivos estando os cuidados específicos a essa população marginalizados (HAFEEZ et al., 2017; PAULINO et al., 2019). Estudos demonstraram que a população LGBT apresentam menor acesso aos serviços de saúde (SANTOS et al., 2015; ALBUQUERQUE et al., 2016; FREITAS, 2017), bem como grande parte dos profissionais de saúde não reconhecem as necessidades dessa população (VALADÃO, GOMES, 2011).

Estudos realizados com enfermeiros e médicos, demonstraram fragilidades no conhecimento destes profissionais a respeito da abordagem direcionada à população LGBT (ROSA et al., 2019; PAULINO et al., 2019; NEGREIROS et al., 2019; NIETSCHE et al., 2018), discriminação durante o atendimento (NAMI, 2016), falta de aptidão para abordar assuntos relacionado com promoção à saúde e prevenção de doenças, decorrentes da não inclusão desta temática nas diretrizes curriculares, bem como a não capacitação desses

profissionais (NEGREIROS et al., 2019). Assim, os dados da presente investigação reforçam a necessidade de preparo profissional para atender as necessidades em saúde de MSM, incluindo educação em saúde sobre forma de contágio, aspectos clínicos e de prevenção de IST/aids.

Os dados desta pesquisa apontam para a necessidade de que os serviços de saúde se utilizem mais dos meios de comunicação em massa, visto que foi o meio de comunicação por onde as MSM, mas tiveram acesso a informações sobre IST/aids, assim como promovam maior aproximação dos equipamentos formais de educação e espaços de trabalho para divulgação de informações claras sobre as IST/aids para as MSM, considerando especialmente as lacunas de conhecimento aqui apontadas. Ainda, reforçam a necessidade de maior preparo dos profissionais para a educação em saúde de MSM. Sugere-se, atuação multiprofissional, no sentido do planejamento das ações educativas voltadas às MSM, destacando-se o papel dos enfermeiros, dada sua formação destacada nesta área (KAWATA et al., 2011; ROECKER et al., 2013).

Embora não ter sido encontrado associação independente entre fazer sexo com mulheres e com homens (MSM) e sexo exclusivamente com homens (MSH) e o uso inconsistente de preservativo neste estudo, observou-se elevado percentual do uso inconsistente de barreiras de proteção, sendo as MSM as que menos utilizam preservativo nas relações sexuais penetrativas.

Estudos evidenciaram que a não percepção de risco às IST/aids contribui para o não uso deste insumo de proteção e que muitas MSM acreditam que essas infecções não são transmitidas na relação entre mulheres, associando esses desfechos à figura masculina (MORAES; ESTEVES, 2009; LIMA, 2016; ANDRADE et al., 2019) ou por acreditarem não estarem vulneráveis por estarem em uma relação estável (BARBOSA; FACCHINI, 2009; CARVALHO et al., 2013).

Diversas são as barreiras para o não uso do preservativo, incluindo a falta de conhecimento, o acesso, a aceitação, as questões ligadas à vivência da sexualidade e às relações

gênero e o custo (BARBOSA; PERPÉTUO, 2010; BRASIL, 2016a). Estudo sobre prevenção de IST/aids entre MSM, aponta como motivo referido de práticas sexuais desprotegidas as situações de adaptação aos insumos, visto que não existem materiais específicos ao público feminino lésbico (LIMA, 2016). O preservativo feminino pode ser utilizado para a prevenção nas relações heterossexuais e homossexuais, contudo ele ainda é pouco disseminado entre o público feminino, independente da prática sexual (BARBOSA; PERPÉTUO, 2010). A falta de métodos de proteção seguros para o sexo entre mulheres reflete a invisibilidade dessas relações na sociedade.

Secundariamente, o estudo permitiu identificar maior vulnerabilidade de MSM às IST/aids, na medida em que, além de apresentarem menor conhecimento sobre IST/aids, utilizarem menos preservativos, faziam mais consumo de drogas ilícitas e uso abusivo de álcool, fatores que podem influenciar o julgamento e, assim, as práticas protetivas.

Dados da literatura internacional (LEWIS et al., 2015; HAFEES et al., 2017; BOYD et al., 2019) e nacional (PINTO et al., 2005; PARENTE et al., 2015) já tem apontado alto consumo de álcool na população LGBT, corroborando os achados da presente investigação. No entanto, estudos que abordem especificamente o consumo de álcool entre as MSM ainda continuam escassos.

Estudo americano (DRABBLE et al., 2018) que comparou uso de substâncias e a saúde mental entre mulheres de minorias sexuais e mulheres heterossexuais apontou que as mulheres de minorias sexuais e heterossexuais de amostra probabilística apresentaram prevalência de 33,8% vs 26,5% e de 49,3% vs 13,5% com relação a beber cinco ou mais doses e de se sentir bêbada nos últimos doze meses, respectivamente, corroborando dados da presente investigação quanto ao maior consumo entre MSM.

Identificou-se neste estudo elevado percentual de uso de tabaco entre as MSM (53,0%), achado consistente com estudos que demonstraram percentuais elevados do consumo

dessa substância (46,9%, 82,6%) (PINTO et al., 2005, EMORY et al., 2016 ; PARNES et al., 2017 ; SCHULER et al., 2018). O elevado consumo pode estar relacionado ao estresse decorrente de experiências de estigmatização, discriminação, bi e transfobia (HATZENBUERHLER et al., 2014; BLONDEEL et al., 2016; COCHRAN et al., 2016; PARNES et al., 2017), merecendo futuras investigações.

Por outro lado, menor percentual de MSM declarou ter religião, o que pode determinar menor rede de apoio social, aumentando sua vulnerabilidade (BOWLAND; FOSTER; VOSLER, 2013; ESTRAZULAS, 2019).

Constituem-se em limitações do estudo a amostra ser composta por maioria de mulheres brancas, com alto nível de escolaridade e ser desenvolvido em nível regional. Entretanto, ressalta-se sua importância na medida em que seus resultados apontam elevada vulnerabilidade de MSM às IST/aids, demonstrando lacunas de cuidados e de conhecimentos, que poderão orientar estratégias, com vistas ao cuidado integral e redução de vulnerabilidades deste grupo populacional. Ressalta-se, também, a importância e relevância do mesmo, tendo-se em vista abordar grupo populacional de difícil acesso para participação em pesquisas, devido ao estigma social, medo de discriminação e desejo de ocultar sua identidade sexual, dentre outros fatores, bem como seu ineditismo no uso de um questionário validado para aferir o nível de conhecimento das participantes e suas importantes contribuições no aumento do conhecimento desta importante temática.

6. CONCLUSÃO

A presente pesquisa permitiu demonstrar:

- Associação entre baixo conhecimento sobre IST/aids e fazer sexo com mulher e, secundariamente, associação entre menor escolaridade com esse desfecho;
- O uso inconsistente de preservativos não se associou com fazer sexo com mulheres;
- Maior prevalência de baixo conhecimento sobre IST/aids e de uso inconsistente de preservativos nas práticas penetrativas entre MSM em comparação às MSH, além de outras características que aumentam sua vulnerabilidade individual, social e programática a essas infecções.
- Temas relacionados às IST com maiores lacunas de conhecimento por MSM, assim como, as fontes onde estas os obtém.

O estudo aponta para a necessidade emergente de que as políticas públicas voltadas às MSM sejam efetivadas e sugere a necessidade de investimento em educação em saúde desse grupo, considerando especialmente estratégias voltadas aos meios de comunicação de massa, ao ensino formal e às oportunidades nos serviços de saúde, bem como educação permanente de profissionais, voltadas as suas especificidades em saúde.

7. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. **BMC Int. Health Hum. Rights**, London, v. 16, n. 2, p. 1-10, 2016.

ANDRADE, J. *et al.* Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3809-3819, 2020.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 121-143.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, p. 11-23, 2009.

BARBOR, T. F. *et al.* **AUDIT – The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care**. Geneva: World Health Organization, 1992.

BARBOSA, R. M. *et al.* **Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, p. 291-300, 2009.

BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p. 1511-1514, 2006.

BARBOSA, R. M.; PERPÉTUO, I. H. O. Contribuições para a análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil: o preservativo feminino em foco. In: BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Compromissos do governo brasileiro com a plataforma da CIPD: rumos ao Cairo + 20**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010. p. 137-155.

BARROS, M. S. M. R.; COSTA, L. S. Perfil do consumo de álcool entre estudantes universitários. **SMAD Rev Eletrôn Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 4-13, 2019. DOI 10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000353.

BERTOLIN, D. C. *et al.* Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papilomavírus humano. **Cogitare Enferm.**, v. 15, p. 730-735, 2010.

BERTOLOZZI, M. R. *et al.* Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 126-130, 2009.

BLONDEEL, K. *et al.* Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and

gender minorities: a review of systematic reviews **Int. J. Equity Health**, London, 15, p. 16, 2016.

BOWLAND, S. E.; FOSTER, K.; VOSLER, A. N. Culturally competent and spiritually sensitive therapy with lesbian and gay Christians. **Soc Work.**, Cary, v. 58, n. 4, p. 321-332, 2013. DOI: 10.1093/sw/swt037.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres/Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil sem homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Chegou a hora de cuidar da saúde**: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008 Disponível em: <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/IConferenciaNacionaldeGaysLesbicasBissexuaisTravestiseTransexuaisGLBT.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Cadernos de Atenção Básica).

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Plano nacional de promoção da cidadania e direitos humanos de LGBT**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2009b. Disponível em: <http://www.arcoiris.org.br/wp-content/uploads/2010/07/planolgbt.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mulheres lésbicas e bissexuais**: direitos, saúde e participação social. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays,**

bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório da oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST/aids e Hepatites Virais. Portal da Saúde. **Ministério da Saúde promove uso do insumo no dia mundial do preservativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Conferências conjuntas de direitos humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/3ª-conferencia-nacional-lgbt>. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Relatório Final – 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016c.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. UNAIDS. Programa conjunto das nações unidas sobre HIV/AIDS. **Conheça a zero discriminação.** Brasília: UNAIDS Brasil, 2017b. Disponível em: https://unaid.org.br/2017/03/conheca_zerodiscriminacao. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 9.453 de 31 de julho de 2018. Convoca a 4ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília DF, ano 147, p. 5, 1 ago. 2018b.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.844 de 18 junho de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. **Diário Oficial da União:** seção 1, n. 116-A, p. 4, Brasília, DF, 18 jun. 2019.

CAMPOS, C. H.; OLIVEIRA, G. C. **Saúde reprodutiva das mulheres, direitos, desafios e políticas públicas.** Brasília: Centro feminista de estudos e assessoria, 2009. (Coleção 20 anos de Cidadania e Feminismo).

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as

políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00101417, 2018. DOI 10.1590/0102-311X00101417.

CARVALHO, C. P. *et al.* Conhecimentos sobre sexualidade: construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. **Rev. Port. Educ.**, Braga, v. 30, n. 2, p. 249-274. DOI 10.21814/rpe.90322017.

CARVALHO, F. F. *et al.* Conhecimento da população privada de liberdade sobre infecções sexualmente transmissíveis. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, e20190268, 2020. DOI 10.1590/1983-1447.2020.20190268.

CHAN, S. K. *et al.* Likely female-to-female sexual transmission of HIV-Texas, 2012. **MMWR Morb. Mortal Wkly. Rep.**, Atlanta, v. 63, n. 10, p. 209-212, 2014.

COCHRAN, S. D.; BJORKENSTAM, C.; MAYS, V. M. Sexual orientation and all-cause mortality among US adults aged 18 to 59 years, 2001–2011. **Am. J. Public Health**, Washington, v. 106, p. 918-920, 2016.

CRONBACH, L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, Research Triangle Park, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951. DOI 10.1007/BF02310555.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 3, n. 4, p. 105-122, 1999.

DELAHANTY, J. *et al.* Tobacco use among lesbian, gay, bisexual and transgender young adults varies by sexual and gender identity. **Drug Alcohol Depend.**, Lausanne, v. 201, p. 161–170, 2019. DOI 10.1016/j.drugalcdep.2019.04.013.

EMORY, K. *et al.* Lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) view it differently than non-LGBT: exposure to tobacco-related couponing, e-cigarette advertisements, and anti-tobacco messages on social and traditional media. **Nicotine Tob. Res.**, Oxford, v. 21, p. 513-522, 2018.

ESTRAZULAS, M. D. M.; MORAIS, N. A. A Experiência religiosa/espiritual de lésbicas, gays e bissexuais: uma revisão integrativa de literatura. **Psicol.: Teor. Pesqui.**, Brasília, v. 35, p. e35436, 2019. DOI 10.1590/0102.3772e35436.

FACCHINI, R. Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. **Bagoas**, Natal, n. 4, p. 131-158, 2009.

FACCHINI, R. Histórico da luta de LGBT no Brasil. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO. (org). **Psicologia e diversidade sexual**. São Paulo: CRPSP, 2011. p. 10-19.

FUJII, H. Sexual norms for lesbian and bisexual women in a culture where lesbianism is not acceptable enough: the Japanese survey about sexual behaviors, STIs preventive behaviors, and the value of sexual relations. **J. Homosex.**, New York, v. 4, p. 1–14, 2017.

GAHAGAN, J.; SUBIRANA-MALARET, M. Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: key findings from Nova Scotia, Canada. **Int. J. Equity Health**, London, v. 17, n. 1, p. 76, 2018.

GORGOS, L. M.; MARRAZZO, J. M. Sexually transmitted infections among women who have sex with women. **Clin. Infect. Dis.**, v. 53, p. 84-91, 2011. Supplement 3.

HAFEEZ, H. *et al.* Health care disparities among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: a literature review. **Cureus**, Palo Alto, v. 9, n. 4, p. e1184, 2017. DOI 10.7759/cureus.1184.

HARDING, T. W. *et al.* Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol. Med.**, London, v. 10, p. 231-241, 1980.

HATZENBUEHLER, M. L.; SLOPEN, N.; MCLAUGHLIN, K. A. Stressful life events, sexual orientation, and cardiometabolic risk among young adults in the United States **Health Psychol.**, Washington, v. 33, p. 1185-1194, 2014.

IGNACIO, M. A. O. *et al.* Prevalência de vaginose bacteriana e fatores associados em mulheres que fazem sexo com mulheres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3077, 2018. DOI 10.1590/1518-8345.2491.3077.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@, região de São Paulo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <http://www.https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/botucatu/panorama>. Acesso em: 13 out. 2020.

JAWORSKI, B. C.; CAREY, M. P. Development and psychometric evaluation of a self-administered questionnaire to measure knowledge of sexually transmitted diseases. **AIDS Behav.**, New York, v. 11, p. 557-574, 2007.

KEIZUR, E. M. *et al.* Knowledge and testing preferences for *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, and *Trichomonas vaginalis* infections among female undergraduate students. **J. Am. Coll. Health**, New York, v. 68, n. 7, p. 754-761. DOI 10.1080/07448481.2019.1616742.

KOH, C. S.; 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**, Collingwood, v. 11, n. 3, p. 258-264, 2014.

KOWALCZYK, R.; NOWOSIELKI, K. Impact of social factors and sexual behaviors on the knowledge of sexually transmitted infections among women who have sex with women/women who have sex with women and men. **Int. J. STD AIDS**, London, v. 30, n. 2, p. 163–172, 2019. DOI: <http://doi.org/10.1177/0956462418802736>.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Promoc. Saude**, v. 3, n. 6, p. 31, 2002.

LEMOES, A. C. S. Rachas ou agregações? Uma análise sobre os movimentos de lésbicas e movimentos feministas no 8º SENALE - Seminário Nacional de Lésbicas. *In*: REDOR, 18., 2014, Recife. **Anais [...]**. Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco, 2014. p. 2321-2337.

LIMA, C. T. *et al.* Concurrent and 58epublico validity of the Audit in urban Brazilian sample. **Alcohol Alcohol.**, Oxford, v. 40, p. 584-589, 2005.

LIMA, M. A. S. **Vulnerabilidade e prevenção às DST's nas práticas afetivo-sexuais de**

lésbicas. 2016. 127 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

LIS, R.; ROWHANI-RAHBAR, A.; MANHART, L. E. Mycoplasma genitalium infection and female reproductive tract disease: a meta-analysis. **Clin. Infect. Dis.**, Chicago, v. 61, n. 3, p. 418-426, 2015.

LOGIE, C. H. *et al.* A group-based HIV and sexually transmitted infections prevention intervention for lesbian, queer and other women who have sex with women in Calgary and Toronto, Canada: study protocol for a non-randomised cohort pilot study. **BMJ Open**., London, v. 4, n. 4, p. 1-8, 2014a. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/4/e005190.full.pdf+htm>. Acesso em: 20 nov. 2020.

LOGIE, C. H. *et al.* A psycho-educational HIV/STI prevention intervention for internally displaced women in Leogane, Haiti: results from a non-randomized cohort pilot study. **PloS One**, San Francisco, v. 9, n. 2, p. e89836, 2014b.

LOGIE, C. H.; NAVIA, D.; LOUTFY, M. R. Correlates of a lifetime history of sexually transmitted infections among women who have sex with women in Toronto, Canada: results from a cross-sectional internet-based survey. **Sex. Transm. Infect.**, London, v. 91, p. 278–283, 2015.

MARI, J. J. J.; WILLIAMS, P. A. Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ20) in primary care in the city of São Paulo. **Braz. J. Psychiatry**, London, v. 148, p. 23-26, 1986.

MARQUES, A. M.; OLIVEIRA, J. M.; NOGUEIRA, C. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2037-2047, 2013.

MARRAZZO, J. M.; COFFEY, P.; BINGHAM, A. Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. **Perspect. Sex. Reprod. Health**, New York, v. 37, n. 1, p. 6–12, 2005.

MATEBENI, Z. *et al.* "I thought we are safe": Southern African lesbians' experiences of living with HIV. **Cult. Health Sex.**, London, v. 15, p. 34-47, 2013. Suplemento. DOI 10.1080/13691058.2013.764016.

MELLO, A. P. L. Apresentação da pesquisa: panorama da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: um olhar a partir do discurso de profissionais de saúde da família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política para Mulheres. **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.

MEYER, D. E. E. *et al.* "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

MIRANDA, A. E. *et al.* Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao exército brasileiro, Brasil. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro,

v. 18, n. 2, p. 489-497, 2013.

MOLIN, S. B.; DE BLASIO, B. F.; OLSEN, A. O. Is the risk for sexually transmissible infections (STI) lower among women with exclusively female sexual partners compared with women with male partners? A retrospective study based on attendees at a Norwegian STI clinic from 2004 to 2014. **Sex. Health**, Collingwood, v. 13, p. 257–264, 2016.

MORA, C.; MONTEIRO, S. Vulnerability to STI/HIV: sociability and the life trajectories of young women who have sex with women in Rio de Janeiro. **Cult. Health Sex.**, London, v. 12, p. 115-124, 2010.

MULLER, A.; HUGHES, T. L. Making the invisible visible: a systematic review of sexual minority women's health in Southern Africa. **BMC Public Health**, London, v. 16, p. 307, 2016. DOI 10.1186/s12889-016-2980-6.

MURANDA, T.; MUGO, K.; ANTONITES, C. HIV is not for me: a study of African women who have sex with women's perceptions of HIV/AIDS and sexual health. **Afr. Hum. Rights Law J.**, Pretoria, v. 14, n. 2, p. 757-786, 2014.

NATIONAL ALLIANCE ON MENTAL ILLNESS. **LGBTQ**. Arlington: NAMI; 2016. Disponível em: <https://www.nami.org/Find-Support/LGBTQ>. Acesso em: 17 jul. 2019.

NEGREIROS, F. R. N. *et al.* Saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais: da formação médica à atuação profissional. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 23-31, 2019. DOI 10.1590/1981-52712015v43n1rb20180075.

NICHIATA, L. Y. I. *et al.* Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1769-1773, 2011.

NIETSCHE, E. A. *et al.* Nursing training for care to the homosexual and bisexual population: students' perception. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 32, p. e25174, 2018. DOI 10.18471/rbe.v32.25174.

OLIVEIRA, A. D. S.; NERY, I. S. Mulheres que fazem sexo com mulheres: atitudes e práticas sobre prevenção de HIV/AIDS / Women who have sex with women: 60epublic and practices on prevention of HIV/AIDS. **Enferm. UFPI**, v. 5, n. 3, p. 10-17, 2016.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 25-32, 1998.

PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, p. 55-78, 2002.

PARENTE, J. S. *et al.* Álcool, drogas e violência: implicações para a saúde de minorias sexuais. **Reprod. Clim.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 108-114, 2015.

PARNES, J. E.; RAHM-KNIGGE, R. L.; CONNER, B. T. The curvilinear effects of sexual orientation on young adult substance use. **Addict. Behav.**, Oxford, v. 66, p. 108-113, 2017.

PASCHEN-WOLFF, M. M. *et al.* HIV and sexually transmitted infection knowledge among

women who have sex with women in four Southern African countries. **Cult. Health Sex.**, London, v. 22, n. 6, p. 705-721, 2020. DOI 10.1080/13691058.2019.1629627.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, p. e180279, 2019. DOI 10.1590/interface.180279.

PEELING, R. W. *et al.* Syphilis. **Nat. Rev. Dis. Prim.**, London, v. 3, p. 17073, 2017.

PEREIRA, H.; CARMO, A. Sexually transmitted diseases: knowledge and perceived prevalence of symptoms in university students. **Int. STD Res. Rev., India**, v. 2, n. 1, p. 1-11, 2014.

PINTO, V. M. *et al.* Sexually transmitted disease/HIV risk behavior among women who have sex with women. **Aids**, London, v. 19, p. 64-69, 2005.

POURMARZI, D.; SHARAMI, S. H. Midwives' educational needs and knowledge about sexually transmittable infections in the Islamic Republic of Iran. **East Mediterr. Health J.**, Alexandria, v. 23, n. 9, p. 611-618, 2017.

RODRIGUES, J. L.; SCHOR, N. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas e bissexuais. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS, 9., 2010, Florianópolis. **Anais Eletrônicos [...]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. p. 1-11. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278277959_ARQUIVO_trabalhocompl etoJulliana.pdf. Acesso em: 4 jan. 2020.

RODRIGUES, V. C. C. *et al.* Fatores associados ao conhecimento e atitude de adolescentes quanto ao uso de preservativo masculino. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 74, p. e20190452, 2021. Suplemento 4. DOI 10.1590/0034-7167-2019-0452.

ROECKER, S.; NUNES, E. F. P. A.; MARCON, S. S. The educational work of nurses in the family health strategy. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 157-165, 2013.

ROGES, A. L.; VASCONCELOS, E. M. R.; ARAÚJO, E. C. Needs in the health sector related to the LGBT population (lesbians, gays, bisexuals and transvestites). **J. Nurs. UFPE on line**, Recife, v. 9, p. 1-4, 2015. Suplemento 5. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/8390>. Acesso em: 10 fev. 2021.

ROSA, D. F. *et al.* Nursing care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, p. 299-306, 2019. Suplemento 1. DOI 10.1590/0034-7167-2017-0644.

ROWEN, T. S. *et al.* Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, New York, v. 120, n. 1, p. 42-45, 2013. DOI 10.1016/j.ijgo.2012.08.011.

RUFINO, A. C. *et al.* Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com

mulheres: 2013-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, e2017499, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000400005>.

SAAD, A. *et al.* A customized peer-facilitators training program related to sexual health intervention. **Int. Health**, Oxford, v. 4, n. 4, p. 277-282, 2012.

SANTOS, A. R. *et al.* Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 400-408, 2015. DOI 10.1590/1983-80422015232078.

SILVA, E. C.; TUCCI, A. M. Padrão de consumo de álcool em estudantes universitários (calouros) e diferença entre os gêneros. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 313-323, 2016.

SOOD, S.; KAPIL, A. An update on *Trichomonas vaginalis*. **Indian J. Sex. Transm. Dis.**, India, v. 29, n. 1, p. 7-14, 2008.

STAMM, W. E. Chlamydia trachomatis infections of the adult. In: HOLMES, K. K. *et al.* **Sexually transmitted diseases**. 3. ed. Nova Iorque: MacGraw-Hill, 1999. p. 1146.

TAKEMOTO, M. L. S. *et al.* Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. e00118118, 2019. DOI 10.1590/0102-311X00118118.

TAT, A. S.; MARAZZO, J. M.; GRAHAN, S. M. Women who have sex with women living in low- and middle-income countries: a systematic review of sexual health and risk behaviors. **LGBT Health**, New Rochelle, v. 2, p. 91-104, 2015.

TEIXEIRA, L. O.; FIGUEIREDO, V. L. M.; MENDOZA-SASSI, R. A. Adaptação transcultural do Questionário sobre Conhecimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis para o português brasileiro. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 3, p. 247-256, 2015. DOI 10.1590/0047-20850000000085.

VALADÃO, R. C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016–2021**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf;jsessionid=A5C7FBB0B5B4F839B59A33B4B173F042?sequence=1>. Acesso em: 12 out. 2020.

YAYA, S. *et al.* Trends and determinants of HIV/AIDS knowledge among women in Bangladesh. **BMC Public Health**, London, v. 16, p. 812, 2016. DOI 10.1186/s12889-016-3512-0.

APÊNDICE I



Projeto

Cuidando da Saúde
da Mulher**CHEGOU A HORA DE CUIDAR DA SUA SAÚDE**

O projeto é para mulheres que tem relação sexual com **mulheres**, com **homens** e com **mulheres** e **homens**.

Você se beneficiará com exames que detectam **HPV e outras infecções da vagina e do colo do útero**, além de receber orientações importantes.

Garantimos sigilo absoluto de sua identidade!*Participe!*

Agende seu horário e convide as mulheres que você quer bem.

**(11) 975341514 - vivo****(14) 981903919 - tim****@cuidandodamulher2019****@pcsaudedamulher2019****cuidandodamulher2019@gmail.com****@cuidandodamulh1**

APÊNDICE II



Projeto
Cuidando da Saúde da Mulher

O projeto é para mulheres acima de 18 anos que tem relação sexual com **mulheres**, com **homens** e com **mulheres e homens**.
Você se beneficiará com exames que detectam **HPV e outras infecções da vagina e do colo do útero**, além de receber orientações importantes.

Agende seu horário!

 cuidandodamulher2019@gmail.com
 [@cuidandodamulher1](https://twitter.com/cuidandodamulher1)
 [@cuidandodamulher2019](https://facebook.com/cuidandodamulher2019)
 [@pcsaudedamulher2019](https://instagram.com/pcsaudedamulher2019)
 (11) 975341514 - vivo
  (14) 981903919 - tim

APÊNDICE III

1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Grupo MSM ()
Grupo MSH ()
Grupo MSHM ()
Grupo Transexual ()

Número: _____

Entrevistador: _____ Coletor: _____

Nome: _____

Contato: Endereço: _____ Município: _____

Telefone: _____ Cel: _____

Como ficou sabendo desta pesquisa? (0) Facebook/Instagram/Twitter/Whatsapp (1) Procura espontânea/Cartaz
 (2) Encaminhado por profissional da saúde (3) Indicação de outro participante (4) Indicação de liderança LGBT
 (5) Participou de pesquisa anterior (6) Outro: _____

Qual sua idade? _____ anos DN: ____/____/____

Qual sua cor? (0) Branca (1) Preta (2) Parda (3) Amarela (4) Indígena (5) Outra

Você estudou até que série? (anos concluídos) cursou 9º ano? (0) não (1) sim

Qual seu estado civil? (0) casada no cartório (1) união estável (2) solteira (3) outras – separada/divorciada/viúva

Vive com companheiro (a)? (0) não (1) sim

Professa alguma religião? (0) não (1) sim

Tem alguma atividade remunerada? (0) não (1) sim

Qual a renda da sua família? R\$ _____

Qual o número de pessoas que dependem dessa renda? _____

2 CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

No último ano: Você fumou? (0) não (1) sim
 Você fez uso de alguma droga ilícita? (0) não (1) sim

	não	sim	n/a
Maconha			
Cocaína			
Crack			
Outra droga			Qual?

3 COMPORTAMENTOS E PRÁTICAS SEXUAIS

Como você se vê? (identidade de gênero) (0) como homem (1) como mulher (2) não definiu (3) outra

Qual sua orientação sexual? (0) Homossexual (1) Bissexual (2) Heterossexual (3) Outra. Qual?

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

Nos últimos 3 meses você teve relações sexuais?

(0) somente com mulheres (1) com homens e mulheres (2) somente com homens (3) não teve relação

Quantas parcerias sexuais você teve nos últimos 3 meses? ____ (H) ____ (M)

Trocou de parceria sexual nos últimos 3 meses? (0) não (1) sim

Utiliza acessórios sexuais (prótese, vibradores, etc)? (0) não (1) sim

	MSM			MSMH						MSH		
	não	sim	n/a	Homem			Mulher			não	sim	n/a
				não	sim	n/a	não	sim	n/a			
Recebe penetração vaginal?												
Utiliza preservativo em todas relações? (uso consistente)												
Recebe penetração anal?												
Utiliza preservativo em todas relações? (uso consistente)												
Recebe sexo oro-anal?												
Utiliza preservativo em todas relações? (uso consistente)												
Recebe sexo oral?												
Utiliza preservativo em todas relações? (uso consistente)												

Nos últimos 12 meses, você recebeu ou pegou camisinha de graça no serviço de saúde? (0) não (1) sim

Nos últimos 12 meses, você recebeu ou pegou camisinha de graça em outro local? (0) não (1) sim. Onde? (n/a)

Você conhece o preservativo feminino, mesmo que só de ouvir falar? (0) não (1) sim

Já fez uso de preservativo feminino? (0) só ouvi falar (1) nunca ouvi falar (2) experimentei (3) faço uso

4 REPRODUÇÃO

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

Utiliza contraceptivo hormonal? (0) não (1) sim

5 HABITOS DE HIGIENE ÍNTIMA

Você realiza ducha vaginal? (0) não (1) sim

Utiliza de sabonetes e cosméticos íntimos? (0) não (1) sim

Utiliza protetor diário de calcinhas? (0) não (1) sim

Utiliza absorvente interno? (0) não (1) sim

Utiliza coletor vaginal? (0) não (1) sim

Realiza higiene pós-relação sexual? (0) não (1) sim

A maioria das peças íntimas (calcinha/cueca) são de algodão? (0) não (1) sim

Lava as peças íntimas (calcinha/cueca) calcinhas no banheiro? (0) não (1) sim

Utiliza produto químico (sabão em pó, alvejante, amaciante) para lavar as peças íntimas (calcinha/cueca)? (0) não (1) sim

Seca as peças íntimas (calcinha/cueca) no sol? (0) não (1) sim

Utiliza calcinha do tipo fio dental? (0) não (1) sim

6 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Frequenta a unidade básica de saúde para ações de prevenção e promoção à saúde (vacinação, consulta de rotina, exames, grupos)? (0) não (1) sim

Frequenta outro serviço público de saúde? (PS, ambulatório) (0) não (1) sim

Frequenta serviços particulares de saúde? (0) não (1) sim

Fez consulta ginecológica no último ano? (0) não (1) sim

Declara fazer sexo com mulher no serviço de saúde que frequenta? (0) não (1) sim (2) n/a

Recebeu informações sobre prevenção de IST/Aids no serviço de saúde que frequenta? (0) não (1) sim (2) n/a

Teve dificuldade para ser atendida quando procurou o serviço de saúde que frequenta? (0) não (1) sim (2) n/a

Teve oportunidade de expor sua queixa para o profissional no serviço de saúde que frequenta? (0) não (1) sim (2) n/a

Teve oportunidade de retirar suas dúvidas com os profissionais no serviço de saúde que frequenta? (0) não (1) sim (2) n/a

Recebeu informações sobre higiene íntima e de acessórios sexuais no serviço de saúde que frequenta? (0) não (1) sim (2) n/a

7 VIOLÊNCIA

Você já viveu uma situação de:

- | | |
|---|---|
| ☐ Violência Verbal (xingar, ofender, destratar, insultar, etc) | ☐ Violência Física |
| ☐ Violência Psicológica (humilhação, insulto, limitar o ir e vir, etc) | ☐ Violência Sexual |
| ☐ Danos patrimoniais (destruição de documentos, objetos, etc) | ☐ Ameaça |
| ☐ Violência moral (calúnia, difamação, injúria) | ☐ Subtração de dinheiro e bens |
| | ☐ não |

Como ocorreu/Quais as circunstâncias? () n/a

Você já viveu uma situação de violência por fazer sexo com mulheres? () n/a

- | | |
|---|---|
| ☐ Violência Verbal (xingar, ofender, destratar, insultar, etc) | ☐ Violência Física |
| ☐ Violência Psicológica (humilhação, insulto, limitar o ir e vir, etc) | ☐ Violência Sexual |
| ☐ Danos patrimoniais (destruição de documentos, objetos, etc) | ☐ Ameaça |
| ☐ Violência moral (calúnia, difamação, injúria) | ☐ Subtração de dinheiro e bens |

Como ocorreu/Quais as circunstâncias? () n/a

Você já viveu uma situação de violência por parcerias íntimas?

- | | |
|---|---|
| ☐ Violência Verbal (xingar, ofender, destratar, insultar, etc) | ☐ Violência Física |
| ☐ Violência Psicológica (humilhação, insulto, limitar o ir e vir, etc) | ☐ Violência Sexual |
| ☐ Danos patrimoniais (destruição de documentos, objetos, etc) | ☐ Ameaça |
| ☐ Violência moral (calúnia, difamação, injúria) | ☐ Subtração de dinheiro e bens |

Homem () Mulher() Ambos() () n/a Há quanto tempo? () n/a

Como ocorreu/Quais as circunstâncias? () n/a

Você procurou o serviço de saúde em decorrência das violências sofridas? (0) não (1) sim (2) n/a**Por quê? () n/a**

Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa? (0) não (1) sim

Abertura para aprofundamento da questão? (0) não (1) sim (2) n/a**8 EXAME GINECOLÓGICO****DUM:** _____ **DURS:** ____/____/____ **Queixa ginecológica:** (0) não (1) sim **Qual?** _____ () n/a**Exame:****Vulva:** (0) sem alteração (1) lesão: _____ (2) hiperemia (3) escoriações**Realiza depilação completa?** (0) não (1) sim**Vagina:** (0) sem alteração (1) lesão: _____ (2) hiperemia (3) escoriações (4) não visualizada**Conteúdo vaginal:** (0) não (1) sim (4) não visualizado**Intensidade:** (0) pouco (1) moderado (2) muito (3) não visualizado**Aspecto:** (0) fluído (1) pastoso (2) bifásico (3) não visualizado**Cor:** (0) branco (1) amarelo (2) acizentado (3) não visualizado**pH vaginal:** _____ >4.5 (0) não (1) sim (2) não visualizado**Whiff test:** (0) presente (1) ausente (2) duvidoso (3) não realizado**Colo uterino:** (0) epiteliado (1) ectopia**JEC:** _____ (2) friável (3) outros: _____ (4) não visualizado**Número:** _____

Nome:

Telefone:

Cel:

9 DADOS LABORATORIAIS

Resultado do Gram:

Flora I: (0) não (1) sim Escore:

Flora II: (0) não (1) sim Escore:

Vaginose bacteriana: (0) não (1) sim Escore:

Vaginose citolítica: (0) não (1) sim

Vaginite aeróbia: (0) não (1) sim

Candidose vaginal: (0) não (1) sim

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

Microbioma vaginal:

Gonorréia: (0) não (1) sim

Tricomoníase: (0) não (1) sim

***C. trachomatis*:** (0) não (1) sim

Infecção pelo HPV: (0) não (1) sim Genótipos:

Positividade para alguma IST: (0) não (1) sim

Apêndice IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar da pesquisa **“Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres a agravos relacionados à saúde mental, sexual e reprodutiva e situação de violência”**, que objetiva analisar aspectos da saúde mental e sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres e, assim, contribuir para estabelecimento de políticas e práticas de cuidados voltados à atenção integral à 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 quatro subprojetos, a saber:

- **Subprojeto I: “Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres à vaginose bacteriana”** cujo objetivo é analisar a vulnerabilidade das mulheres a uma infecção vaginal, chamada vaginose bacteriana. Será desenvolvido pela pesquisadora **enfermeira Mariana Alice de Oliveira Ignácio**.

- **Subprojeto II: “Sofrimento psíquico e consumo de álcool em mulheres que fazem sexo com mulheres”**, que objetiva analisar o sofrimento psíquico e o consumo de álcool das mulheres que fazem sexo com mulheres, a ser desenvolvido pela **enfermeira Thayná Santos Buesso**.

- **Subprojeto III: “Situações de violência vivenciada em mulheres que fazem sexo com mulheres”**, que tem por objetivo investigar e compreender a situação de violência entre as mulheres que fazem sexo com outras mulheres e será desenvolvido pela professora **Dra. Margareth Aparecida Santini de Almeida**.

- **Subprojeto IV: “Experiência de mulheres que fazem sexo com mulheres com o cuidado de sua saúde sexual e reprodutiva”**, que tem por objetivo de compreender a experiência de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o seu cuidado com a saúde sexual e reprodutiva. Será desenvolvido pela **enfermeira Stéfanie Cristina Pires Amancio**.

- **Subprojeto V: “Conhecimentos e práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e aids de mulheres que fazem sexo com mulheres”**, que tem por objetivo analisar conhecimentos e práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e aids de mulheres que fazem sexo com mulheres. Será desenvolvido pela **enfermeira Ana Beatriz Henrique Parenti**.

Sua participação nos **subprojetos I, II e V** implicará em responder um questionário que durará em média 20 minutos, e submeter-se a exame ginecológico, que durará em média 15 minutos e serão realizados pelas pesquisadoras. Para o exame ginecológico, será necessário a introdução de um aparelho de plástico, estéril e descartável 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 e uma escovinha também descartáveis, para verificação da presença de microorganismos que causam doenças. O exame ginecológico poderá acarretar desconforto e constrangimento e na coleta.

Seu benefício em participar possibilitará a realização de exames que não são habitualmente realizados na rede de saúde de Botucatu, bem como, receber orientações e encaminhamento para tratamento de infecções genitais e problemas com uso de álcool e transtornos mentais comuns.

Sua participação nos **Subprojetos III e IV** envolverá uma entrevista conduzida pelas pesquisadoras responsáveis, que durará em torno de 15 minutos, será gravada e transcrita e posteriormente destruída. A resposta a entrevista poderá lhe causar algum constrangimento e você poderá se beneficiar de orientações e encaminhamentos para serviços de saúde, se necessário.

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, que funciona de segunda a sexta-feira das 8:00 as 11:30 e das 14 as 17:00 horas na Chácara Butignolli, s/n em Rubião Júnior, Botucatu/SP.

Botucatu, _____ de _____ de 20__

Assinatura da participante

Mariana Alice de Oliveira Ignácio
End: Rua Major Moura Campos, 300
Bairro Alto
CEP: 18600-210 Botucatu/SP
Fone:(14) 98190-3919
e-mail: mariana.aoignacio@gmail.com

Thayna Santos Buesso
End: R Plácido Rodrigues Venegas ,344
Jardim Paraíso
CEP: 18610-180 Botucatu/SP
Fone: (11) 975341514
e-mail: thaynabuess01@gmail.com

Stéfanie Cristina Pires Amancio
End: Santo Pascucci, 53
Vila Carmelo
CEP: 18609-590 Botucatu/SP
Fone: (15)997796867
e-mail: scpamancio@gmail.com

Margareth Aparecida Santini de Almeida
End: Rua Comendador Pedro
Stefanini,373. Vila Carmelo
CEP: 18609-590 Botucatu/SP
Fone: (15) 38801351
e-mail: malmeida@fmb.unesp.br

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

Ana Beatriz Henrique Parenti
End: Maria de Lourdes D.
Inocente, 181, Jardim Bela Vista
CEP: 18650-000 São Manuel/SP
Fone: (14) 981113986
e-mail: biaparenti@hotmail.com



UNESP

ANEXO I

AUDIT



Data: ____/____/____ Sexo: ____M ____F

Leia as questões abaixo e assinale a alternativa mais apropriada ao seu padrão de consumo.

Especifique qual a bebida utilizada: _____

1- Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

I _ I

(0) Nenhuma

(2) 2 a 4 vezes por mês

(4) 4 ou mais vezes por semana

(1) Uma ou menos de uma vez por mês (3) 2 a 3 vezes por semana

2- Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

I _ I

(0) Nenhuma

(2) 3 a 4

(4) 7 a 9

(1) 1 a 2

(3) 5 a 6

(5) 10 ou mais

3- Qual a frequência que você consome 5 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião?

I _ I

(0) Nunca
diariamente

(2) Mensalmente

(4) Diariamente ou quase

(1) Menos que mensalmente

(3) Semanalmente

4- Com que frequência durante os últimos 12 meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

I _ I

(0) Nunca
diariamente

(2) Mensalmente

(4) Diariamente ou quase

(1) Menos que mensalmente

(3) Semanalmente

5- Quantas vezes durante o ano passado você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

I _ I

(0) Nunca
diariamente

(2) Mensalmente

(4) Diariamente ou quase

(1) Menos que mensalmente

(3) Semanalmente

6- Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?

I _ I

(0) Nunca
diariamente

(2) Mensalmente

(4) Diariamente ou quase

(1) Menos que mensalmente

(3) Semanalmente

7- Quantas vezes durante o ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

I _ I

(0) Nunca
diariamente

(2) Mensalmente

(4) Diariamente ou quase

(1) Menos que mensalmente

(3) Semanalmente

8- Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior por que você estava bebendo?

I _ I

(0) Nunca
diariamente

(2) Mensalmente

(4) Diariamente ou quase

(1) Menos que mensalmente

(3) Semanalmente

9- Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?

I__I

(0) Não
durante o último ano

(2) Sim, mas não no último ano

(4) Sim,

10- Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área da saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

I__I

(0) Não

(2) Sim, mas não no último ano
durante o último ano

(4) Sim,

ESCORE TOTAL:

I__I__I

Consumo de baixo risco ou abstinência:

Homens = 0 a 7 pontos

Mulheres, adolescentes e homens acima de 60 anos = 0 a 4 pontos

Consumo de risco = 8 a 15 pontos

Uso nocivo ou consumo de alto risco = 15 a 19 pontos

Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos)

ANEXO II SRQ

O(A) Sr(a). Poderia por favor responder as seguintes perguntas a respeito da sua saúde:

□□

01- Tem dores de cabeça freqüentes?.	1- Sim	2- Não	
02- Tem falta de apetite?.	1- Sim	2- Não	
03- Dorme mal?	1- Sim	2- Não	
04- Assusta-se com facilidade?	1- Sim	2- Não	
05- Tem tremores de mão?	1- Sim	2- Não	
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1- Sim	2- Não	
07- Tem má digestão?	1- Sim	2- Não	
08- Tem dificuldade de pensar com clareza?	1- Sim	2- Não	
09- Tem se sentido triste ultimamente?	1- Sim	2- Não	
10- Tem chorado mais do que de costume?	1- Sim	2- Não	
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1- Sim	2- Não	
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	1- Sim	2- Não	
13- Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa sofrimento)?	1- Sim	2- Não	
14- É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1- Sim	2- Não	
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	1- Sim	2- Não	
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1- Sim	2- Não	
17- Tem tido a idéia de acabar com a vida	1- Sim	2- Não	
18- Sente-se cansado (a) o tempo todo?	1- Sim	2- Não	
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	1- Sim	2- Não	
20- Você se cansa com facilidade?	1- Sim	2- Não	

Total Geral |__||__|

Pontos de corte

Homens: 5/6

Mulheres: 7/8

ANEXO III

SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE (STD-KQ).

Item	Verdadeiro	Falso	Não sei	Resposta
1. Herpes Genital é causado pelo mesmo vírus do HIV				
2. Infecções Urinárias Frequentes são causadas pela Clamídia				
3. Existe cura para Gonorreia				
4. É mais fácil pegar o HIV se uma pessoa também tiver outra Doença Sexualmente Transmissível (DST)				
5. O Papilomavírus Humano (HPV) é causado pelo mesmo vírus que causa o HIV				
6. Fazer sexo anal aumenta o risco de uma pessoa pegar Hepatite				
7. Logo após pegar o HIV a pessoa desenvolve feridas abertas nos órgãos genitais (pênis ou na vagina)				
8. Existe cura para Clamídia				
9. Uma mulher com Herpes Genital pode passar a infecção para o bebê durante o parto				
10. Uma mulher pode olhar para o seu corpo e dizer se tem Gonorreia				
11. Um mesmo vírus causa todas as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)				
12. O Papilomavírus Humano (HPV) pode causar verrugas genitais				
13. O Papilomavírus Humano (HPV) pode levar ao câncer nas mulheres				
14. Um homem só pega verrugas genitais fazendo sexo vaginal				
15. As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) podem levar a problemas de saúde, que geralmente são mais graves nos homens que nas mulheres.				
16. Uma mulher pode dizer que tem Clamídia se um mau cheiro vier da sua vagina				
17. Se uma pessoa tiver um teste positivo para HIV, esse teste pode dizer o quão doente uma pessoa irá ficar				
18. Existe uma vacina disponível para prevenir uma pessoa de pegar Gonorreia				
19. Uma mulher pode dizer, pela forma como sente o seu corpo, se tem uma Doença Sexualmente Transmissível (DST)				
20. Uma pessoa com Herpes Genital deve ter feridas abertas para passar a infecção para o seu parceiro ou a sua parceira sexual				
21. Existe uma vacina que previne uma pessoa de pegar Clamídia				
22. Um homem pode dizer, pela forma como sente o seu corpo, se tem Hepatite B				
23. Se uma pessoa teve Gonorreia no passado, ela é imune (protegida) e não pode pegar de novo				
24. O Papilomavírus Humano (HPV) pode causar o HIV				
25. Um homem pode evitar de pegar Verrugas Genitais lavando seus genitais após o sexo				
26. Existe uma vacina que pode proteger uma pessoa de pegar Hepatite B				
27. Mesmo que o seu parceiro/parceira não tenha nenhuma lesão no pênis, ou no ânus ou na vagina, ele/ela pode passar sífilis para você.				
28. A sífilis pode ficar escondida no corpo por anos				

Onde você obtém informações sobre IST/Aids?

(0) Internet (1) Escola (2) Serviços de saúde (3) Colegas (4) Família (5) Outros

O conhecimento diz respeito a capacidade humana de entender, apreender e compreender coisas e fatos que os cercam e pode ser concebido através da criação ou na experenciação do novo (FERREIRA, 1999) ou ainda segundo Paulo Freire trata-se de um processo social criado por meio da ação-reflexão transformadora dos humanos sobre a realidade (FREIRE, 2003), ou seja, esse processo humano discutido a luz da vulnerabilidade torna-se indivisível na esfera destas três dimensões.

FREIRE, Paulo. A alfabetização de adultos: crítica de sua visão ingênua; compreensão de sua visão crítica. In: Ação Cultural para a Liberdade: e outros escritos. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

Arquivo PDF. Disponível em:

[http://comunidades.mda.gov.br/portal/saf/arquivos/view/ater/livros/A%C3%A7%C3%A3o_Cultural_p
ara_a_Liberdade.pdf](http://comunidades.mda.gov.br/portal/saf/arquivos/view/ater/livros/A%C3%A7%C3%A3o_Cultural_para_a_Liberdade.pdf)

Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. ABNT: FERREIRA, **Aurélio** Buarque de Holanda. Novo **Aurélio** Século XXI: o **dicionário** da língua portuguesa.