

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

Mariana Alice de Oliveira Ignacio

**Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo exclusivamente
com mulheres e de mulheres que fazem sexo com mulheres e
com homens à vaginose bacteriana**

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

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Botucatu
2022

Mariana Alice de Oliveira Ignacio

**Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo exclusivamente com
mulheres e de mulheres que fazem sexo com mulheres e com
homens à vaginose bacteriana**

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

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Botucatu
2022

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

Ignacio, Mariana Alice de Oliveira.

Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo exclusivamente
com mulheres e de mulheres que fazem sexo com mulheres e com
homens à vaginose bacteriana / Mariana Alice de Oliveira
Ignacio. - Botucatu, 2022

Tese (doutorado) - 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. Vaginose bacteriana. 4. Identidade de gênero. 5. Pessoas
LGBT.

Palavras-chave: Homossexualidade feminina; Minorias sexuais e
de gênero; Vaginose bacteriana; Vulnerabilidade em saúde.

Agradecimento ao suporte financeiro realizado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, nas modalidades de Auxílio Regular Processo: 2018/19649-0 e Bolsa Doutorado Processo: 2018/14770-6.

Esta tese é especialmente dedicada:

À minha família e em especial aos meus pais, José Roberto e Cleusa, por terem me ensinado os verdadeiros valores da vida, a importância do estudo e sempre apoiarem e incentivarem minha carreira acadêmica.

A todas as mulheres, participantes da pesquisa, que acreditaram, valorizaram, confiaram em nosso trabalho e dividiram conosco suas angústias, escolhas, dúvidas e intimidade. A vocês toda minha gratidão!

Agradeço especialmente:

À Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Que desde a faculdade me ensina a arte de ser enfermeira e, durante minha formação no mestrado e doutorado, a arte de ser professora e pesquisadora. É um exemplo profissional de competência e generosidade. Obrigada por compartilhar comigo seu conhecimento, por acreditar e confiar em meu trabalho e trazer tantas oportunidades de aprendizado profissional e pessoal para minha vida.

A toda equipe de pesquisa do projeto “Cuidando da Saúde da Mulher” - Prof. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte – coordenadora; Profa. Associada

Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira,

Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi,

Profa. Dra. Márcia Guimarães da Silva,

Profa. Dra. Margareth Aparecida Santini de Almeida, Enfa. Ms. Thayná Santos Buesso, Enfa. Ms. Stéfanie Cristina Pires Amancio, Enfa. Ms. Ana Beatriz Henrique Parenti, Enfa. Giovanna Donegá Capovilla, Enfa. Jéssica Leite de Campos e graduanda em medicina Isabel Cuba Gaspar,

pela valiosa parceria, oportunidade de aprendizado, compartilhamento de conhecimento e importantes contribuições para o desenvolvimento do projeto. Em especial à Enfa. Ms. Thayná Santos Buesso, que dividiu comigo todas as etapas desse trabalho e com muita dedicação, reponsabilidade e bom humor ajudou a caminhada ser produtiva. Foi um grande prazer trabalhar com você.

Obrigada pela parceria e amizade!

A todos da equipe do Laboratório de Imunopatologia da Relação Materno-Fetal, que sempre muito dispostos a ajudar, abriram as portas do laboratório para a nossa equipe e com toda competência realizaram as análises laboratoriais do nosso projeto. Essa parceria é imensamente valiosa! Em especial à Profa. Dra.

Márcia Guimarães da Silva, coordenadora do laboratório, pelas importantíssimas contribuições intelectuais com o projeto, às *Biomédicas Ms. Julia Andrade Pessoa Morales*, doutoranda *Giovana Fernanda Cosi Bento* e doutoranda *Mariana de Castro e Silva* pela especial dedicação com as análises e resultados laboratoriais do projeto, parceria e amizade e *Dra. Rosana Silveira* por todo cuidado e dedicação com o nosso projeto.

Ao Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Botucatu, local onde foram realizadas as consultas de enfermagem e coleta de dados do projeto de pesquisa atual, pelo total apoio e incentivo. À *Profa. Associada Eliana Goldfarb Cyrino*, supervisora do CSE, pelo incentivo e viabilização das coletas de dados. Às *Enfa. Dra. Luciana Cristina Parenti* e *Enfa. Marcia Cristina Foglia Ramos* pelo acolhimento e apoio ao projeto. À *Enfa. Ms. Ana Paula Freneda de Freitas*, que nos acompanha desde o projeto anterior, pela valiosa ajuda em todas as etapas do projeto e pela amizade fraterna. A equipe do CTA em nome do *Dr. Oscar Hoepfner* e das médicas da área da Saúde da Mulher *Dra. Estefânia Monteiro*, *Dra. Luciane Kerche* e *Dra. Fatima Viaro* pela ajuda com os tratamentos. A todos os funcionários, em especial, as técnicas de enfermagem da área da Saúde da Mulher *Sandra e Jô*, que sempre ajudaram e facilitaram os momentos das consultas de enfermagem.

À Secretaria de Saúde de Botucatu, Espaço Saúde Cecília Magaldi e ao programa DST/Aids do município de Botucatu pelo apoio e parceria nas coletas de dados com o projeto anterior e ajuda na divulgação do projeto atual.

Ao Prof. Dr. Hélio Rubens C. Nunes pela assessoria e análises estatísticas.

Ao Prof. Dr. Adriano Dias pela assessoria epidemiológica e por todo conhecimento compartilhado, não só comigo, mas com todos os alunos da pós-graduação.

Ao NEAD.TIS pela ajuda na elaboração do material de divulgação do projeto, sendo fundamental para coleta de dados.

À UPESC por todo auxílio ao projeto “Cuidando da Saúde da Mulher”.

À Secretaria do departamento de enfermagem, especialmente ao Fernando, Amanda, Rosane e Ângela Cristina por todo auxílio ao projeto.

Às Profa. Titular Elucir Gir, Profa. Titular Cristina Garcia de Lima Parada, Profa. Dra. Juliane Andrade e Profa. Dra. Maria Antonieta Barros Leite Carvalhaes pelas valiosas contribuições no exame geral de qualificação.

Este trabalho só foi possível porque contou com a participação de diversos profissionais, que em suas áreas de conhecimento, contribuíram de formas diversas. A dedicação e competência de cada um dos envolvidos fortaleceu minha caminhada. A todos minha profunda gratidão!

A todos os Professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pela generosidade em compartilhar o precioso conhecimento de vocês conosco.

A todos os membros do Conselho do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, o qual tive a honra de ser representante discente, por todo aprendizado.

Ao Instituto de Educação e Pesquisa em Práticas Pedagógicas- IEP3 da UNESP, o qual também fui representante discente, pela troca de experiências.

*À **Luciene Tobias** por sempre acolher os discentes com tanto carinho na secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.*

*A todos os **colegas pós-graduandos do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**, por dividirem comigo conhecimento, incentivo e angústias. Foi um prazer fazer parte dessa turma.*

*A todos os **alunos de graduação** que tive a honra de contribuir com a formação, pelos momentos de aprendizado compartilhados. A importância de vocês em minha carreira profissional é imensurável. Sou muito grata por vocês terem contribuído com a minha vocação para docência. Levo todos vocês em meu coração!*

*Por fim, minhas **queridas amigas “Patitas”**, pessoas incríveis com quem divido mais de 25 anos de amizade e sou profundamente grata por todo companheirismo e incentivo para realização desse sonho.*

“Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.”
(Art. 1- Declaração Universal dos Direitos Humanos)

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

IGNACIO, M.A.O. **Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres e de mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens à vaginose bacteriana**. 2022. 93 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022.

RESUMO

Introdução: A vaginose bacteriana (VB) é a alteração mais comum da microbiota vaginal e pode ocasionar repercussões negativas à saúde sexual e reprodutiva da mulher. A literatura aponta elevadas prevalências de VB entre mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres, o que fundamenta a necessidade de estudo de vulnerabilidade dessas mulheres ao agravo. Não foram encontrados estudos que utilizassem o referencial teórico da vulnerabilidade para analisar essa relação. Assim, o **objetivo** do estudo foi analisar a vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres e de mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens à VB. **Método:** estudo transversal que incluiu 453 mulheres, classificadas em três grupos, segundo o tipo de parceria sexual nos 12 meses que antecederam à coleta de dados: grupo 1- 149 mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres (MSM); grupo 2- 80 mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens (MSMH) e grupo 3- 224 mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens (MSH). A captação da amostra se deu em dois momentos distintos: de janeiro de 2015 a abril de 2017 e de janeiro de 2019 a janeiro de 2020 junto a dois projetos de pesquisa mais amplos, que investigaram diversos aspectos sobre a vulnerabilidade e saúde sexual e reprodutiva de mulheres que se relacionavam sexualmente com outras mulheres. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de questionários, que abordaram as variáveis de interesse e exame ginecológico. O diagnóstico da VB foi realizado por exame microscópico do conteúdo vaginal, corado pelo método de Gram e classificado segundo Nugent et al., 1991 e os diagnósticos de papiloma vírus humano e *Chlamydia trachomatis* por reação em cadeia da polimerase. A classificação das variáveis de vulnerabilidade foi baseada no quadro de vulnerabilidade proposto por Ayres et al. em 2012. A análise de vulnerabilidade dos grupos à VB foi realizada por comparação das frequências das variáveis de vulnerabilidade e medianas dos escores de vulnerabilidade, empregando-se os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher e Mann-Whitney. A comparação das prevalências de VB entre os grupos foi realizada pelo teste Qui-quadrado. Foram realizadas regressões múltiplas de Cox para verificar se o tipo de parceria sexual se associou à VB e na identificação das variáveis de vulnerabilidade associadas ao agravo em cada um dos três grupos estudados. Diferenças estatisticamente significativas foram consideradas se $p < 0.05$. Ambas as pesquisas mães das quais este subprojeto foi derivado foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu sob os pareceres nº 3.320.951 e nº 820.717. **Resultados:** A mediana de idade das participantes foi de 26 anos (18-55), a maioria era branca (74,8%), tinha 12 anos ou mais de estudo (76,1%), não vivia com parceria (79,2%) e tinha atividade remunerada (65,1%). As MSM e MSMH apresentaram maior perfil de vulnerabilidade à VB que as MSH, e as MSMH foram as mais vulneráveis à VB quando comparadas aos demais grupos. A análise do escore de vulnerabilidade apontou que as MSMH possuíam mediana de escore de vulnerabilidade significativamente maior que os demais grupos. As prevalências de VB entre MSM e MSMH foram significativamente semelhantes e superiores que a de MSH (35,6%a vs 36,3%a vs 23,2%b; $p=0,013$). O tipo de parceria sexual não se associou à VB - MSM [1,13 (IC95%: 0,71-1,78); $p= 0,613$] e MSMH [0,94 (IC95%: 0,56-1,56); $p= 0,802$]. As variáveis de vulnerabilidade associadas independentemente a esse desfecho foram diferentes entre os grupos estudados: anos de estudo concluídos foi fator protetor à VB [0,91 (IC95%: 0,82-0,99); $p= 0,048$] entre as MSM; cor da pele não branca [2,34 (IC95%: 1,05-5,19); $p=0,037$] entre as MSMH e troca de parceria sexual nos últimos três meses [2,09 (IC95%: 1,14-3,82); $p=$

0,017], o uso inconsistente de preservativo [2,61 (IC95%: 1,10-6,20); $p= 0,030$] e diagnóstico positivo de *C. trachomatis* [2,40 (IC95%: 1,01-5,73); $p= 0,048$] entre as MSH. **Conclusão:** As MSM e MSMH são mais vulneráveis à VB que MSH, sendo as MSMH o grupo mais vulnerável. As prevalências de VB foram significativamente superiores entre MSM e MSMH quando comparadas às MSH, entretanto, o tipo de parceria sexual não se associou a esse desfecho. As variáveis de vulnerabilidade associadas à VB foram diferentes entre os grupos estudados. Os resultados tomados em conjunto apontam para a necessidade de os profissionais de saúde considerarem o histórico de parceria sexual das mulheres, com vistas à proposição de estratégias eficazes para redução da sua vulnerabilidade a esse agravo.

Palavras Chave: Vulnerabilidade em Saúde; Vaginose Bacteriana; Homossexualidade Feminina; Minorias Sexuais e de Gênero.

IGNACIO, M.A.O. **Vulnerability of women who have sex exclusively with women and women who have sex with women and men to bacterial vaginosis.** 2022. 93 pages. Thesis (Ph.D.) – Botucatu Medical School, São Paulo State University, Botucatu, 2022.

ABSTRACT

Introduction: Bacterial vaginosis (BV) is the most common alteration in the vaginal microbiota which can cause negative repercussions on women's sexual and reproductive health. Literature shows high prevalence of BV among women who have sexual relationships with other women, but no studies were found with the theoretical framework of vulnerability to analyze this relationship. Thus, **the aim** of this study was to analyze the vulnerability of women who have sex with women and women who have sex with women and men to BV. **Method:** A cross-sectional study comprising a broader research called "Vulnerability of women who have sex with women to health problems related to mental, sexual and reproductive health and situations of violence", developed in Botucatu-SP. The sample consisted intentionally of 453 women classified into three groups, according to the type of sexual partnership in the past 12 months of the data collection: Group 1 - 149 women who reported having sex exclusively with women (WSW), Group 2 - 80 women who reported having sex with women and men (WSWM) and Group 3 - 224 women who reported having sex exclusively with men (WSM). The sample and data collections were carried out in two periods: from January 2015 to April 2017 and from January 2019 to January 2020. Data were obtained through the application of a questionnaire, with the interest variables and gynecological examination. The diagnosis of BV was performed by microscopic examination according to Gram stain and classified according to Nugent et al. The diagnosis of human papilloma virus and *Chlamydia trachomatis* was performed by polymerase chain reaction. The classification of vulnerability variables was based on the vulnerability framework proposed by Ayres et al. in 2012. The vulnerability analysis of the groups to BV was performed by comparing the variables and the mean of the vulnerability scores using the Chi-square or Fisher's exact and Mann-Whitney tests. Comparison of BV prevalence among groups was performed using the chi-square test. Cox regressions were performed to verify whether the type of sexual partnership was associated with the prevalence of BV and to identify the vulnerability variables associated with BV in each of the three groups studied. Differences were considered statistically significant if $p < 0.05$. This research was approved by the ethics committee, reports 3.320.951 and 820.717. **Results:** The mean age of participants was 26 years old (18-55), most were white (74.8%), had more than 12 years of education (76.1%), did not live with a partner (79.2%) and had a paid job (65.1%). The WSW and WSWM had a higher profile of vulnerability to BV than WSM, and WSWM was more vulnerable to BV than WSW. The prevalences of BV among WSW and WSWM were significantly similar and higher than that of WSM (35.6%a X 36.3%a X 23.2%b; $p=0.013$). The type of sexual partnership was not associated with BV – WSW [1.13 (CI 95%: 0.71-1.78); $p=0.613$] and WSWM [0.94 (CI95%: 0.56-1.56); $p=0.802$] and the vulnerability variables associated with this outcome was different in each of the groups studied. Among the WSW, education was a protective factor against BV [0.91 (CI 95%: 0.82-0.99); $p=0.048$], among WSWM, non-white skin color was associated with an increased prevalence of BV [2.34 (CI 95%: 1.05-5.19); $p=0.037$] and among WSM change of sexual partner in past three months [2.09 (CI 95%: 1.14- 3.82); $p=0.017$], inconsistent condom use [2.61 (CI 95%: 1.10-6.20); $p=0.030$] and positive diagnosis of *C. trachomatis* [2.40 (CI 95%: 1.01-5.73); $p=0.048$] were the vulnerability variables independently associated with BV. **Conclusion:** WSW and WSWM are more vulnerable to BV than WSM, and the WSWM are the most vulnerable group. Although the prevalence of BV was significantly higher than WSW, the type of sexual partnership was not independently associated with BV in the present investigation. The vulnerability variables

associated with BV among the groups were different showing the necessity of taking into consideration the history of women's sexual partnership in order to develop effective strategies to reduce such vulnerability.

Keywords: Health Vulnerability; Bacterial Vaginosis; Female Homosexuality; Sexual and Gender Minorities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Diagrama de constituição da amostra. Botucatu, 2015-2020.....	35
Figura 2-	Box-plot do total de variáveis de vulnerabilidade observado entre as participantes por tipo de parceria sexual. Botucatu, 2015- 2020.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Caracterização sociodemográfica das participantes (n=453). Botucatu, 2015- 2020.....	44
Tabela 2-	Perfil dos três grupos estudados (mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres, mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens e mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens), segundo as variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática (n=453). Botucatu, 2015 – 2020.....	46
Tabela 3-	Análises bivariada e regressão múltipla para explicar a vaginose bacteriana em função do tipo de parceria sexual, ajustada pelas variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática (n=453). Botucatu, 2015-2020.....	49
Tabela 4-	Análise bivariada e regressão múltipla que identificaram a associação entre variáveis de vulnerabilidade das dimensões individual, social e programática e vaginose bacteriana em mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres (n=149). Botucatu, 2015-2020.....	51
Tabela 5-	Análise bivariada e regressão múltipla que identificaram a associação entre variáveis de vulnerabilidade das dimensões individual, social e programática e vaginose bacteriana em mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens (n=80). Botucatu, 2015-2020.....	53
Tabela 6-	Análise bivariada e regressão múltipla que identificaram a associação entre variáveis de vulnerabilidade das dimensões individual, social e programática e vaginose bacteriana em mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens (n=224). Botucatu, 2015-2020.....	55

LISTA DE ABREVIATURA

VB	Vaginose Bacteriana
MS	Ministério da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de LGBT
SUS	Sistema Único de Saúde
NHNES	National Health and Nutrition Examination Survey
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MSM	Mulheres que fazem Sexo exclusivamente com Mulheres
MSMH	Mulheres que fazem Sexo com Mulheres e com Homens
MSH	Mulheres que fazem Sexo exclusivamente com Homens
UBS	Unidades Básicas de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
CAPS 1	Centro de Atenção Psicossocial 1
USF	Unidades de Saúde da Família
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
UNESP	Universidade Estadual Paulista
CSE	Centro de Saúde Escola
HPV	Papilomavírus Humano
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
EUA	Estados Unidos da América

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	20
1.1 A inclusão de mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres no cenário das políticas de saúde.....	21
1.2 Microbiota vaginal e Vaginose Bacteriana.....	23
1.3 Vulnerabilidade no contexto da saúde sexual e reprodutiva de mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres	26
2. OBJETIVOS.....	31
2.1 Objetivo geral	31
2.2 Objetivos específicos	31
3. MÉTODO.....	32
3.1 Desenho e campo do estudo.....	32
3.2 População, amostra, critérios de inclusão e exclusão.....	33
3.3 Variáveis em estudo.....	35
3.4 Coleta de dados.....	37
3.5 Diagnóstico laboratorial da Vaginose Bacteriana.....	39
3.6 Pesquisa de endocervicite por <i>Chlamydia trachomatis</i>	39
3.7 Pesquisa de Papilomavírus Humano (HPV).....	39
3.8 Análise dos dados.....	41
3.9 Procedimentos éticos.....	41
4. RESULTADOS.....	43
4.1 Caracterização sociodemográfica das participantes.....	43
4.2 Perfil comparativo das participantes, segundo variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática.....	44
4.3 Comparação das prevalências de VB entre MSM, MSMH e MSH.....	47
4.4 Associação entre tipo de parceria sexual e VB, considerando-se as variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática.....	47
4.5 Associação entre variáveis de vulnerabilidade em suas três dimensões e VB para os grupos MSM, MSMH e MSH.....	50
5. DISCUSSÃO.....	56
6. CONCLUSÃO.....	69
7. REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICE I.....	78
APÊNDICE II.....	84
APÊNDICE III.....	89
APÊNDICE IV.....	90
ANEXO I.....	92
ANEXO II.....	93

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela área da saúde da mulher e carreira acadêmica se deu desde a graduação em enfermagem, cursada na Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista (FMB/UNESP), no período entre 2005 e 2008, em que pude participar de diversas atividades práticas e científicas na área.

Após o término da graduação, mesmo sabendo que gostaria de seguir a carreira acadêmica, escolhi obter experiência profissional como enfermeira para enriquecer a minha formação. Assim, tive a oportunidade de ser enfermeira no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, no período de 2009 a 2011, e na Atenção Básica em Saúde de Botucatu de 2011 a 2015, realizando atividades assistenciais e gerenciais, inclusive na área de saúde da mulher, sendo que, na atenção primária, esta foi a área de maior aproximação.

O meu contato com o cenário acadêmico e de pesquisa com o público específico de mulheres que fazem sexo com mulheres aconteceu em 2014, com o início do mestrado, também cursado nessa mesma instituição e inserção em grupo que vem investigando aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, acesso a serviços de saúde, consumo de substâncias, saúde mental e situações de violência dessa população.

Além do desenvolvimento de pesquisas relacionadas aos temas anteriormente descritos, este grupo também vem desenvolvendo outras atividades como: projetos de extensão financiados pelo PROEX-UNESP - “Saúde Sexual e Reprodutiva e empoderamento de Mulheres que fazem sexo com Mulheres” e “Saúde Sexual e Reprodutiva e Empoderamento de Mulheres”, capacitação de profissionais e produção de material educativo sobre a temática para a população, divulgação do projeto no meio científico como participação em eventos com apresentação de trabalhos, palestras e produção de artigos.

Após o início do mestrado surgiu a oportunidade de uma bolsa de treinamento

técnico da FAPESP (Processo nº: 2015/14769-0) que possibilitou minha dedicação exclusiva a carreira acadêmica, desde 2015. Desenvolvi durante o mestrado a pesquisa: “Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e de alterações da microbiota vaginal e fatores associados em mulheres que fazem sexo com mulheres”, que compunha pesquisa mais ampla denominada “Acesso a Serviços de Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que fazem Sexo com Mulheres”, FAPESP (Processo nº: 2015/04224-6) desenvolvida pela equipe de pesquisa descrita anteriormente.

Os resultados dessa dissertação apontaram lacunas no conhecimento principalmente no que diz respeito à alta prevalência de vaginose bacteriana encontrada nessa população. Isso motivou a presente investigação, que vem sendo desenvolvida desde 2018, a partir da minha entrada no doutorado e em conjunto com pesquisa mais ampla “Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres a agravos relacionados à saúde mental, sexual e reprodutiva e situação de violência”.

1 INTRODUÇÃO

O foco da presente investigação é a vulnerabilidade de mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres à vaginose bacteriana (VB). Para caracterizar amostras de mulheres com histórico de relações sexuais com mulheres e com mulheres e homens, estudos internacionais (OLSON et al., 2018; MUZNY et al., 2013; MUZNY et al., 2014; MARRAZZO et al., 2010; MARRAZZO et al., 2002) e nacionais (ANDRADE et al., 2020; IGNACIO et al., 2018; PINTO et al., 2005) vêm adotando os termos MSM e MSMH, respectivamente. Esta investigação também adota esses termos, uma vez que, a orientação ou identidade sexual adotada pelas mulheres não necessariamente traduzem as práticas sexuais empregadas pelas mesmas. O fato de as mulheres se definirem como homossexuais ou lésbicas, por exemplo, não exclui a possibilidade de terem histórico de parcerias masculinas, tendo em vista que as práticas sexuais entre mulheres são fluidas e diversas durante a vida (MUZNY et al., 2014; MARRAZZO; GORGOS, 2012; MORA; MONTEIRO, 2010).

A presente investigação dá continuidade a estudo anterior (DUARTE et al., 2014) que investigou diversos aspectos da saúde sexual e reprodutiva de mulheres que se relacionaram sexualmente com outras mulheres e teve, no que se referiu às alterações da microbiota vaginal, entre os principais achados, a alta prevalência VB (36,0%), associada ao uso de acessórios sexuais (IGNACIO et al., 2018). Destaca-se que esse agravo se apresentou em um cenário onde a maioria das mulheres investigadas não fazia uso consistente de preservativo nas relações sexuais (82,0%), não procurava atendimento para ações de prevenção à saúde (76,9%), como não realizar atendimento ginecológico de rotina (54,7%) e quase metade das participantes (47,0%) não relatava que fazia sexo com mulheres, quando procurava um serviço de saúde (ANDRADE et al., 2020). Nessa pesquisa o grupo de mulheres que se relacionaram sexualmente com outras mulheres incluiu mulheres com práticas sexuais exclusivas com

mulheres e com mulheres e com homens. Desta maneira, os resultados apontam para a necessidade de aprofundamento sobre a vulnerabilidade analisando em separado esses dois grupos.

Para compreender a vulnerabilidade de mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres a esse agravo que acomete sua saúde sexual e reprodutiva, faz-se necessário o reconhecimento de como vem se dando, no Brasil, as políticas de saúde voltadas a essa população.

1.1 A inclusão de mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres no cenário das políticas de saúde

A atenção à saúde da mulher na década de 1970 era focada no pré-natal, no parto e no puerpério (OSIS, 1998 ; LEÃO; MARINHO, 2002) apresentando mudança nesse perfil a partir de 1983, perante a mobilização intensa do movimento feminista em conjunto com o Ministério da Saúde (MS), que possibilitou a consolidação da proposta do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (OSIS, 1998; D'OLIVEIRA, 1999). Este programa oferecia, além da tradicional assistência materno-infantil, o tratamento e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST), prevenção do câncer de colo uterino e mama, planejamento familiar, assistência às mulheres nas diversas fases do ciclo da vida e educação em saúde, com as ações integradas a cada visita da mulher ao serviço de saúde (BRASIL, 2005a; D'OLIVEIRA, 1999). O PAISM representou o início do reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, antes mesmo da dimensão desta expressão ganhar força (OSIS, 1998).

A saúde sexual e reprodutiva das mulheres com práticas homossexuais manteve-se invisível por mais tempo (CARRARA et al., 2006), sendo contemplada apenas em 2004 na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que incluiu grupos

historicamente excluídos, como as lésbicas (BRASIL, 2005a). Entretanto, em 2005, no documento publicado pelo MS, “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: Uma Prioridade do Governo” não foram abordados os direitos da população homossexual (BRASIL, 2005b).

Com a divulgação em 2006 do livreto “Chegou a hora de cuidar da saúde”, contendo orientações sobre cuidados à saúde da mulher, sexualidade e legislação, retomou-se a atenção para mulheres lésbicas e bissexuais (BRASIL, 2006).

Na I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), ocorrida em 2008, em Brasília, foi aprovado o documento que formaliza as principais exigências dessa população (BRASIL, 2008). Assim, em 2009, o MS lançou o Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva, que descreve os fatores determinantes e condicionantes de saúde e os requisitos para assistência, prevenção e promoção à saúde dessa população (BRASIL, 2009) e, em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSILGBT) (BRASIL, 2011a). Os objetivos desta política, dentre outros são: instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, território e outras congêneres; ampliar o acesso desse grupo à saúde; qualificar a informação sobre características específicas; oferecer assistência integral no âmbito das IST, com ênfase ao HIV/aids e garantir os direitos sexuais e reprodutivos dessa população, no âmbito do SUS.

Duas outras Conferências Nacionais de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT foram realizadas: a 2º Conferência, em 2011, que consolidou a PNSILGBT e traçou novas metas, propostas e diretrizes para as políticas com foco no enfrentamento da homofobia, discriminação e preconceito vivenciados por essa população (BRASIL, 2011b) e a 3º Conferência, em 2016, que buscou discutir a implementação das políticas públicas existentes, com a garantia de acompanhamento das mesmas, por meio de processo participativo. Teve

como grande marco a conquista do uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal (BRASIL, 2016).

Mesmo com os avanços notórios e conquistas adquiridas pela população LGBT durante essa trajetória, é importante destacar que nos últimos anos essa população vem sofrendo com retrocessos, vivenciados pela falta de repasses financeiros para programas específicos em defesa LGBT, falta de incentivo para realização de conferências nacionais, bem como, a exclusão de LGBT de políticas e diretrizes voltadas aos direitos humanos (BRASIL, 2019; MIRANDA, 2018).

Dessa forma, fica claro que as mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres foram invisíveis nas políticas públicas de saúde e, assim, na garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos, até o início do século XXI, bem como, na implementação de assistência à saúde baseada em suas necessidades específicas (VALADÃO; GOMES, 2011; BARBOSA; FACHINI, 2009).

1.2 Microbiota vaginal e Vaginose Bacteriana

Dentre os vários fatores que influenciam a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, destaca-se o equilíbrio da microbiota vaginal (COUDRAY; MADHIVANAN, 2020; KLEBANOFF; COOMBS, 1991). A microbiota vaginal normal e saudável foi descrita como composta por lactobacilos e tem sido destacada na literatura como importante fator protetor contra patógenos do trato genital (CHACRA et al., 2022; COUDRAY; MADHIVANAN, 2020; KLEBANOFF; COOMBS, 1991). Os lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio promovem tal proteção, já que possuem papel fundamental no ecossistema vaginal: toxicidade a vários microrganismos patogênicos, efeito antimicrobiano produzido pelo ácido lático e acidez vaginal (CHACRA et al., 2022; MARRAZZO, 2004). Alterações nesse ambiente

causam graves prejuízos à saúde da mulher, como aumento da vulnerabilidade às IST e mau prognóstico gestacional, implicando em grande impacto em sua saúde sexual e reprodutiva (COUDRAY; MADHIVANAN, 2020; GRAVER; WADE, 2011).

A VB é a alteração de microbiota vaginal mais prevalente, causa mais comum de conteúdo vaginal anormal e motivo frequente de procura de atendimento ginecológico por mulheres (COUDRAY; MADHIVANAN, 2020; SOBEL, 2005). Possui como característica principal a redução na prevalência e concentração de lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio e crescimento demasiado de microrganismos anaeróbios ou anaeróbios facultativos, como *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Prevotella sp.*, *Porphyromonas spp.*, e *Peptostreptococcus spp* (CHACRA et al., 2022; COUDRAY; MADHIVANAN, 2020; RAVEL et al., 2011; MARRAZZO, 2004). Esses microrganismos são produtores de sialidase e outros glicosídeos que promovem a diminuição da viscosidade do fluido vaginal, podendo alterar a integridade da mucosa e, assim, facilitar a aquisição de patógenos. Dessa maneira, a mulher que apresente essa alteração da microbiota vaginal, fica com as suas defesas locais comprometidas (COUDRAY; MADHIVANAN, 2020; ROTSTEIN et al., 1985).

A prevalência de VB nos Estados Unidos da América, estimada pelo National Health and Nutrition Examination Survey (NHNES), para mulheres entre 14 e 49 anos, foi de 29%, variando de acordo com idade, raça, educação e condições socioeconômicas (KOUMANS et al., 2007).

No Brasil, estudos realizados com intuito de conhecer as características da microbiota vaginal de mulheres em idade fértil apontaram prevalências de VB entre 20,0% e 41,0% (PASSOS et al., 2020; CAIXETA et al., 2015; MARCONI et al., 2015; MASCARENHAS et al., 2012). Estudo realizado no interior do Estado de São Paulo com

mulheres em idade fértil, que buscaram atendimento de rotina em unidades básicas de saúde, demonstrou prevalência de VB de 30,1% (MARCONI et al., 2015).

A importância da VB se dá não somente pela sua grande prevalência nas diferentes populações, mas, também, pelas complicações obstétricas e ginecológicas associadas, incluindo doença inflamatória pélvica (DIP) (RAVEL et al., 2021; VAN DE WIJGERT; JESPERS 2017), infertilidade (RAVEL et al., 2021), parto prematuro (VAN DE WIJGERT; JESPERS 2017) e o aumento na aquisição de IST (RAVEL et al., 2021) como cervicites por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* (COUDRAY; MADHIVANAN, 2020; NESS et al., 2005), além da infecção por *Trichomonas vaginalis* (COUDRAY; MADHIVANAN, 2020; MASHA et al., 2017) e pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) (COHEN et al., 2012).

A VB é comum entre mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres (WORKOWSKI et al., 2021) e a prevalência encontrada nessa população tem se apresentado alta, variando de 25,0% a 47,4% em estudos internacionais que conduziram suas análises incluindo participantes, tanto com histórico de parcerias sexuais exclusivamente femininas, como femininas e masculinas (TAKEMOTO et al., 2019; MUZNY et al., 2013; BRADSHAW et al., 2014; MARRAZZO et al., 2010; BAILEY et al., 2004; MARRAZZO et al., 2002). Outros estudos internacionais que classificaram as mulheres segundo a parceria sexual exclusiva com mulheres e com mulheres e com homens encontraram prevalências de 33,0% (MUZNY et al., 2014) e 56,0% (OLSON et al., 2018) entre aquelas com parcerias exclusivamente femininas e 48,0% (MUZNY et al., 2014) e 51,0% (OLSON et al., 2018) entre aquelas que se relacionavam sexualmente com mulheres e com homens.

Estudos nacionais que investigaram a VB entre mulheres que relataram relações sexuais com outras mulheres obtiveram prevalências entre 33,8% (PINTO et al., 2005) e 36,0% (IGNACIO et al., 2018). Ambos os estudos incluíram em suas amostras mulheres com histórico de parceria sexual exclusivas com mulheres e com mulheres e com homens.

As altas prevalências de VB entre mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres demonstradas em estudos internacionais e nacionais fundamentam a necessidade de estudo de vulnerabilidade das mesmas ao agravo.

1.3 Vulnerabilidade no contexto da saúde sexual e reprodutiva de mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres

O conceito de vulnerabilidade tem sua origem na área dos direitos humanos, trazendo à tona a fragilidade da garantia dos direitos de cidadania de grupos sociais considerados “vulneráveis” (MANN et al., 1993).

Na área da saúde, o conceito de vulnerabilidade surge no bojo da epidemia da aids, com intuito de constituir nova estratégia para sua prevenção e enfrentamento, que não levasse somente em consideração os fatores individuais dos pacientes e para amenizar o estigma e preconceito gerado pelo uso do termo “grupo de risco” ou “comportamento de risco” (NICHATA et al., 2011; TAKAHASHI, 2006).

Segundo Ayres *et al.* o conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais. Este padrão pode ser repetido em outras áreas da saúde e deste modo, a vulnerabilidade é aplicável a qualquer dano de interesse à saúde pública, por sua configuração enérgica que perpassa os aspectos biológicos, comportamentais, culturais, econômicos e políticos (AYRES et al., 2009).

De acordo com esses mesmos autores, a busca da compreensão das exposições de indivíduos ou grupo de indivíduos é baseada em três dimensões analíticas articuladas: a individual, a social e a programática (AYRES et al., 2009).

A dimensão individual diz respeito à formação cognitiva, comportamental (MEYER et al., 2006) e a aspectos pessoais dos indivíduos como raça, sexo e cor (NICHATA et al., 2008). Pode ser considerada como a forma com que o indivíduo se percebe em risco e as

atitudes tomadas pelo mesmo para se autoprotoger (NICHATA et al, 2008). Tais atitudes não devem ser entendidas simplesmente como algo espontâneo ou natural do indivíduo, mas também, como atitudes influenciadas pelos fatores socioculturais e ambientais que o mesmo vivencia (MEYER et al., 2006).

Levando-se em consideração as mulheres com parcerias sexuais femininas diversos comportamentos podem ser considerados nessa dimensão, como a troca de parcerias sexuais frequentes, uso de acessórios sexuais e baixo uso de preservativo (PARENTI, 2021; ANDRADE et al., 2020; IGNACIO et al., 2018; PINTO et al., 2005; BAILEY et al., 2004; MARRAZZO et al., 2002). Único estudo que analisou a vulnerabilidade de mulheres que se relacionaram sexualmente com outras mulheres às IST demonstrou que apenas variáveis classificadas na dimensão individual de vulnerabilidade se associaram a esse desfecho: não ter realizado sorologia para IST/aids e ter tido relação sexual com homem nos últimos 12 meses (ANDRADE et al., 2020).

A dimensão social envolve o acesso a informações, recursos materiais, instituições sociais, bem como, as relações sociais que pessoas participam, considerando as relações econômicas, de gênero, raciais, religiosas e exclusão social em que as mesmas se inserem (AYRES et al., 2012; MEYER et al., 2006). Muitas são as questões enfrentadas pelas mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres referentes a essa dimensão, como, por exemplo, dificuldade de revelarem sua sexualidade aos profissionais de saúde por receio do preconceito e despreparo do profissional (BARBOSA; FACHINI, 2009). Trabalho que comparou o conhecimento sobre IST/aids entre mulheres que relatavam parcerias sexuais femininas e mulheres com histórico de parcerias sexuais exclusivas masculinas, apontou menor conhecimento sobre o tema entre aquelas com histórico de parcerias sexuais femininas (PARENTI, 2021).

A terceira dimensão, a institucional ou programática, diz respeito à forma com que as políticas e programas públicos estão organizados para identificar as necessidades da população, gerenciar os recursos necessários e, assim, prevenir e controlar agravos à saúde (NICHATA et al., 2008; MEYER et al., 2006). Esta busca entender a forma com que as políticas e instituições atuam para redução, reprodução ou aumento de condições que possam levar as pessoas se tornarem vulneráveis (AYRES et al., 2012).

Exemplifica-se essa dimensão entre as mulheres com histórico de parcerias sexuais femininas pela baixa frequência desse grupo aos serviços de saúde, baixa realização de consultas ginecológicas de rotina (RUFINO et al., 2018a; BARBOSA; FACHINI, 2009), bem como, de realização de exame citopatológico do colo uterino (ANDRADE et al., 2020; BARBOSA; FACHINI, 2009) e, ainda, o despreparo do profissional de saúde em atender as necessidades específicas desse grupo (AMANCIO, 2020; RUFINO et al., 2018b; BARBOSA; FACHINI, 2009; VALADÃO; GOMES, 2011; MUNSON; COOK, 2016). A própria falta de variedade de insumos de proteção pensados especificamente para a prevenção do sexo entre mulheres, se constitui em uma importante vulnerabilidade programática (LIMA; SALDANHA, 2020).

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

Adotar o conceito de vulnerabilidade como referência teórica, permite aprimorar as análises epidemiológicas levando em consideração não somente a probabilística do risco, mas também, aspectos contextuais e coletivos que podem influenciar na suscetibilidade aos agravos

em saúde, e assim, ampliar o campo de intervenção no processo saúde doença (NICHATA et al., 2011; SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

Na literatura científica não foram observados estudos que abordassem a vulnerabilidade de mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres à VB, apenas trabalhos que analisaram a associação deste desfecho com alguns fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos. Os fatores associados apresentados nesses estudos foram: raça (BAILEY et al., 2004), número de parcerias sexuais femininas (BRADSHAW et al., 2014; MARRAZZO et al., 2010; BAILEY et al., 2004; MARRAZZO et al., 2002), tabagismo (BRADSHAW et al., 2014; BAILEY et al., 2004), receber sexo oro-anal (MAZZARRO et al., 2002), uso de acessórios (IGNACIO et al., 2018), compartilhar acessórios sexuais sem higiene (MARRAZZO et al., 2002) e diagnóstico positivo de VB nas parceiras sexuais (MARRAZZO et al., 2010). Em todos esses estudos as amostras incluíram mulheres com histórico de parceria sexual exclusiva com mulheres e com mulheres e homens.

O tipo de parceria sexual relatado por mulheres já foi associado à maior chance de desenvolvimento de VB. Mulheres com parcerias exclusivamente femininas e mulheres com histórico de parcerias sexuais com mulheres e com homens tiveram chance até duas vezes e meia maior de apresentarem VB, quando comparadas às mulheres com histórico de parcerias sexuais exclusivas com homens (OLSON et al., 2018). Dessa maneira, sugerindo que estas sejam mais vulneráveis ao agravo.

Levando-se em consideração as altas prevalências da VB entre mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres, sua importante repercussão na saúde sexual e reprodutiva, a escassez de estudos que permitam maior compreensão desta manifestação, com destaque para o fato da existência de apenas dois estudos internacionais que avaliaram a VB entre mulheres com diferentes tipos de parcerias sexuais (OLSON et al., 2018; MUZNY et al., 2014), assim como, o objetivo da PNSILGBT referente ao processo das ações em saúde e

necessidade de produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT (BRASIL, 2011a), justifica-se investigar a vulnerabilidade desse grupo populacional a esse agravo.

Assim, as perguntas e hipóteses do estudo são:

1. A partir de variáveis classificadas, segundo referencial de vulnerabilidade de Ayres et al., 2012, como apresentam-se os perfis de vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres (MSM), de mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens (MSMH) em relação ao perfil de mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens (MSH)?

Hipótese: MSM e MSMH têm maior vulnerabilidade à VB do que MSH.

2. Como se comporta a prevalência de VB entre as MSM, MSMH e MSH?

Hipótese: MSM e MSMH têm maior prevalência de VB do que as MSH.

3. O tipo de parceria sexual se associa à prevalência de VB?

Hipótese: Fazer sexo exclusivamente com mulher ou com mulher e com homem se associa à VB.

4. As variáveis de vulnerabilidade associadas à VB são diferentes nos grupos MSM, MSMH e MSH?

Hipótese: As variáveis de vulnerabilidade associadas à VB são diferentes quando se estuda os grupos em separado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres e de mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens à vaginose bacteriana.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Descrever e analisar os perfis de MSM, MSMH e MSH, segundo as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática;

2.2.2 Estimar e comparar a prevalência de VB entre MSM, MSMH e MSH;

2.2.3 Verificar se há associação entre o tipo de parceria sexual (fazer sexo exclusivamente com mulheres, fazer sexo com mulheres e com homens e fazer sexo exclusivamente com homens) e VB;

2.2.4 Analisar as variáveis de vulnerabilidade associadas à VB entre MSM, MSMH e MSH.

3 MÉTODO

3.1 Desenho e campo do estudo

Estudo transversal 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), desenvolvida no Município de Botucatu. Este se localiza na Região Centro-oeste do Estado de São Paulo, com população estimada, em 2022, de 142.092 mil habitantes, sendo 73.041 de população feminina (SEADE, 2021).

A rede municipal de serviços de atenção primária à saúde é composta por 21 unidades básicas de saúde (UBS), um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Espaço Saúde “Profa. Dra. Cecília Magaldi”- composto pelos serviços: NASF, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS 1), Clínica do Bebê, Farmácia Municipal, Clínica de diversidades terapêuticas e o Programa Municipal de DST/Aids. Dentre as UBS, 13 são Unidades de Saúde da Família (USF) com 19 equipes, oito são UBS tradicionais, das quais, duas são unidades escola, vinculadas à Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – Universidade Estadual Paulista (UNESP).

O Centro de Saúde Escola (CSE) compõe o sistema de saúde local sendo responsável por 30,0% da atenção básica do município. É uma Unidade Auxiliar de Estrutura Complexa da FMB – UNESP, com administração própria que contempla duas UBS: Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária, é órgão de integração docente-assistencial para atenção primária à saúde, destinado ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência, com extensão de serviços à comunidade.

3.2 População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população-alvo do estudo foi constituída por três grupos de mulheres, classificadas segundo o tipo de parceria sexual relatado nos 12 meses que antecederam à coleta de dados, sendo eles:

- ✓ Grupo 1 - mulheres que declararam fazer sexo exclusivamente com mulheres (MSM).
- ✓ Grupo 2 - mulheres que declararam fazer sexo com mulheres e com homens (MSMH).
- ✓ Grupo 3 - mulheres que declararam fazer sexo exclusivamente com homens (MSH).

Os critérios de inclusão no estudo foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, estar na menacme e ter vida sexual ativa. Foram excluídas as mulheres que não aceitaram participar de todas as etapas propostas pelo estudo - responder ao questionário e realizar exame ginecológico, ser homem transgênero e aquelas cujas amostras de conteúdo cervical foram inadequadas para realização dos exames diagnósticos.

A amostra intencional foi constituída de 453 mulheres, sendo 149 MSM, 80 MSMH e 224 MSH.

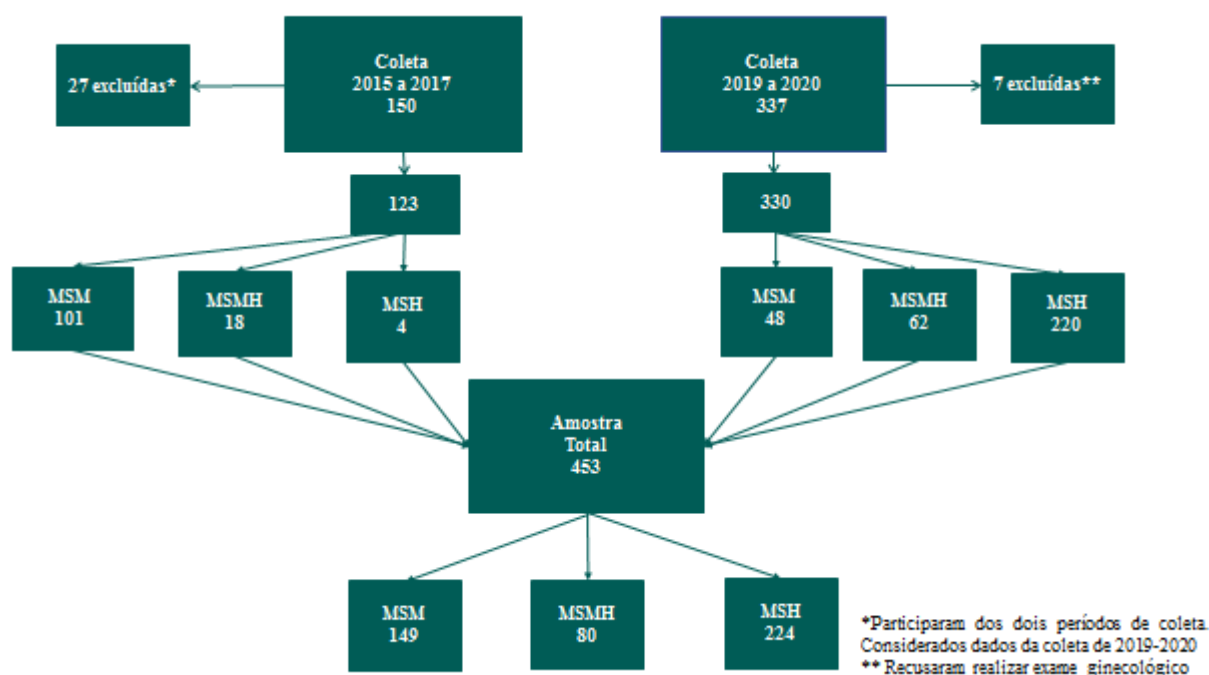
A captação da amostra se deu em dois períodos distintos: de janeiro de 2015 a abril de 2017 e de janeiro de 2019 a janeiro de 2020.

O primeiro período de captação se deu junto ao projeto de pesquisa “Acesso a Serviços de Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que fazem Sexo com Mulheres” desenvolvido no município de Botucatu-SP, que investigou diversos aspectos da saúde sexual e reprodutiva de mulheres que se relacionavam sexualmente com outras mulheres (DUARTE

et al., 2014), totalizando 150 mulheres, cuja a forma de captação encontra-se disponível em Ignacio et al., 2018 (IGNACIO et al., 2018). Das 150 mulheres captadas, foram incluídas na presente pesquisa 123 (101 MSM, 18 MSMH e 4 MSH), uma vez que 27 também participaram da coleta do segundo período, dados que foram considerados na presente pesquisa (Figura 1).

Nova chamada foi realizada para composição dos três grupos, junto ao projeto “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), também desenvolvido no município de Botucatu-SP. Esta se deu por meio de divulgação da pesquisa em várias mídias eletrônicas (página no Facebook (www.facebook.com/cuidandodamulher2019), e-mail (cuidandodamulher2019@gmail.com), instagram (@pcsaudamulher2019), Whatsapp), por cartazes e panfletos distribuídos em pontos comerciais diversos, grupos de ativismo de LGBT, coletivos feministas e instituições de ensino e saúde. Às mulheres que aceitaram participar da pesquisa foi solicitado que contribuíssem com a divulgação do projeto entre pessoas de seu convívio.

As pesquisadoras de posse dos contatos das mulheres que enviaram mensagens via mídias eletrônicas, demonstrando interesse em participar do estudo, fizeram contato com as mesmas pelo WhatsApp. Nesse contato foi reiterado o convite, esclarecido os objetivos, forma de participação no estudo, condições necessárias para realização do exame ginecológico e agendamento de data e horário para obtenção de dados. Atenderam a essa chamada 337 mulheres, sendo que sete foram excluídas por se recusarem a realizar o exame ginecológico. Assim, foram incluídas 330 mulheres (48 MSM; 62 MSMH e 220 MSH) (Figura 1).



MSM: mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres; MSMH: mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens; MSH: mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens

Figura 1: Diagrama de constituição da amostra. Botucatu, 2015-2020

3.3 Variáveis em estudo

Para caracterização da amostra foram utilizadas as seguintes variáveis: Idade (18-21, 22-29, 30-39, >40); Cor da pele (branca/ não branca); Anos de estudo concluídos (< 8, 8 – 11, ≥12) - obtido pela investigação do número de anos de estudo em que obteve aprovação; Vive com a parceria (sim/não); Atividade remunerada (sim/não); Renda familiar *per capita* em salários mínimos classificadas segundo SEADE, 2013 (SEADE, 2013) (< ½, ½ + 1; 1 + 2, 2 + 3, 3 + 5, 5 + 10, > 10) - considerado o salário mínimo vigente no país no período da coleta de dados.

Para atender ao objetivo 2.2.1 foram incluídas as variáveis apresentadas a seguir e criado um escore de vulnerabilidade.

Variáveis de vulnerabilidade

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

Variáveis de Vulnerabilidade Individual:

Sociodemográficas: 1. Cor da pele não branca (autodeclarada); 2. Menos de 8 anos de estudo concluídos - considerado o número de anos de estudo em que obteve aprovação; 3. Não vive com a parceria.

Consumo de substâncias: 4. Usa tabaco.

Comportamento e práticas sexuais: 5. Trocou de parceria sexual nos últimos três meses; 6. Usa acessórios sexuais; 7. Recebe penetração vaginal - considerado prática sexual receptiva vaginal com pênis, dedo e/ou acessórios; 8. Recebe penetração anal - considerado prática sexual receptiva anal com pênis, dedo e/ou acessórios; 9. Recebe sexo oral - considerado prática sexual receptiva oral na vagina; 10. Uso inconsistente de preservativo - considerado quando não se relata o uso de preservativo em todas as práticas penetrativas vaginais e/ou anais; 11. Realiza ducha vaginal

Clínicas: 12. Diagnóstico positivo de papilomavírus humano (HPV) e 13. Diagnóstico positivo de *C. trachomatis*.

Variáveis de Vulnerabilidade Social:

14. Não tem atividade remunerada - definida como prática de atividade laboral que gere renda; 15. Renda familiar *per capita* < 1/2 salário mínimo- considerada insuficiência de renda (SEADE, 2013).

Variáveis de Vulnerabilidade Programática:

16. Não frequenta a unidade básica de saúde para ações de prevenção e promoção à saúde - considerado as Unidades de Saúde tradicionais e/ou Unidades de Saúde da Família. Entre as ações de prevenção e promoção à saúde foram consideradas: vacinação, realização de citologia

oncótica cervicouterina e mamografia, consultas e exames de rotina, grupos educativos e terapêuticos; 17. Não fez consulta ginecológica no último ano.

O **escore de vulnerabilidade** foi criado considerando o conjunto das variáveis de vulnerabilidade acima apresentadas, totalizando 17, desta forma, podendo variar de zero a 17. Foi atribuído zero quando a resposta da variável era “não”, ou seja, ausência daquela variável de vulnerabilidade e um quando era “sim”, representando presença daquela variável de vulnerabilidade. Assim, quanto maior a pontuação maior a vulnerabilidade.

Para atender ao objetivo 2.2.3 considerou-se como **desfecho** o diagnóstico positivo de VB, como **variável independente**, o tipo parceria sexual (MSM, MSMH e MSH) e **covariáveis** as variáveis de vulnerabilidade apresentadas acima. Nesta análise, anos de estudo concluídos - obtido pela investigação do número de anos de estudo em que obteve aprovação, foi trabalhada como variável contínua.

Considerando-se o objetivo 2.2.4 o **desfecho** estudado foi diagnóstico positivo de VB e as **variáveis explanatórias** foram as variáveis de vulnerabilidade apresentadas acima, sendo incluída a variável não declara fazer sexo com mulheres no serviço de saúde dentre as variáveis de vulnerabilidade social na análise dos grupos MSM e MSMH e anos de estudo concluídos- obtido pela investigação do número de anos de estudo em que obteve aprovação, foi trabalhada como variável contínua.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados referente ao período de 2015 a 2017 foi realizada no Espaço Saúde “Cecília Magaldi” e ao período de 2019 a 2020 no CSE, em suas duas unidades.

Os dados, em ambos os períodos de coleta, foram obtidos pelas pesquisadoras envolvidas nos projetos (DUARTE et al., 2014; DUARTE et al., 2018), sendo que a doutoranda,

autora desta tese, participou ativamente nos dois momentos. Foram obtidos por meio da aplicação de questionário e realização de exame ginecológico.

A aplicação dos questionários, em ambos os períodos, foi realizada em ambiente seguro, que garantiu a privacidade e conforto das participantes. Os questionários (Apêndices I e II) foram construídos especificamente para os estudos, continham questões fechadas e abertas e aquelas que foram utilizadas especificamente na presente investigação encontram-se destacadas. Os instrumentos foram submetidos à análise de profissionais especialistas na área, quanto a sua clareza e conteúdo, sofrendo pequenas alterações. Dentre os especialistas, foram incluídas profissionais que fazem sexo com mulheres e testados com mulheres que não integraram as amostras.

Em ambos os períodos, o exame ginecológico para a coleta de conteúdo vaginal e amostra endocervical foi realizado respeitando-se as seguintes condições: abstinência sexual ou de procedimentos vaginais (toque digital, ultrassonografia transvaginal) de no mínimo 72 horas, término da menstruação há pelo menos cinco dias e ausência de uso de antibióticos nos 30 dias que antecederam a coleta de dados. Essa etapa envolveu os seguintes procedimentos:

1. Inspeção dos genitais externos para detecção de lesões vulvares e perianais macroscópicas;
2. Afastamento das paredes vaginais, com espéculo bivalvo de Collins, isento de lubrificante, para inspeção das mesmas, bem como do colo uterino;
3. Aferição do pH vaginal utilizando-se o papel indicador Merck 4-7;
4. Coleta de amostras do terço médio da parede vaginal e do canal cervical, com *swab* e *cytobrush*, para pesquisa da microbiota vaginal e de infecções do trato genital inferior, respectivamente;
5. Realização do *Whiff test* utilizando hidróxido de potássio a 10%;

As lâminas contendo as amostras do conteúdo vaginal para coloração pelo método de Gram foram armazenadas em temperatura ambiente. A fim de se conservar as amostras de material endocervical para pesquisa de *C. trachomatis* e infecção pelo HPV estas foram mantidas a -20°C até o seu processamento.

3.5 Diagnóstico laboratorial da Vaginose Bacteriana

O diagnóstico da VB foi realizado por meio do exame microscópico do esfregaço vaginal corado pelo método de Gram e classificado de acordo com os critérios de Nugent et al., 1991 (NUGENT et al., 1991).

3.6 Pesquisa de endocervicite por *Chlamydia trachomatis*

As secreções endocervicais coletadas das participantes do estudo foram acondicionadas em tubo Falcon de 15 mL contendo 1000 µL da solução de Tris-HCl 50mM pH 8,5 / EDTA 1mM pH 8,0 e estão armazenadas a -20°C, até o momento do processamento. Foi utilizado o kit de extração de DNA AmpliLute Liquid Media Extraction (Roche Molecular Systems, Inc.) e verificada pela amplificação do gene da β -globina, utilizando os primers GH20 e PCO4 (BAUER et al., 1991). A pesquisa de *C. trachomatis* foi realizada empregando-se os primers CTP1 (5'- TAG TAA CTG CCA CTT CAT CA-3') e CTP2 (5'-TTC CCC TTG TAA TTC GTT GC-3') para um produto final de 201 bp e PL6.1 (5' AGA GTA CAT CGG TCA ACG A 3'); PL6.2 (5' TCA CAG CGG TTG CTC GAA GCA 3') para um produto final de 155 bp (GRIFFAIS; THIBON, 1989). Em todas as reações foram incluídos controles negativo (água) e positivo (DNA plasmidial obtido de células McCoy infectadas). Para detecção do microrganismo através da visualização dos produtos amplificados, os produtos de PCR foram submetidos à eletroforese em gel de agarose 1,5% e corada com intercalante de DNA. O tamanho dos produtos amplificados foi comparado com o padrão de 100pb e visualizado sob transiluminação UV.

3.7 Pesquisa de Papilomavírus Humano (HPV)

Para a detecção da infecção por HPV das amostras endocervicais, cujos dados foram coletados entre janeiro de 2015 a abril de 2017, empregou-se o kit de extração de DNA Ampli Lute Liquid Media Extraction (Roche Molecular Systems, Inc.) e o Kit XGEN MULTI HPV CHIP para as amostras coletadas no período de janeiro de 2019 a janeiro de 2020.

Amostras de DNA extraídos de secreções cervicais foram utilizadas para a pesquisa de infecção por HPV. Para isso, em capela de pré-PCR, previamente esterilizada com luz violeta por 15 minutos, foram preparados os master mixes, obtendo volume final de 25 μ L, composto por PCR buffer 10X (Invitrogen), 2,0 μ L MgCl₂, 0,5 μ L DNTP mix 20mM, 0,25 μ L Taq DNA polimerase (Platinum, Invitrogen), 1,25 μ L de cada primer na concentração de 10 μ M, 15,25 μ L de água Milli-Q autoclavada (Milli Q Plus, Milipore) e 2 μ L de cada amostra. A incubação foi realizada em termociclador Eppendorf Mastercycler Gradient. As amostras foram testadas para a presença de HPV utilizando-se a técnica de nested PCR. Inicialmente 2 μ L de cada amostra foram amplificadas com os primers MY9/11. A segunda PCR consistia de 2 μ L da primeira PCR utilizando-se os primers GP5+/6+ (HUSMAN et al., 1995). A ciclagem de amplificação seguiu os seguintes parâmetros: 95°C durante os primeiros 45 segundos para a desnaturação, 47,7°C por 45 segundos para anelamento dos primers e 72°C durante 1 minuto para a amplificação, seguido de 44 ciclos idênticos ao descrito acima, finalizando com extensão de 7 minutos a 72°C e armazenamento das amostras a 4°C. Um controle negativo (água milli-Q) e um controle positivo foram utilizados em todas as reações (DNA-HPV extraído de células HeLa). Os produtos amplificados foram submetidos à eletroforese em gel de agarose 1,5% e visualizados com Gel Red TM (BioLabs). As bandas foram registradas como presente (positiva) ou ausente (negativa).

Em ambos os períodos, todos os exames foram realizados no Laboratório de Imunologia da Relação Materno-Fetal do Departamento de Patologia da FMB/ UNESP.

3.8 Análise dos dados

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

A análise do perfil de vulnerabilidade dos grupos foi realizada por comparação das frequências das variáveis de vulnerabilidade, segundo suas dimensões, e por comparação das medianas do escore de vulnerabilidade à VB empregando-se os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher e o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

A comparação dos grupos, com relação às prevalências de VB, foi realizada pelo teste de Qui-quadrado ou Exato de Fisher.

Para verificar se o tipo de parceria sexual se associou à prevalência de VB e na identificação das variáveis de vulnerabilidade associadas à VB em cada um dos três grupos estudados, foi ajustada regressão múltipla de Cox, corrigida pelos potenciais confundidores identificados por associações bivariadas com nível descritivo de triagem de $p < 0,20$.

Diferenças e associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$. Todas as análises foram realizadas com software SPSS 22.0

3.9 Procedimentos éticos

Os projetos de pesquisa foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB- UNESP: Duarte e al., 2014 (CAAE 35667514.2.0000.5411 e parecer nº 2.934.358) e Duarte et al., 2018 (CAAE: 98934918.3.0000.5411 e parecer nº 3.320.951) (Anexo I e II) e cumpriram com todos os preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres

humanos. Todas as participantes dos estudos foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos e forma de participação e, aquelas que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III e IV).

Todas as mulheres que foram diagnosticadas com alterações na microbiota vaginal e infecções do trato genital inferior, foram contatadas, orientadas e tratadas, pelas próprias pesquisadoras envolvidas nos dois projetos, de acordo com o protocolo de enfermagem do município. Quando o protocolo não permitiu, as participantes foram orientadas e encaminhadas aos profissionais do Espaço Saúde (2015 a 2017) e do CSE (2019 a 2020) para tratamento.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização sociodemográfica das participantes

As medianas de idade, de anos de estudo concluídos e de renda familiar *per capita* das 453 mulheres incluídas no estudo foram: 26 anos (18-55), 14 anos (5-25) e R\$ 1.500,00 (R\$ 133,00 – R\$ 17.500,00), respectivamente.

A maioria das mulheres participantes do estudo tinha idade entre 22 e 29 anos (43,5%), se autodeclarou branca (74,8%), tinha escolaridade maior que 12 anos de estudo concluídos (76,1%), não vivia com parceria (79,2%), tinha atividade remunerada (65,1%) e renda familiar *per capita* entre um e três salários mínimos (58,8%) (Tabela 1).

Dentre as MSM, 65,8% estavam na faixa etária entre 22 a 39 anos, 57,0% tinham escolaridade ≥ 12 anos de estudo, 26,8% não tinham atividade remunerada, 73,2% não viviam com parceria e 63,8% tinham renda familiar *per capita* entre meio e dois salários mínimos.

Quanto as MSMH, 81,2% estavam na faixa etária entre 18 a 29 anos, 85,0% tinham escolaridade ≥ 12 anos de estudo, 93,8% não viviam com parceria, 53,8% não tinham atividade remunerada e 55,0% tinham renda familiar *per capita* entre um e três salários mínimos.

Levando-se em consideração as MSH, 69,2% estavam na faixa etária entre 22 a 39 anos, 85,7% tinham escolaridade ≥ 12 anos de estudo, 78,1% não vivia com parceria, 33,5% não tinham atividade remunerada, 63,5% tinham renda familiar *per capita* entre um e três salários mínimos.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das participantes (n=453). Botucatu, 2015- 2020

Variáveis	MSM (n=149)		MSMH (n=80)		MSH (n=224)		Total (n=453)		p [#]
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade									0,004
18-21	30	20,1	30	37,5	41	18,3	101	22,3	
22-29	63	42,3	35	43,7	99	44,2	197	43,5	
30-39	35	23,5	13	16,3	56	25,0	104	23,0	
≥40	21	14,1	02	2,5	28	12,5	51	11,2	
Cor da pele									0,324
Branca	105	70,5	62	77,5	172	76,8	339	74,8	
Não branca	44	29,5	18	22,5	52	23,2	114	25,2	
Anos de estudo concluídos									< 0,001
< 8	05	3,4	00	0,0	04	1,8	09	2,0	
8 – 11	59	39,6	12	15,0	28	12,5	99	21,9	
≥12	85	57,0	68	85,0	192	85,7	345	76,1	
Vive com a parceria									0,001
Sim	40	26,8	05	6,2	49	21,9	94	20,8	
Não	109	73,2	75	93,8	175	78,1	359	79,2	
Atividade remunerada									0,000
Sim	109	73,2	37	46,2	149	66,5	295	65,1	
Não	40	26,8	43	53,8	75	33,5	158	34,9	
Renda familiar <i>per capita</i> *									0,011
< ½	13	8,7	08	10,0	08	3,6	29	6,4	
½ + 1	38	25,5	14	17,5	31	13,8	83	18,3	
1 + 2	57	38,3	28	35,0	77	34,4	162	35,8	
2 + 3	23	15,4	16	20,0	65	29,0	104	23,0	
3 + 5	09	6,1	09	11,2	30	13,4	48	10,6	
5 + 10	06	4,0	04	5,0	11	4,9	21	4,6	
> 10	03	2,0	01	1,3	02	0,9	06	1,3	

MSM: mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres; MSMH: mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens; MSH: mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens *Salário mínimo vigente no país, no período da coleta de dados; [#] p valor: Qui-quadrado ou exato de Fisher

4.2 Perfil comparativo das participantes, segundo variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática

Está apresentado na tabela 2 o perfil dos três grupos estudados (MSM, MSMH e MSH), segundo variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática.

A comparação dos grupos, quanto ao perfil de vulnerabilidade à VB, mostrou que estes apresentaram diferenças nas três dimensões (Tabela 2).

As MSM e MSMH apresentaram maior frequência de variáveis de vulnerabilidade à VB que as MSH. Considerando-se as variáveis de vulnerabilidade na dimensão individual, essas faziam maior uso de tabaco (49,7%a vs 55,0%a vs 27,7%b; $p=0,000$) e de acessórios sexuais (34,2%a vs 23,8%a vs 9,8%b; $p=0,000$) do que as MSH (Tabela 2).

No que diz respeito às variáveis da dimensão social da vulnerabilidade, maior percentual de MSM e MSMH tinha renda familiar *per capita* menor que meio salário mínimo (8,7%a vs 10,0%a vs 3,6%b; $p=0,047$) quando comparadas às MSH (Tabela 2).

Dentre as variáveis de vulnerabilidade programática, maior percentual de MSM e MSMH não frequentou UBS para ações de prevenção e promoção a saúde (40,3%a vs 32,5%a vs 17,4%b; $p=0,000$) do que as MSH (Tabela 2).

O grupo MSMH ainda apresentou maior frequência de variáveis de vulnerabilidade quando comparado às MSM e MSH: vivia menos com parceria (73,2%b vs 93,8%a vs 78,1%b; $p=0,001$), trocava mais de parcerias sexuais nos últimos três meses (10,1%a vs 45,0%b vs 21,0%c; $p=0,000$), dentre as variáveis de vulnerabilidade individual e tinha menos atividade remunerada (26,8%a vs 53,8%b vs 33,5%a; $p=0,000$) considerando-se as variáveis de vulnerabilidade social (Tabela 2)

As MSMH, ainda, faziam mais uso inconsistente de preservativos quando comparadas às MSH (82,6%ab vs 91,3%b vs 76,8%a; $p=0,015$), tiveram mais diagnóstico positivo de HPV (39,6%a vs 67,5%b vs 57,6%b; $p=0,000$) (Tabela 2) e não declaravam fazer sexo com mulher nos serviços de saúde (36,0%a vs 55,0%b; $p=0,009$) quando comparadas às MSM (dados não mostrados em tabela).

As MSM, em maior proporção, realizaram ducha vaginal (15,4%^a vs 11,3%^{ab} vs 6,3%^b; $p=0,015$) e não fizeram consulta ginecológica no último ano quando comparadas às MSH (49,7%^a vs 40,0%^{ab} vs 30,8%^b; $p=0,001$) (Tabela 2).

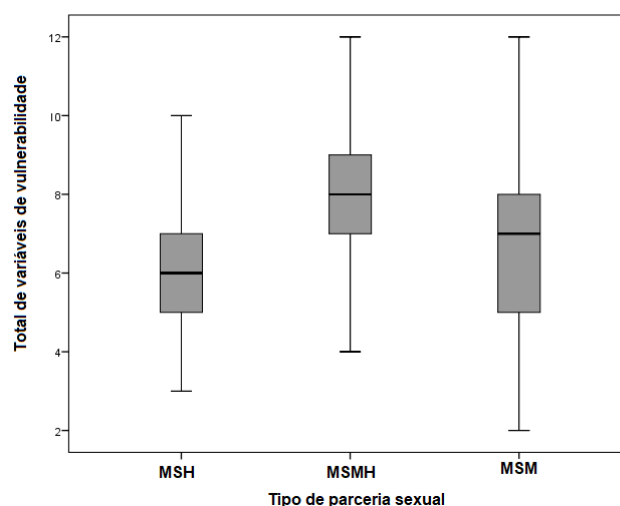
Tabela 2. Perfil dos três grupos estudados (mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres, mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens e mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens), segundo as variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática (n=453). Botucatu, 2015 – 2020

Individual, social e programática (n=453). Detecada, 2015-2020									
Variáveis	MSM (n=149)		MSMH (n=80)		MSH (n=224)		Total (n=453)		p [#]
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Vulnerabilidade individual									
Cor da pele não branca	44	29,5	18	22,5	52	23,2	114	25,2	0,324
Menos de 8 anos de estudo concluídos	05	3,4	00	0,0	04	1,8	09	2,0	0,256
Não vive com a parceria	109	73,2b	75	93,8a	175	78,1b	359	79,2	0,001
Usa tabaco	74	49,7a	44	55,0a	62	27,7b	180	39,7	0,000
Trocou de parceria sexual nos últimos três meses	15	10,1a	36	45,0b	47	21,0c	98	21,6	0,000
Usa acessórios sexuais	51	34,2a	19	23,8a	22	9,8b	92	20,3	0,000
Recebe penetração vaginal	129	86,6a	77	96,3b	224	100,0c	430	94,9	0,000
Recebe penetração anal	24	16,1	20	25,0	59	26,3	103	22,7	0,061
Recebe sexo oral	143	96,0	80	100,0	217	96,9	440	97,1	0,208
Uso inconsistente de preservativo	123	82,6ab	73	91,3b	172	76,8a	368	81,2	0,015
Realiza ducha vaginal	23	15,4a	09	11,3ab	14	6,3b	46	10,2	0,015
Diagnóstico positivo de HPV	59	39,6a	54	67,5b	129	57,6b	242	53,4	0,000
Diagnóstico positivo de <i>C. trachomatis</i>	05	3,4	05	6,3	11	4,9	21	4,6	0,606
Vulnerabilidade social									
Não tem atividade remunerada	40	26,8a	43	53,8b	75	33,5a	158	34,9	0,000
Renda familiar <i>per capita</i> < 1/2 salário mínimo*	13	8,7a	08	10,0a	08	3,6b	29	6,4	0,047
Vulnerabilidade programática									
Não frequenta a unidade básica de saúde para ações de prevenção e promoção a saúde	60	40,3a	26	32,5a	39	17,4b	125	27,6	0,000
Não fez consulta ginecológica no último ano	74	49,7a	32	40,0ab	69	30,8b	175	38,6	0,001

MSM: mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres; MSMH: mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens; MSH: mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens; *salário mínimo vigente no país, no período da coleta de dados; #p valor: Qui-quadrado ou exato de Fisher ou Mann-whitney

As medianas do escore de vulnerabilidade apresentadas pelos grupos foram: MSH: 6,0 (3-10), MSMH: 8,0 (4-12) e MSM: 7,0 (2-12), conforme na figura 2.

A mediana de escore de vulnerabilidade à VB do grupo de MSMH foi significativamente maior que a do grupo de MSM ($p < 0,001$), que por sua vez, foi maior que a do grupo de MSH ($p = 0,011$).



MSH: mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens; MSMH: Mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens; MSM: Mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres.

Figura 2. Box-plot do total de variáveis de vulnerabilidade observado entre as participantes por tipo de parceria sexual. Botucatu, 2015 -2020

4.3 Comparação das prevalências de VB entre MSM, MSMH e MSH

A prevalência geral de VB entre as participantes do estudo foi de 29,6%. As MSM e MSMH tiveram prevalências semelhantes desse desfecho e mais elevadas que a de MSH (35,6%a vs 36,3%a vs 23,2%b; $p=0,013$).

4.4 Associação entre tipo de parceria sexual e VB, considerando-se as variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática

Os resultados das análises bivariada e regressão múltipla para explicar a vaginose bacteriana em função do tipo de parceria sexual, ajustada pelas variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática estão apresentados na tabela 3.

A análise bivariada das variáveis de vulnerabilidade da dimensão individual que mais influenciaram a prevalência da VB ($p < 0,20$) foram: tipo de parceria sexual – MSM [1,53 (IC95%: 1,05-2,25); $p=0,029$] e MSMH [1,56 (IC95%: 0,99-2,46); $p=0,054$], cor da pele não branca [1,36 (IC95%: 0,94-1,96); $p= 0,101$], anos de estudo concluídos [0,92 (IC95%: 0,88-0,97); $p= 0,003$], usa tabaco [1,47 (IC95%: 1,05-2,07); $p= 0,025$], trocou de parceria sexual nos últimos três meses [1,54 (IC95%: 1,06-2,23); $p= 0,022$], usa acessórios sexuais [1,79 (IC35%: 1,24-2,58); $p= 0,002$], recebe penetração vaginal [3,53 (IC95%: 0,87-14,26); $p= 0,077$], recebe sexo oral [3,93 (IC95%: 0,55-28,10); $p= 0,173$], uso inconsistente de preservativo [1,70 (IC9%: 1,01-2,87); $p= 0,046$], realiza ducha vaginal [1,46 (IC95%: 0,90-2,38); $p= 0,125$], diagnóstico positivo de HPV [1,37 (IC95%:0,97-1,95); $p= 0,072$], diagnóstico positivo de *C. trachomatis* [2,21 (IC95%: 1,25- 3,92); $p= 0,007$] (Tabela 3).

Levando em consideração as variáveis das dimensões social e programática, as que atingiram $p < 0,20$ foram: renda familiar *per capita* menor que meio salário mínimo [1,98 (IC95%:1,18-3,34); $p= 0,010$] e não fez consulta ginecológica no último ano [1,33 (IC95%: 0,94-1,86); $p= 0,103$] (Tabela 3).

A regressão múltipla ajustada pelas variáveis de vulnerabilidade que atingiram o p crítico ($p < 0,20$) não identificou associação entre o tipo de parceria sexual e VB [1,13 (IC95%: 0,71-1,78); $p= 0,613$] e [0,94 (IC95%: 0,56-1,56); $p= 0,802$]. As variáveis de vulnerabilidade que se associaram à VB entre as participantes foram: anos de estudo concluídos [0,93 (IC95%: 0,88-0,99); $p= 0,025$], trocou de parceria sexual nos últimos três meses [1,57 (IC95%: 1,04-2,37); $p= 0,033$], usa acessórios sexuais [1,56 (IC95%: 1,06-2,30); $p= 0,025$] e diagnóstico positivo de *C. trachomatis* [1,87 (IC95%: 1,02-3,41); $p= 0,041$]. A escolaridade foi fator protetor para VB, sendo que a prevalência desse agravo em uma participante do estudo que tem determinado número de anos de estudo concluídos é 93,0% da prevalência de quem tem um ano a menos de estudo, ou seja, a prevalência diminui, em média, 7,0% a cada ano de estudo

concluído. Trocar de parceria sexual nos últimos três meses e usar acessórios sexuais aumentaram em uma vez e meia a prevalência do agravo. Ter diagnóstico positivo de *C. trachomatis* duplicou a prevalência de VB entre as participantes (Tabela 3).

Tabela 3. Análises bivariada e regressão múltipla para explicar a vaginose bacteriana em função do tipo de parceria sexual, ajustada pelas variáveis de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática (n=453). Botucatu, 2015-2020

Variáveis	Análise Bivariada			Regressão Múltipla		
	RP	IC95%	p	RPaj	IC95%	p
Variáveis						
Tipo de parceria sexual						
MSM	1,53	1,05 - 2,25	0,029	1,13	0,71 - 1,78	0,613
MSMH	1,56	0,99 - 2,46	0,054	0,94	0,56 - 1,56	0,802
MSH		1			1	
Vulnerabilidade individual						
Cor da pele não branca	1,36	0,94 - 1,96	0,101	1,21	0,82 - 1,79	0,327
Anos de estudo concluídos	0,92	0,88 - 0,97	0,003	0,93	0,88 - 0,99	0,025
Não vive com a parceria	1,33	0,84 - 2,11	0,218	-	-	-
Usa tabaco	1,47	1,05 - 2,07	0,025	1,24	0,86 - 1,77	0,248
Trocou de parceria sexual nos últimos três meses	1,54	1,06 - 2,23	0,022	1,57	1,04 - 2,37	0,033
Usa acessórios sexuais	1,79	1,24 - 2,58	0,002	1,56	1,06 - 2,30	0,025
Recebe penetração vaginal	3,53	0,87 - 14,26	0,077	2,89	0,68 - 12,31	0,152
Recebe penetração anal	1,16	0,78 - 1,70	0,467	-	-	-
Recebe sexo oral	3,93	0,55 - 28,10	0,173	3,00	0,41 - 21,88	0,279
Uso inconsistente de preservativo	1,70	1,01 - 2,87	0,046	1,48	0,86 - 2,57	0,159
Realiza ducha vaginal	1,46	0,90 - 2,38	0,125	1,28	0,77 - 2,13	0,336
Diagnóstico positivo de HPV	1,37	0,97 - 1,95	0,072	1,32	0,91 - 1,90	0,138
Diagnóstico positivo de <i>C. trachomatis</i>	2,21	1,25 - 3,92	0,007	1,87	1,02 - 3,41	0,041
Vulnerabilidade social						
Não tem atividade remunerada	1,18	0,84 - 1,68	0,341	-	-	-
Renda familiar <i>per capita</i> < ½ sm*	1,98	1,18 - 3,34	0,010	1,50	0,86 - 2,62	0,152
Vulnerabilidade programática						
Não frequenta a unidade básica de saúde para ações de prevenção e promoção a saúde	0,82	0,55 - 1,22	0,337	-	-	-
Não fez consulta ginecológica no último ano	1,33	0,94 - 1,86	0,103	1,30	0,91 - 1,85	0,144

MSM: mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres; MSMH: mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens; MSH: mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens; *salário mínimo vigente no país no período da coleta de dados

4.5 Associação entre variáveis de vulnerabilidade em suas três dimensões e VB para os grupos MSM, MSMH e MSH

A tabela 4 demonstra a análise bivariada e a regressão múltipla da associação entre a VB e variáveis de vulnerabilidade em suas dimensões para o grupo MSM.

Na análise bivariada, apenas variáveis de vulnerabilidade individual atingiram p crítico ($p < 0,20$): anos de estudo concluídos [0,93 (IC95%: 0,84-1,02); $p = 0,135$], usa tabaco [1,54 (IC95%: 0,89-2,67); $p = 0,122$], usa acessórios sexuais [1,71 (IC95%: 1,00-2,94); $p = 0,050$], recebe penetração vaginal [3,95 (IC95%: 0,96-16,23); $p = 0,057$], diagnóstico positivo de HPV [1,70 (IC95%: 0,99-2,93); $p = 0,052$], diagnóstico positivo de *C. trachomatis* [2,35 (IC95%: 0,84-6,51); $p = 0,100$] (Tabela 4).

Anos de estudo concluídos [0,91 (IC95%: 0,82-0,99); $p = 0,048$] foi a variável de vulnerabilidade associada à VB entre as MSM. A prevalência de VB diminuiu em média 9,0% para cada ano de estudo concluído (Tabela 4).

Tabela 4. Análise bivariada e regressão múltipla que identificaram a associação entre variáveis de vulnerabilidade das dimensões individual, social e programática e vaginose bacteriana em mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres (n=149). Botucatu, 2015-2020

Variáveis	Análise Bivariada			Regressão Múltipla		
	RP	IC95%	p	Rpaj	IC95%	p
Vulnerabilidade individual						
Cor da pele não branca	1,03	0,57 - 1,85	0,916	-	-	-
Anos de estudo concluídos	0,93	0,84 - 1,02	0,135	0,91	0,82 - 0,99	0,048
Não vive com a parceria	1,02	0,55 - 1,88	0,944	-	-	-
Usa tabaco	1,54	0,89 - 2,67	0,122	1,35	0,77 - 2,36	0,297
Trocou de parceria sexual nos últimos três meses	1,14	0,48 - 2,66	0,762	-	-	-
Usa acessórios sexuais	1,71	1,00 - 2,94	0,050	1,64	0,95 - 2,83	0,076
Recebe penetração vaginal	3,95	0,96 - 16,23	0,057	3,57	0,86 - 14,89	0,080
Recebe penetração anal	0,79	0,35 - 1,75	0,567	-	-	-
Recebe sexo oral	2,18	0,30 - 15,78	0,440	-	-	-
Uso inconsistente de preservativo	1,38	0,62 - 3,07	0,418	-	-	-
Realiza ducha vaginal	1,27	0,64 - 2,53	0,490	-	-	-
Diagnóstico positivo de HPV	1,70	0,99 - 2,93	0,052	1,62	0,94 - 2,80	0,082
Diagnóstico positivo de <i>C. trachomatis</i>	2,35	0,84 - 6,51	0,100	2,05	0,72 - 5,82	0,178
Vulnerabilidade social						
Não tem atividade remunerada	1,17	0,65 - 2,11	0,583	-	-	-
Renda familiar <i>per capita</i> < ½ sm*	1,59	0,71 - 3,52	0,252	-	-	-
Não declara fazer sexo com mulheres no serviço de saúde	0,80	0,46 - 1,38	0,426	-	-	-
Vulnerabilidade programática						
Não frequenta a unidade básica de saúde para ações de prevenção e promoção a saúde	0,70	0,39 - 1,24	0,226	-	-	-
Não fez consulta ginecológica no último ano	0,97	0,57 - 1,67	0,929	-	-	-

*salário mínimo vigente no país no período da coleta de dados; RP: Razão de prevalência; Rpaj: Razão de prevalência ajustada; IC: Intervalo de confiança

As análises bivariada e a regressão múltipla que investigaram as variáveis de vulnerabilidade que se associaram à VB entre as MSMH encontram-se na tabela 5.

Considerando-se a análise bivariada, apenas variáveis da dimensão individual da vulnerabilidade atingiram nível descritivo de triagem ($p < 0,20$): cor da pele não branca [2,10 (IC95%: 0,99-4,45); $p = 0,052$]; usa tabaco [1,81 (IC95%: 0,82-3,99); $p = 0,136$], trocou de parceria sexual nos últimos três meses [1,73 (IC95%: 0,82-3,62); $p = 0,145$], recebe penetração

anal [2,11 (IC95%: 1,01-4,43); $p=0,047$], realiza ducha vaginal [2,05 (IC95%: 0,83-5,05); $p=0,115$] e diagnóstico positivo de HPV [2,31 (IC95%: 0,88-6,05); $p=0,088$] (Tabela 5).

A regressão múltipla identificou a cor da pele não branca como variável independentemente associada à VB entre as MSMH, aumentando duas vezes e meia a prevalência do desfecho [2,34 (IC95%: 1,05-5,19); $p=0,037$] (Tabela 5).

Tabela 5. Análise bivariada e regressão múltipla que identificaram a associação entre variáveis de vulnerabilidade das dimensões individual, social e programática e vaginose bacteriana em mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens (n=80). Botucatu, 2015-2020

Variáveis	Análise Bivariada			Regressão Múltipla		
	RP	IC95%	p	Rpaj	IC95%	p
Vulnerabilidade individual						
Cor da pele não branca	2,10	0,99 - 4,45	0,052	2,34	1,05 - 5,19	0,037
Anos de estudo concluídos	0,93	0,79 - 1,08	0,356	-	-	-
Não vive com a parceria	22,15	0,02 - 17188,43	0,362	-	-	-
Usa tabaco	1,81	0,82 - 3,99	0,136	1,83	0,77 - 4,36	0,170
Trocou de parceria sexual nos últimos três meses	1,73	0,82 - 3,62	0,145	1,17	0,51 - 2,65	0,711
Usa acessórios sexuais	1,44	0,65 - 3,17	0,359	-	-	-
Recebe penetração vaginal	21,28	0,00 - 106844,14	0,482	-	-	-
Recebe penetração anal	2,11	1,01 - 4,43	0,047	1,88	0,89 - 3,98	0,099
Uso inconsistente de preservativo	0,83	0,25 - 2,74	0,762	-	-	-
Realiza ducha vaginal	2,05	0,83 - 5,05	0,115	1,88	0,72 - 4,92	0,196
Diagnóstico positivo de HPV	2,31	0,88 - 6,05	0,088	2,04	0,76 - 5,44	0,155
Diagnóstico positivo de <i>C. trachomatis</i>	1,73	0,52 - 5,71	0,368	-	-	-
Vulnerabilidade social						
Não tem atividade remunerada	0,92	0,44 - 1,91	0,827	-	-	-
Renda familiar <i>per capita</i> < ½ sm*	1,87	0,71 - 4,91	0,201	-	-	-
Não declara fazer sexo com mulheres no serviço de saúde	1,14	0,55 - 2,36	0,723	-	-	-
Vulnerabilidade programática						
Não frequenta a unidade básica de saúde para ações de prevenção e promoção a saúde	0,66	0,28 - 1,54	0,340	-	-	-
Não fez consulta ginecológica no último ano	1,21	0,58 - 2,53	0,596	-	-	-

*salário mínimo vigente no país no período da coleta de dados; RP: Razão de prevalência; Rpaj: Razão de prevalência ajustada
IC: Intervalo de confiança

Apresentam-se na tabela 6 as análises bivariadas e regressão múltipla que identificaram a associação entre variáveis de vulnerabilidade das dimensões individual, social e programática e VB em MSH.

A análise bivariada das variáveis de vulnerabilidade à VB da dimensão individual para o grupo MSH demonstrou que anos de estudo concluídos [0,93 (IC95%: 0,86-1,01; p= 0,100], trocou de parceria sexual nos últimos três meses [1,82 (IC95%: 1,02-3,26); p= 0,041],

usa acessórios sexuais [1,66 (IC95%: 0,78-3,54); $p=0,182$], uso inconsistente de preservativo [2,31 (IC95%: 0,99-5,42); $p=0,053$], diagnóstico positivo de *C. trachomatis* [2,52 (IC95%: 1,07-5,91); $p=0,033$] atingiram o $p<0,20$. Levando-se em consideração as dimensões social e programática da vulnerabilidade, as variáveis que atingiram $p<0,20$ foram: renda familiar *per capita* menor que meio salário mínimo [2,25 (IC95%: 0,81-6,24); $p=0,119$] e não fez consulta ginecológica no último ano [1,64 (IC95%: 0,95-2,85); $p=0,075$] (Tabela 6).

A regressão múltipla identificou que as MSH que trocaram de parceria sexual nos últimos três meses tiveram a prevalência de VB aumentada em duas vezes [2,09 (IC95%: 1,14-3,82); $p=0,017$] e as que fizeram uso inconsistente de preservativo [2,61 (IC95%: 1,10-6,20); $p=0,030$] e tiveram diagnóstico positivo de *C. trachomatis* [2,40 (IC95%: 1,01-5,73); $p=0,048$] em duas vezes e meia (Tabela 6).

Tabela 6. Análise bivariada e regressão múltipla que identificaram a associação entre variáveis de vulnerabilidade das dimensões individual, social e programática e vaginose bacteriana em mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens (n=224). Botucatu, 2015-2020

Variáveis	Análise Bivariada			Regressão Múltipla		
	RP	IC95%	p	RPaj	IC95%	p
Vulnerabilidade individual						
Cor da pele não branca	1,34	0,73 - 2,44	0,338	-	-	-
Anos de estudo concluídos	0,93	0,86 - 1,01	0,100	0,96	0,88 - 1,04	0,310
Não vive com a parceria	1,54	0,72 - 3,27	0,261	-	-	-
Usa tabaco	0,96	0,52 - 1,77	0,903	-	-	-
Trocou de parceria sexual nos últimos três meses	1,82	1,02 - 3,26	0,041	2,09	1,14 - 3,82	0,017
Usa acessórios sexuais	1,66	0,78 - 3,54	0,182	1,91	0,89 - 4,12	0,098
Recebe penetração anal	1,13	0,62 - 2,06	0,682	-	-	-
Recebe sexo oral	21,07	0,02 - 22141,85	0,391	-	-	-
Uso inconsistente de preservativo	2,31	0,99 - 5,42	0,053	2,61	1,10 - 6,20	0,030
Realiza ducha vaginal	0,91	0,28 - 2,94	0,886	-	-	-
Diagnóstico positivo de HPV	1,00	0,57 - 1,74	0,988	-	-	-
Diagnóstico positivo de <i>C. trachomatis</i>	2,52	1,07 - 5,91	0,033	2,40	1,01 - 5,73	0,048
Vulnerabilidade social						
Não tem atividade remunerada	1,34	0,77 - 2,34	0,293	-	-	-
Renda familiar <i>per capita</i> < ½ sm*	2,25	0,81 - 6,24	0,119	2,02	0,66 - 6,12	0,216
Vulnerabilidade programática						
Não frequenta a unidade básica de saúde para ações de prevenção e promoção a saúde	0,86	0,40 - 1,83	0,700	-	-	-
Não fez consulta ginecológica no último ano	1,64	0,95 - 2,85	0,075	1,65	0,94 - 2,89	0,083

*salário mínimo vigente no país no período da coleta de dados; RP: Razão de prevalência; RPaj: Razão de prevalência ajustada IC: Intervalo de confiança

5 DISCUSSÃO

A presente investigação, que teve por objetivo analisar a vulnerabilidade de MSM e MSMH à VB, demonstrou que essas mulheres têm maior perfil de vulnerabilidade ao agravo que MSH, sendo as MSMH ainda mais vulneráveis que os demais grupos. Demonstrou, ainda, que as prevalências de VB entre MSM e MSMH foram significativamente semelhantes e superiores que a de MSH, que o tipo de parceria sexual não se associou à VB e que as variáveis de vulnerabilidade associadas a esse desfecho são diferentes entre os grupos estudados. Entre as MSH as variáveis de vulnerabilidade independentemente associadas à VB foram de ordem comportamental e clínica e entre as MSM e MSMH, sociodemográficas.

Apesar do reconhecimento de que as variáveis de vulnerabilidade podem se enquadrar em mais de uma dimensão, uma vez que essas são articuladas, entrelaçadas e inseparáveis (AYRES et al., 2012; NICHATA et al., 2008; MEYER et al., 2006), optou-se, na presente investigação, trabalhar em separado com cada uma delas para analisar o perfil de vulnerabilidade das participantes à VB.

Considerando-se as variáveis de vulnerabilidade, as MSM e MSMH apresentaram maior perfil de vulnerabilidade à VB que as MSH. Na dimensão individual: faziam maior uso de tabaco e acessórios sexuais; na dimensão social: tinham renda familiar *per capita* menor que meio salário mínimo; e na dimensão programática: a maioria não frequentava UBS para ações de prevenção e promoção a saúde.

O consumo de tabaco pode favorecer o desenvolvimento da VB, uma vez que as substâncias contidas no mesmo promovem a diminuição da ação antimicrobiana vaginal (BAGAITKAR et al., 2008) e diminuição dos níveis de estrógeno (WILSON et al., 2007), favorecendo assim o crescimento bacteriano. O maior uso de tabaco entre as mulheres que relataram parcerias sexuais femininas já foi demonstrado em estudos anteriores (BUESSO, 2020; HEQUEMBOURG et al., 2020; BURGARD et al., 2005), o que possivelmente pode estar

contribuindo para a maior vulnerabilidade dessas mulheres à VB. Estudos futuros que avaliem a influência da dinâmica da vida cotidiana e aspectos contextuais (AYRES et al., 2012) do alto uso de tabaco entre as MSM e MSMH se fazem necessários para melhorar o entendimento dessa vulnerabilidade individual.

O uso de acessórios sexuais, bem como, o seu compartilhamento durante o ato sexual pode promover a troca de fluídos vaginais, aumentando, assim, as condições para desenvolvimento da VB (IGNACIO et al., 2018, MARRAZZO et al., 2010) e, dessa forma, deixando as mulheres que os utilizam vulneráveis ao agravo. Essa condição pode estar relacionada à possibilidade de transmissão sexual da VB entre mulheres que mantém relação sexual com outras mulheres, porém, mais estudos são necessários para comprovar ou refutar essa informação (WORKOWSKI et al., 2021; OLSON et al., 2018; MARRAZZO et al., 2012).

Destaca-se, ainda, entre as variáveis de vulnerabilidade individual, que as MSM realizavam mais ducha vaginal que as MSH. A prática de ducha vaginal vem sendo relacionada à VB, porém a literatura é controversa quanto ao aumento do risco de VB entre mulheres que realizam essa prática (COUDRAY; MADHIVANAN, 2020). Essa discrepância pode ser explicada pela falta de relação causal entre VB e ducha vaginal, sugerindo a necessidade de estudos longitudinais que estudem essa relação (COUDRAY; MADHIVANAN, 2020).

A interpretação das variáveis de vulnerabilidade individual mais presentes entre as MSM e MSMH deve levar em consideração a qualidade das informações sobre a saúde sexual e reprodutiva que as mesmas possuem, a maneira que elas elaboram tais informações e quais mecanismos as impedem de mudarem esses comportamentos no cotidiano (AYRES et al., 2012). Estudo qualitativo recente que buscou compreender a experiência de mulheres com parcerias sexuais femininas sobre o seu cuidado com a saúde sexual e reprodutiva, demonstrou que a maioria das participantes tinha acesso à informação sobre condições que poderiam influenciar sua saúde sexual e reprodutiva, porém, na prática cotidiana, faziam suposições

equivocadas sobre atitudes preventivas às IST, não acreditando e nem se percebendo em risco de adquiri-las, pelo fato de fazerem sexo com outra mulher. Dessa forma, essas mulheres minimizavam a possibilidade de desfechos desagradáveis à sua saúde sexual e reprodutiva (AMANCIO, 2020).

As MSM e MSMH apresentaram maior perfil de vulnerabilidade à VB quando comparadas às MSH também na dimensão social, uma vez que, tinham em maior frequência renda familiar *per capita* inferior a meio salário mínimo que as MSH. A baixa renda familiar *per capita* apresentada por esses grupos pode estar relacionada a processos discriminatórios dentro das relações sociais que essas mulheres vivenciam e, assim, causando o enfraquecimento social desses grupos, dificultando a capacidade de os mesmos reagirem contra potenciais de adoecimento (AYRES et al., 2012; NICHATA et al., 2008).

Tendo-se em vista a dimensão programática da vulnerabilidade à VB, as MSM e MSMH frequentavam menos as unidades básicas para ações de prevenção e promoção à saúde, quando comparadas às MSH. A baixa frequência dessa população nos serviços de saúde para ações preventivas tem sido demonstrada na literatura (ANDRADE et al., 2020; RUFINO et al., 2018a; FREITAS, 2017; FACCHINI; BARBOSA, 2006), fato que pode estar limitando o acesso dessas mulheres à importantes orientações à saúde e as tornando vulneráveis a agravos relacionados à saúde sexual e reprodutiva. A atenção básica tem o papel de centro coordenador do cuidado em saúde, sendo responsável pela longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2017; STARRFIELD, 2002) e deve garantir, assim, o acesso ao cuidado integral a saúde LGBT com ações específicas à saúde sexual e reprodutiva dessa população, conforme previsto na PNSILGBT (BRASIL, 2011a) e PNAISM (BRASIL, 2005a). Dessa forma, a atenção básica deve atuar de modo a implementar essas políticas, levando em consideração as relações entre os contextos sociais e dinâmicas do processo saúde-doença dessa população, com vistas a diminuição da vulnerabilidade programática das mesmas (AYRES et al., 2012).

O estudo também demonstrou que MSMH foi o grupo que apresentou maior perfil de vulnerabilidade à VB quando comparado às MSM e MSH nas dimensões individual e social.

Considerando-se a dimensão individual, não viver com parceria foi mais frequente entre as MSMH do que nos demais grupos, assim como, trocar de parceria sexual nos últimos três meses, que foi 4,5 vezes maior que em MSM e duas vezes maior que em MSH. Não viver com parceria pode favorecer a troca de parcerias sexuais e, assim, a uma ruptura do equilíbrio da microbiota vaginal (FETHERS et al., 2008) por maior exposição a outras microbiotas. A maior troca de parcerias sexuais entre MSMH já foi descrita anteriormente (MUZNY et al., 2014) e também associada ao aumento da VB entre mulheres com histórico parcerias sexuais femininas, dentre estas, MSMH (BRADSHAW et al., 2014; MARRAZZO et al., 2010; BAILEY et al., 2004; MARRAZZO et al., 2002).

A menor proporção de MSMH inseridas no mercado de trabalho quando comparadas às MSM e MSH aponta para maior vulnerabilidade social desse grupo. Essa dimensão da vulnerabilidade busca compreender como as relações sociais, como por exemplo, as relações econômicas, acesso a emprego e salário se dão, de modo a contribuir ou diminuir com as desigualdades entre as pessoas (AYRES et al., 2012). No caso das MSMH participantes da pesquisa, a baixa inserção no mercado de trabalho pode ter sido gerada pela exclusão social que as mesmas possivelmente estão inseridas. Essa relação precisa ser melhor compreendida em futuros estudos que avaliem a vulnerabilidade social que as MSMH possuem e a influência dessa na sua saúde sexual e reprodutiva.

Merece destaque o elevado uso inconsistente de preservativo entre os três grupos estudados e significativamente maior, entre as MSMH comparadas às MSH. Essa condição em conjunto com a alta prevalência de troca de parcerias sexuais nos últimos três meses, apresentada pelas mesmas, apontam para a possibilidade de elas estarem inseridas em contexto em que tenham baixa percepção de risco a agravos à saúde sexual e reprodutiva, bem como,

dificuldade de negociar práticas sexuais seguras com suas parcerias (NICHATA et al., 2008), o que as tornam vulneráveis tanto à VB como às IST. Tal fato foi demonstrado pelo diagnóstico de HPV mais prevalente em MSMH do que em MSM.

O HPV é uma IST e entre seus fatores de risco, para mulheres em idade fértil, encontram-se o aumento do número de parcerias sexuais, tanto masculinas como femininas, relacionamentos não monogâmicos, não uso de preservativos, entre outros (CHELIMO et al., 2013). Considerando-se as MSMH, participantes da presente investigação, a alta prevalência de HPV encontrada e a superioridade desta em relação as MSM, pode ser justificada em função de seu comportamento sexual, como foi explanado acima.

Considerando-se, a dimensão social da vulnerabilidade, destaca-se que as MSMH, em maior proporção que as MSM, não relatavam fazer sexo com mulheres nos serviços de saúde. As mulheres com histórico de parcerias sexuais femininas, em geral, pouco revelam suas práticas sexuais homoafetivas aos profissionais da saúde. Essa condição pode ser provocada pelo receio dessas mulheres de sofrerem preconceito ou uma assistência em saúde inadequada caso revelem suas práticas sexuais ao profissional de saúde e, também, por terem vivenciado experiências negativas anteriores nas relações com esses profissionais (AMANCIO, 2020; RUFINO et al., 2018b; MUNSON; COOK, 2016; VALADÃO; GOMES, 2011; BARBOSA; FACHINI, 2009), deixando-as, assim, mais vulneráveis à VB e também a outras condições relativas à sua saúde sexual e reprodutiva.

Ainda nesse sentido, Rufino et al. (2018) alertam para que os profissionais de saúde estejam atentos às necessidades de saúde específicas desses grupos para não perderem a oportunidade de prestarem assistência adequada a essa população (RUFINO et al., 2018b). Vale ressaltar a importância da capacitação do profissional de saúde para diminuir a invisibilidade persistente das mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres nos serviços de saúde (MUNSON; COOK, 2016)

Tal contexto de vulnerabilidade social que as MSMH participantes da pesquisa estão inseridas demanda a necessidade do entendimento das relações entre exclusão social e preconceito, que elas podem estar vivenciando, e a influência em suas relações econômicas, de gênero e assistência no serviço de saúde (AYRES et al., 2012).

Ressalta-se, ainda, que as MSM também fizeram menos consulta ginecológica no último ano quando comparadas às MSH. Observa-se na literatura científica que baixa procura por consulta ginecológica de rotina pelas mulheres que se relacionam sexualmente com outras mulheres é frequente (RUFINO et al., 2018a; RUFINO et al., 2018b; FREITAS, 2017; FACCHINI; BARBOSA, 2006). A falta de regularidade nas consultas ginecológicas pelas MSM pode ser explicada pelo entendimento incorreto de não necessidade de acompanhamento ginecológico de rotina, por se relacionarem com mulheres (BARBOSA; FACHINI, 2009). A falta de informações adequadas e orientações equivocadas prestadas pelos profissionais da saúde quanto aos cuidados relacionados à saúde tem sido uma realidade vivenciada por esse grupo populacional (AMANCIO, 2020; VALADÃO; GOMES, 2011).

A análise da vulnerabilidade programática, neste caso, deve levar em consideração as ações em saúde baseadas nas políticas públicas como a disponibilidade, acessibilidade, qualidade e, principalmente, a aceitabilidade dos serviços de saúde no que se refere às especificidades dessas mulheres (AYRES et al., 2012). Os achados da presente investigação sugerem lacunas nesses aspectos, uma vez que, a baixa frequência às UBS e em consultas ginecológicas de rotina pelas MSM e MSMH podem estar relacionadas a falta de ações dos serviços de saúde, como busca ativa para ações programáticas, prevenção de IST e consultas ginecológicas de rotina, conforme previsto nas políticas públicas voltadas às mulheres (BRASIL, 2005a) e população LGBT (BRASIL, 2011a).

Tendo-se em vista o escore de vulnerabilidade à VB, as MSMH apresentaram maior mediana de variáveis de vulnerabilidade à VB que os demais grupos, configurando-se como o

grupo com maior perfil de vulnerabilidade ao agravo. Assim, apresenta um conjunto de aspectos individuais e coletivos que podem estar relacionados à maior suscetibilidade das mesmas à VB, contribuindo assim, para o aumento de sua vulnerabilidade (AYRES et al., 2012).

O uso do conceito de vulnerabilidade como referencial teórico, permite, além de ampliar o campo de intervenção no processo saúde doença (NICHATA et al., 2011; SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007), tornar os conceitos de prevenção e promoção à saúde mais realistas, pragmáticos (AYRES et al., 2012) e, dessa forma, embasar e operacionalizar ações em saúde em uma determinada população (GUANILO et al., 2014). Assim, a identificação do perfil de vulnerabilidade dessas mulheres à VB, poderá favorecer os profissionais de saúde a contribuírem com a redução da vulnerabilidade de MSM e MSMH, por meio da promoção e educação em saúde (BRASIL, 2015), como por exemplo, o estímulo ao uso de preservativos nas relações sexuais, uso adequado de acessórios sexuais, vacinação contra HPV e orientar consultas ginecológicas de rotina.

O profissional de saúde deve, ainda, se atentar que a promoção e educação em saúde não devem ser realizadas de forma hierarquizada, unidirecional e impositiva, mas sim, levando em consideração os aspectos culturais que envolvem essas mulheres e a construção do conhecimento e da autonomia das mesmas, por meio da educação em saúde compartilhada, libertadora e transformadora de realidades (SEVALHO, 2018; COSTA et al., 2016; SALCI et al., 2013).

No que diz respeito à prevalência de VB, a obtida na presente investigação, entre as MSM (35,6%) foi próxima à encontrada por Muzny e colaboradores (2014) (33,0%) e inferior quando considerado o grupo MSMH (36,3%), cuja prevalência obtida por esses mesmos autores foi de 48,0%. Muzny e colaboradores (2014) conduziram estudo transversal nos Estados Unidos da América (EUA), com 163 mulheres afro-americanas, sendo elas 78 MSM e 85 MSMH, objetivando explorar e avaliar características de mulheres que se

relacionavam sexualmente com outras mulheres e fatores de risco para IST. Para realização do diagnóstico de VB empregaram como método os critérios de Amsel (AMSEL et al., 1983).

Outro estudo transversal americano, realizado em 2018, com 564 mulheres, também afro-americanas, sendo 73 MSM, 68 MSMH e 423 MSH que teve entre seus objetivos comparar as prevalências de VB entre mulheres com diferentes parcerias sexuais e avaliar se o tipo de parceria sexual se associava à VB, encontrou prevalências desse agravo também superiores às encontradas na presente investigação: 56,0% entre as MSM, 51,0% entre as MSMH e 30,0% entre as MSH, empregando-se os mesmos critérios diagnósticos utilizados no presente estudo (OLSON et al., 2018).

Essas diferenças de prevalências de VB entre os estudos podem ser explicadas devido às características sociodemográficas das amostras, uma vez que, as participantes dos estudos americanos eram afro-americanas. Maiores prevalências de VB vêm sendo demonstradas na literatura entre as mulheres negras (PEEBLES et al., 2019; CHERPES et al., 2008).

Os estudos de Muzny et al. (2014) e de Olson et al. (2018) também compararam as prevalências de VB entre os grupos investigados (OLSON et al., 2018; MUZNY et al., 2014). Muzny et al. (2014) encontraram prevalências significativamente superiores entre as MSMH quando comparadas às MSM (MUZNY et al., 2014) diferindo dos resultados da presente investigação. Porém, o estudo de Olson et al. (2018) observaram prevalências significativamente superiores de VB entre as MSM e MSMH quando comparadas às MSH (OLSON et al., 2018), corroborando os achados do presente estudo, sugerindo também a maior vulnerabilidade desses grupos ao agravo.

Outros estudos internacionais (MUZNY et al., 2013; BRADSHAW et al., 2014; MARRAZZO et al., 2010; BAILEY et al., 2004; MARRAZZO et al., 2002) também

investigaram a prevalência de VB entre mulheres com histórico de parcerias sexuais femininas, porém, conduziram suas análises sem classificar as participantes em grupos, segundo a exclusividade ou não de parcerias sexuais com mulheres. Estes encontraram prevalências variando entre 25,0% a 47,4% (MUZNY et al., 2013; BRADSHAW et al., 2014; MARRAZZO et al., 2010; BAILEY et al., 2004; MARRAZZO et al., 2002). Essa variação pode ser devida às características populacionais e métodos diferentes empregados para diagnóstico da VB.

Apenas dois estudos nacionais, realizados em 2005 (PINTO et al., 2005) e 2018 (IGNACIO et al., 2018), tiveram objetivo de analisar a prevalência de VB entre mulheres que relataram se relacionar sexualmente com outras mulheres. Estes tiveram amostras de 145 (PINTO et al., 2005) e 150 mulheres (IGNACIO et al., 2018) e encontraram prevalências próximas às obtidas na presente investigação: 33,8% (PINTO et al., 2005) e 36,0% (IGNACIO et al., 2018). Porém, essa comparação fica prejudicada, uma vez que, ambos os estudos anteriores (IGNACIO et al., 2018; PINTO et al., 2005) conduziram suas análises incluindo em suas amostras mulheres tanto com histórico de parceria sexual exclusivamente com mulheres, como, com histórico de parcerias sexuais com mulheres e com homens.

Apesar de as MSM e MSMH, no presente estudo, apresentarem prevalências significativamente superiores de VB que as MSH, o tipo de parceria sexual não foi independentemente associado à VB, divergindo de único estudo internacional (OLSON et al., 2018) que buscou o mesmo tipo de análise. Esses autores demonstraram que MSM e MSMH tiveram chance duas vezes e meia maior de apresentarem VB que as MSH, sugerindo assim, que a prática sexual entre mulheres aumenta a prevalência desse agravo. Futuros estudos incluindo grupos amostrais maiores merecem ser realizados a fim de melhor esclarecer a relação da VB com o tipo de parceria sexual.

Na presente investigação, todas as variáveis de vulnerabilidade associadas independentemente à VB nos três grupos estudados foram classificadas dentro da dimensão individual da vulnerabilidade. Porém, estas foram diferentes entre os grupos, quando analisados separadamente. As MSM e MSMH apresentaram variáveis de vulnerabilidade associadas à VB relacionadas às características sociodemográficas e as MSH variáveis de vulnerabilidade relacionadas ao comportamento sexual e clínicas.

Os anos de estudo concluído foi associado à VB entre as MSM, na presente investigação, como fator de proteção a esse agravo. Possivelmente as MSM altamente escolarizadas possuem maior nível de informação e condições socioculturais que favoreçam a redução do risco à VB (RANJIT et al., 2018). Não foram encontrados estudos que apontassem a escolaridade associada à VB entre as MSM, o que demonstra a necessidade de maiores estudos que possam explicar essa relação.

Considerando-se as variáveis de vulnerabilidade associadas à VB entre as MSMH, aquelas que autorreferiram cor da pele não branca tiveram a prevalência desse desfecho aumentada em duas vezes e meia. Essa relação já foi demonstrada anteriormente em estudo internacional, realizado na Inglaterra, em 2004, que teve por objetivo avaliar a VB em mulheres lésbicas e bissexuais e encontrou, entre os fatores associados, a etnia não caucasiana aumentando a chance de VB entre as mesmas. Porém, os próprios autores consideraram como limitação do estudo o pequeno tamanho da amostra (BAILEY et al., 2004).

Diferenças étnicas e raciais vêm sendo relacionadas à maior predisposição à VB, porém as explicações para tal relação ainda permanecem limitadas. Dentre as possíveis causas apontadas estão: fatores socioeconômicos que dificultariam o acesso à saúde de mulheres não brancas e fatores biológicos como menor quantidade de lactobacilos protetores (CHACRA et al., 2022; PEEBLES et al., 2019; BEAMER et al., 2017; NESS et al., 2003).

Entre as MSH as variáveis de vulnerabilidade associadas à VB foram: troca de parceria sexual nos últimos três meses, uso inconsistente de preservativo e diagnóstico positivo de *C. trachomatis*.

Apesar da patogênese da VB ainda permanecer pouco conhecida (COUDRAY; MADHIVANAN, 2020), estudos vêm apontando para uma estreita relação entre atividade sexual e VB (COUDRAY; MADHIVANAN, 2020; ZOZAYA et al., 2016). A possibilidade de transmissão de bactérias relacionadas à VB durante o ato sexual (ZOZAYA et al., 2016), a multiplicidade de parcerias associada ao agravo (REITER; SPADT, 2019) e o uso consistente de preservativo como fator de proteção para essa alteração de microbiota vaginal (YOTEBIENG et al., 2009; FETHERS et al., 2008; HUTCHINSON et al., 2007) foram demonstrados anteriormente, corroborando os achados da presente investigação.

O uso de proteção nas relações sexuais entre casais com práticas heterossexuais é permeado por complexas relações, incluindo as relações desiguais de gênero com a submissão feminina nas relações sociais, sustentando o poder masculino nas práticas sexuais, dificultando a negociação do uso do preservativo (GUIMARÃES et al., 2019), levando as mulheres a falta de ação para se prevenirem frente a uma situação de risco (GUIMARÃES et al., 2019; AYRES et al., 2012) e, denotando assim, alta vulnerabilidade das mesmas.

O diagnóstico positivo para *C. trachomatis* aumentou em duas vezes e meia a prevalência de VB entre as MSH na presente investigação. A associação das duas condições pode ser danosa a essas mulheres, uma vez que, a *C. trachomatis* e a *G. vaginalis* são agentes etiológicos da DIP, condição essa, responsável por sequelas inflamatórias graves, como infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica (RAVEL et al., 2021; CURRY et al., 2019). Dessa forma, fica evidente a condição de vulnerabilidade relacionada à saúde sexual e reprodutiva que essas mulheres estão expostas e a necessidade de ações em saúde que reduzam a vulnerabilidade a esses agravos, como o rastreio de IST, atividades educativas para estímulo

do sexo seguro e distribuição de preservativos.

A divergência entre as variáveis de vulnerabilidade associadas à VB entre os grupos aponta para a necessidade de os profissionais de saúde prestarem assistência à saúde sexual e reprodutiva às mulheres de forma não heteronormativa (VALADÃO; GOMES, 2011), levando em consideração o tipo de parcerias sexuais por elas empregadas e os contextos sociais (AYRES et al., 2012) em que vivem, pois, essas condições podem influenciar na vulnerabilidade das mesmas à VB.

O conhecimento do profissional de saúde acerca da complexidade dessas condições de vulnerabilidades e suas dimensões é fundamental para aprimorar a assistência em saúde a essa população, baseadas na transdisciplinaridade (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007), promoção à saúde e levando em consideração que as mulheres, devem ser coconstrutoras do processo de redução de sua vulnerabilidade (AYRES et al., 2012).

Considerando-se as hipóteses do estudo, é possível afirmar que a maioria delas foi confirmada. As MSM e MSMH apresentaram maior perfil de vulnerabilidade à VB, entretanto, as MSMH foram ainda mais vulneráveis. As prevalências de VB foram significativamente superiores entre as MSM e MSMH que em MSH. Fazer sexo com mulher não se associou a prevalência de VB e as variáveis de vulnerabilidade que se associaram à VB foram diferentes entre os grupos estudados.

Este estudo traz entre suas limitações o fato de a amostra ter sido constituída de maneira intencional e em âmbito loco regional. Porém, ressalta-se a dificuldade de captação da amostra de MSM e MSMH. Ainda entre as limitações, é possível que outras variáveis de vulnerabilidade não investigadas possam estar associadas à VB, entre os grupos estudados. Visto as limitações expostas, sugere-se a continuidade dos estudos na área, com amostras que representem regiões maiores, e ainda, a construção de marcadores de vulnerabilidade à VB entre as mulheres com parcerias sexuais femininas.

Entretanto, destaca-se sua importância uma vez que, permitiu aumento do conhecimento sobre a vulnerabilidade de MSM e MSMH à VB, por seu ineditismo, tendo-se em vista que, não foram encontrados na literatura nacional e internacional trabalhos que abordassem o conceito da vulnerabilidade como referencial teórico analisando mulheres com parcerias sexuais femininas à VB, mesmo em um cenário que as mesmas apresentam altas prevalências do agravo (IGNACIO et al., 2018; OLSON et al., 2018; MUZNY et al., 2014). Os resultados da presente pesquisa poderão favorecer novas abordagens preventivas específicas a essa população, comvistas ao seu cuidado integral e contribuir para estratégias de redução de sua vulnerabilidade e melhoria da saúde sexual e reprodutiva dessa população.

6 CONCLUSÃO

A presente investigação permitiu concluir que as MSM e MSMH apresentaram maior perfil de vulnerabilidade à VB que as MSH, sendo que, as MSMH apresentaram maior perfil de vulnerabilidade ao agravo que os demais grupos.

As MSM e MSMH tiveram prevalências significativamente superiores de VB que as MSH, sugerindo assim, maior vulnerabilidade das mesmas ao agravo, porém, o tipo de parceria sexual não se associou independentemente à VB.

As variáveis de vulnerabilidade associadas à VB foram diferentes entre os três grupos estudados: anos de estudo concluídos foi a variável de vulnerabilidade associada à VB entre as MSM, cor da pele não branca entre as MSMH e troca de parceria sexual nos últimos três meses, uso inconsistente de preservativo e diagnóstico positivo de *C. trachomatis* entre as MSH.

Os resultados da presente investigação tomados em conjunto demonstram a necessidade de abordagens não heteronormativas pelos profissionais de saúde, sendo necessário considerarem o tipo de parceria sexual adotado pelas mulheres e, assim, planejamento de assistência individualizada, com vistas à redução da vulnerabilidade das mesmas à VB.

A presente investigação reitera que a utilização do conceito de vulnerabilidade como referencial teórico, pode permitir a ampliação do campo de intervenção no processo saúde doença das mulheres e, ainda, operacionalização de ações em saúde que viabilizem a diminuição da vulnerabilidade de MSM e MSMH à VB.

7 REFERÊNCIAS

- Amancio SCP. Experiência de mulheres lésbicas e bissexuais com o cuidado de sua saúde sexual e reprodutiva [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2020.
- Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis: diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med.* 1983;74(1):14-22. doi: 10.1016/0002-9343(83)91112-9.
- Andrade J, Ignácio MAO, Freitas APF, Parada CMGL, Duarte MTC. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020t [citado 4 Mar 2021];25(10):3809-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001003809&lng=en. Epub Sep 28, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202510.03522019>.
- Ayres JR, Paiva V, França Júnior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e direitos humanos*. Curitiba: Editora Juruá; 2012. p. 71-94.
- Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti HCF. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 121-43.
- Bagaitkar J, Demuth DR, Scott DA. Tobacco use increases susceptibility to bacterial infection. *Tob Induc Dis.* 2008;4(1):12. doi: 10.1186/1617-9625-4-12.
- Bailey JV, Farquhar C, Owen C. Bacterial vaginosis in lesbians and bisexual women. *Sexually Trans Dis.* 2004;31(11):691-4.
- Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;(25):291-300.
- Bauer HM, Ting Y, Greer CE, Chambers JC, Tashiro CJ, Chimera J, et al. Genital human papillomavirus infection in female university students as determined by a PCR-based method. *JAMA.* 1991; 23-30; 265(4):472-477
- Beamer MA, Austin MN, Avolia HA, Meyn LA, Bunge KE, Hillier SL. Bacterial species colonizing the vagina of healthy women are not associated with race. *Anaerobe.* 2017; 45: 40-43. doi: 10.1016/j.anaerobe.2017.02.020
- Bradshaw CS, Walker SM, Vodstrcil LA, Bilardi JE, Law M, Hocking JS, et al. The influence of behaviors and relationships on the vaginal microbiota of women and their female partners: the WOW Health Study. *J Infect Dis.* 2014;209:1562-72. doi: <https://doi.org/10.1093/infdis/jit664>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) 21 anos depois. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

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. Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2008.

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

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

Brasil. Ministério da Saúde. Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b [citado 27 Jul 2021]. Disponível em: <https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/IIConferenciaNacionaldePoliticaseDireitosHumanosLGBT.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final – 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 27 Jul 2021]. Disponível em: <https://prceu.usp.br/wp-content/uploads/2021/04/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.844 de junho de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial da União. 18 Jun 2019.

Buesson TS. Sofrimento psíquico, consumo de risco de álcool e uso de drogas ilícitas em mulheres que fazem sexo com mulheres [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2020.

Burgard SA, Cochran SD, Mays VM. Alcohol and tobacco use patterns among heterosexually and homosexually experienced California women. *Drug Alcohol Depend.* 2005;77(1):61–70. doi: 10.1016 / j.drugalcdep.2004.07.007.

Caixeta RC, Ribeiro AA, Segatti KD, Saddi VA, Figueiredo Alves RR, et al. Association between the human papillomavirus, bacterial vaginosis and cervicitis and the detection of abnormalities in cervical smears from teenage girls and young women. *Diagn Cytopathol.* 2015;43(10):780-5. doi: 10.1002/dc.23301.

Carrara S, Ramos S, Simões JA, Facchini R. Política, direitos, violência e homossexualidade pesquisa 9ª parada do orgulho GLBT – São Paulo 2005. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.

Chacra LA, Fenollar F, Diop K. Bacterial vaginosis: what do we currently know? *Front Cell Infect Microbiol.* 2022;11:672429. doi: 10.3389/fcimb.2021.672429

Chelimo C, Wouldes TA, Cameron LD, Elwood JM. Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer. *J Infect.* 2013;66(3):207-17. doi: 10.1016/j.jinf.2012.10.024.

Cherpes TL, Hillier SL, Meyn LA, Busch JL, Krohn MA. A delicate balance: risk factors for acquisition of bacterial vaginosis include sexual activity, absence of hydrogen peroxide-producing lactobacilli, black race, and positive herpes simplex virus type 2 serology. *Sex Transm Dis.* 2008;35(1):78-83. doi: 10.1097/ OLQ.0b013e318156a5d0.

Cohen CR, Lingappa JR, Baeten JM, Ngayo MO, Spiegel CA, Hong T, et al. Bacterial vaginosis associated with increased risk of female-to-male HIV-1 transmission: a prospective cohort analysis among African couples. *PLoS Med.* 2012;9:e1001251.

Costa DW, Parreira BDM, Borges FA, Tavares DMST, Chaves LDP, Goulart BF. Educação em saúde e empoderamento do usuário da estratégia saúde da família. *Rev enferm UFPE on line.* 2016; 10(1):96-102. doi: 10.5205/reuol.8423-73529-1-RV1001201613

Coudray MS, Madhivanan P. Bacterial vaginosis - A brief synopsis of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;245:143-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.12.035.

Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic inflammatory disease: diagnosis, management, and prevention. *Am Fam Physician.* 2019;100(6):357-64.

D'Oliveira AFPL. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface (Botucatu).* 1999;3(4):105-22.

Duarte MTC, Cerqueira ATAR, Silva MG, Almeida MA, Bocchi SCM. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres a agravos relacionados à saúde mental, sexual e reprodutiva e situação de violência [projeto de pesquisa]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2018.

Duarte MTC, Godoy I, Silva MGS, Andrade J, Ignacio MAO, Freitas APF. Acesso a serviços de saúde e saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres [projeto de pesquisa]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2014.

Facchini R, Barbosa RM. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade [Internet]. Belo Horizonte: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Rede Feminista de Saúde; 2006 [citado 27 Mar 2017]. Disponível em: <http://www.academia.edu/2391225/>

Dossi%C3%AA_Sa%C3%BAde_das_Mulheres_L%C3%A9sbicas__Promo%C3%A7%C3%A3o_da_equidade_e_da_integralidade

Fethers KA, Fairley CK, Hocking JS, Gurrin LC, Bradshaw CS. Sexual risk factors and bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2008;47(11):1426-35. doi: 10.1086/592974.

Freitas APF. Necessidades de saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres e acesso a serviços de saúde [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2017.

Graver MA, Wade JJ. The role of acidification in the inhibition of *Neisseria gonorrhoeae* by vaginal lactobacilli during anaerobic growth. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*. 2011;10:8. doi: 10.1186/1476-0711-10-8.

Griffais R, Thibon M. Detection of *Chlamydia trachomatis* by the polymerase chain reaction. *Res Microbiol*. 1989;140(2):139-141

Guanilo MCDTU, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e ao HIV: construção e validação de marcadores. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [citado 2 Feb 2021];48(spe):152-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700152&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600022>.

Guimarães DA, Oliveira VCP, Silva LC, Oliveira CAM, Lima RA, Gama CAP. Dificuldades de utilização do preservativo masculino entre homens e mulheres: uma experiência de rodas de conversa. *Estud Psicol*. 2019;24(1):21-31. doi: 10.22491/1678-4669.20190003.

Hequembourg AL, Blayney JA, Bostwick W, Ryzin MV. concurrent daily alcohol and tobacco use among sexual minority and heterosexual women. *Subst Use Misuse*. 2020;55(1):66-78. doi: 10.1080/10826084.2019.16562522020.

Husman AMR, Walboomers JM, Hopman E, Bleker OP, Helmerhorst TM, Rozendaal L, et al. HPV prevalence in cytomorphologically normal cervical scrapes of pregnant women as determined by PCR: the age-related pattern. *J. Med. Virol*. 1995; 46: 97–102. 9.

Hutchinson KB, Kip KE, Ness RB. Condom use and its association with bacterial vaginosis and bacterial vaginosis-associated vaginal microflora. *Epidemiology*. 2007;18(6):702-8. doi: 10.1097/EDE.0b013e3181567eaa.

Ignacio MAO, Andrade J, Freitas APF, Pinto GVS, Silva MG, Duarte MTC. Prevalência de vaginose bacteriana e fatores associados em mulheres que fazem sexo com mulheres. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 4 Mar 2021];26: e3077. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext

- Klebanoff SL, Coombs RW. Virucidal effect of *Lactobacillus acidophilus* on human immunodeficiency virus type-1: possible role in heterosexual transmission. *J Exp Med*. 1991;174:289-92.
- Koumans EH, Sternberg M, Bruce C, Mcquillan G, Kendrick J, Sutton M, et al. The prevalence of bacterial vaginosis in the United States, 2001–2004; associations with symptoms, sexual behaviors, and reproductive health. *Sex Transm Dis*. 2007;34(11):864-9.
- Leão EM, Marinho LFB. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. *Promoc Saude*. 2002;3(6):31-6.
- Lima MAS, Saldanha AAW. (In)visibilidade lésbica na saúde: análise de fatores de vulnerabilidade no cuidado em saúde sexual de lésbicas. *Psicol: Ciênc Prof [Internet]*. 2020 [citado 1 Jul 2021];40:e202845. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003202845>
- Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. *A Aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.
- Marconi C, Duarte MTC, Silva DC, Silva MG. Prevalence of and risk factors for bacterial vaginosis among women of reproductive age attending cervical screening in southeastern Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131(2):137-41. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.05.016.
- Marrazzo JM. Evolving issues in understanding and treating bacterial vaginosis. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2004;2(6):913-22.
- Marrazzo JM, Gorgos LM. Emerging sexual health issues among women who have sex with women. *Curr Infect Dis Rep*. 2012;14:204-11. doi: 10.1007/s11908-012-0244-x.
- Marrazzo JM, Thomas KK, Agnew K, Ringwood K. Prevalence and risks for bacterial vaginosis in women who have sex with women. *Sex Transm Dis*. 2010;37(5):335-9
- Marrazzo JM, Koutsky LA, Eschenbach DA, Agnew K, Stine K, Hillier SL. Characterization of vaginal flora and bacterial vaginosis in women who have sex with women. *J Infect Dis*. 2002;185:1307-13. doi: 10.1086/339884.
- Mascarenhas RE, Machado MS, Costa e Silva BF, Pimentel RF, Ferreira TT, Leoni FM, et al. Prevalence and risk factors for bacterial vaginosis and other vulvovaginitis in a population of sexually active adolescents from Salvador, Bahia, Brazil. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;378640. doi: 10.1155/2012/378640.
- Masha SC, Wahome E, Vanechoutte M, Cools P, Crucitti T, Sanders EJ. High prevalence of curable sexually transmitted infections among pregnant women in a rural county hospital in Kilifi, Kenya. *PLoS One*. 2017;12(3):e0175166. doi: 10.1371/journal.pone.0175166.
- Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRCM. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(6):1335-42. doi: doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600022.
- Miranda T. Proposta susta a realização de 4ª Conferência Nacional de Políticas Públicas LGBT [Internet]. Brasília: Portal Câmara dos Deputados; 2018 [citado 15 nov 2019]. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/noticias/549802-proposta-susta-realizacao-de-4a-conferencia-nacional-de-politicas-publicas-lgbt/>

Mora C, Monteiro S. Vulnerability to STIs/HIV: sociability and the life trajectories of young women who have sex with women in Rio de Janeiro. *Cult Health Sexual*. 2010;12(1):115-24.

Munson S, Cook C. Lesbian and bisexual women's sexual healthcare experiences. *J Clin Nurs*. 2016;25(23-24):3497-510.

Muzny CA, Austin EL, Harbison HS, Hook EW. Sexual partnership characteristics of African American women who have sex with women; impact on sexually transmitted infection risk. *Sex Transm Dis*. 2014;41(10):611-7. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000194.

Muzny CA, Sunesara IR, Austin EL, Mena LA, Schwebke JR. Bacterial vaginosis among african american women who have sex with women. *Sex Transm Dis*. 2013;40(9):751-5. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000004.

Ness RB, Hillier S, Richter HE, Soper DE, Stamm C, Bass DC, et al. Can known risk factors explain racial differences in the occurrence of bacterial vaginosis? *J Natl Med Assoc*. 2003; 95(3): 201–212.

Ness RB, Kip KE, Soper DE, Hillier S, Stamm CA, Sweet RL, et al. Bacterial vaginosis (BV) and the risk of incident gonococcal or chlamydial genital infection in a predominantly black population. *Sex Transm Dis*. 2005;32(7):413-7.

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

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

Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol*. 1991;29:297-301. doi: 10.1128/jcm.29.2.297-301.1991

Olson KM, Boohaker LJ, Schwebke JR, Aslibekyan S, Muzny CA. Comparisons of vaginal flora patterns among sexual behaviour groups of women: implications for the pathogenesis of bacterial vaginosis. *Sexual Health*. 2018;15:61–7. doi: <https://doi.org/10.1071/SH17087>.

Osís MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(1):25-32.

Parenti ABH. Conhecimentos e práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e aids de mulheres que fazem sexo com mulheres [dissertação]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2021.

Passos EN, Ribeiro AA, Tavares SBN, Souza NLA, Batista MLS, Cardoso Filho LI, et al. Bacterial vaginosis, representation of endocervical and/or metaplastic cells, and cytological

abnormalities in different age groups: association study. *Diagn Cytopathol*. 2020;48(8):711-6. doi: 10.1002/dc.24398.

Peebles K, Velloza J, Balkus JE, McClelland RS, BarnabasRV. High global burden and costs of bacterial vaginosis: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis*. 2019;46(5):304-11. doi: 10.1097 / OLQ.0000000000000972.

Pinto VM, Tancredi MV, Neto AT, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behavior among women who have sex with women. *AIDS*. 2005;19 Suppl 4:S64-9.

Ranjit E, Raghubanshi BR, Maskey S, Parajuli P. Prevalence of bacterial vaginosis and its association with risk factors among nonpregnant women: a hospital based study. *Int J Microbiol*. 2018;2018:8349601. doi: 10.1155/2018/8349601.eCollection 2018.

Ravel J, Gajer P, Abdo Z, Schneider MG, Koenig SSK, McCulle SL, et al. Vaginal microbiome of reproductive-age women. *PNAS*. 2011;108(1)4680-7.

Ravel J, Moreno I, Simón C. Bacterial vaginosis and its association with infertility, endometritis, and pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(3):251-7. doi: 10.1016/j.ajog.2020.10.019.

Reiter S, Spadt SK. Bacterial vaginosis: a primer for clinicians. *Postgrad Med*. 2019;131(1):8-18. doi: 10.1080/00325481.2019.1546534.

Rotstein OD, Pruett TL, Fiegel VD, Nelson RD, Simmons RL. Succinic acid, a metabolic by-product of bacteroides species, inhibits polymorphonuclear leukocyte function. *Infect Immun*. 1985;48(2):402-8.

Rufino AC, Madeiro A, Trinidad AS, Santos RR, Freitas I. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018a;27(4):e2017499. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400005>.

Rufino AC, Madeiro A, Trinidad AS, Santos RR, Freitas I. Disclosure of sexual orientation among women who have sex with women during gynecological care: a qualitative study in Brazil. *J Sex Med*. 2018b;15(7):966-73. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.04.648.

Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [citado 2 Fev 2021];22(1):224-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100027>

Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva?. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2007 [citado 2 Fev 2021];12(2):319-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>.

Seade. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social: versão 2013. São Paulo: SEADE; 2013.

- Seade. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Seade municípios. São Paulo: Seade; 2021.
- Sevalho G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(64):177-88.
- Sobel JD. What's new in bacterial vaginosis and trichomoniasis? *Infect Dis Clin North Am*. 2005;19(2):387-406. doi: <https://doi.org/10.1016/j.idc.2005.03.001>
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- Takahashi RF. Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2006.
- Takemoto MLS, Menezes MO, Polido CB, Santos DS, Leonello VM, Magalhães CG, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among lesbian women: systematic review and recommendations to improve care. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado 4 Fev 2021];35(3):e00118118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000302001&lng=en.
- Valadão RC, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis Rev Saúde Colet*. 2011;21:1451-67.
- Van de Wijgert JHHM, Jaspers V. The global health impact of vaginal dysbiosis. *Res Microbiol*. 2017;168(9-10):859-64. doi: 10.1016/j.resmic.2017.02.003.
- Wilson JD, Lee RA, Balen AH, Rutherford AJ. Bacterial vaginal flora in relation to changing oestrogen levels. *Int J STD AIDS*. 2007;18(5):308-11. doi: 10.1258/095646207780749583.
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep* [Internet]. 2021 [citado 4 Fev 2021];70(RR-4):1–187. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>
- Yotebieng M, Turner AN, Hoke TH, Damme KV, Rasolofomanana JR, Behets F. Effect of consistent condom use on 6-month prevalence of bacterial vaginosis varies by baseline BV status. *Trop Med Int Health*. 2009;14(4):480-6. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02235.x.
- Zozaya M, Ferris MJ, Siren JD, Lillis R, Myers L, Nsuami MJ, et al. Bacterial communities in penile skin, male urethra, and vaginas of heterosexual couples with and without bacterial vaginosis. *Microbiome*. 2016;4:16. doi: 10.1186/s40168-016-0161-6.

Apêndice I

Número: _____

Instrumento de Coleta de Dados – (período 2015-2017)

Entrevistador: _____ Coletor: _____

Nome: _____ MAT: _____

Contato: (1) _____

Endereço: _____ Município _____

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

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

1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

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

Qual sua ocupação? _____

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

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

Qual sua religião? (0) católica (1) testemunha de Jeová (2) evangélico (3) kardecista (4) crê em Deus (5) outros _____ (ex.: umbandista, NÃO CRÊ EM DEUS....)

2 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Você frequenta algum serviço de saúde (posto de saúde, pronto-socorro, seja público ou privado)? (0) não (1) sim

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

Apenas quando adoece ou sente algum desconforto? (0) não (1) sim

Para realização de exames e outras ações preventivas (ex: papanicolaou, vacinação)? (0) não (1) sim

Para seguimento de tratamento de doença? (0) não (1) sim

Que tipo de serviço de saúde você frequenta? (0) particular (1) público (2) conveniado (3) nenhum

Se público: **UBS** (0) não (1) sim USF (0) não (1) sim serviço especializado (0) não (1) sim PS (0) não (1) sim não se aplica (0) não (1) sim

Você já encontrou alguma dificuldade quando procurou um serviço de saúde? (0) não (1) sim (2) não se aplica

Quais foram essas dificuldades? (0) não se aplica _____

Você encontrou alguma dificuldade em relação aos profissionais de saúde que atenderam você? (0) não (1) sim (2) não se aplica

Quais foram essas dificuldades? (0) não se aplica _____

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

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

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

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

3 CONHECIMENTO SOBRE DST/AIDS

O que são doenças sexualmente transmissíveis? _____

Quais doenças sexualmente transmissíveis você conhece? _____

Como se pega uma doença sexualmente transmissíveis? _____

Como elas podem se manifestar (sintomas)? _____

O que é aids? _____

Uma pessoa infectada pelo HIV tem aids? _____

Como o HIV pode ser transmitido? _____

Como se previne DST/aids? _____

Como ficou sabendo dessas informações? _____

4 CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

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

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

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

(*12 meses anteriores à inclusão no estudo) Outra droga(0) não (1) sim qual _____ (ex: lança perfume....)

5 COMPORTAMENTO SEXUAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E no último ano?(0) somente fixa (1) fixa e eventual (2) somente eventual (3) não teve

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

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

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

Você sabe se sua parceria feminina atual (se não tiver atual a última) tem relação sexual com homens?(0) não (1) sim(2) não sabe (3) não se aplica

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

E no último ano? (0) não (1) sim

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

6 PRÁTICAS SEXUAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Outras práticas (Outra forma diferente de praticar o sexo): (0) não (1) sim _____ (ex: tribadismo= vagina com vagina)

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

Usa preservativo no acessório? (0) não (1) sim (2) não se aplica (3) às vezes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7 REPRODUÇÃO

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

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

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

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

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

Atualmente (ou no futuro), Você deseja ter filhos? (0) não (1) sim

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

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

Qual o método anticoncepcional que você utiliza? (0) hormonal (1) laqueadura (2)vasectomia (3) preservativo (4) DIU (5) “tabelinha” (6) nenhum MAC (7) menopausa (8) histerectomia (9) não se aplica

8 DADOS CLÍNICOS

Qual a última vez que você procurou atendimento ginecológico?

Por que procurou? _____

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

Se não, por quê? _____

Se sim, data do último papanicolaou: _____(0) não se aplica

Resultado do último papanicolaou: _____(0) não se aplica Com que frequência você realiza o papanicolaou?

(0) 2x/ ano (1) 1x/ano (2)a cada 2 anos (3) a cada 3 anos (4) raramente (5) não se aplica

Já teve alguma alteração no papanicolaou?(Antecedente de lesão precursora ou neoplásica do colo uterino) (0) não (1) sim (2)não se aplica (3) não sabe

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

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

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

Se sim, data da última mamografia: _____(0) não se aplica Resultado da última mamografia: _____ (0) não se aplica

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

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

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

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

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

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

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

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

(6) vesículas (7) feridas (8) não se aplica (9) hepB Região: (0) genital (1) oral (2) anal (3)não se aplica

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

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

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

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

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

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

Intensidade: (0) pouco (1) moderado (2) muito (3) não se aplica Aspecto: (0) Fluido (1) pastoso (2) bifásico (3) outro: ____ (4) não se aplica

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

Prurido: (0) não (1) sim (2) às vezes (3) não se aplica Ardor genital: (0) Não (1) Sim (2) não se aplica

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

EXAME DA CAVIDADE ORAL

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

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

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

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

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

EXAME GINECOLÓGICO

DURS: ____ DUM: ____/____/____



Exame:

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

Vagina: (0) sem alteração (1) lesão: _____ (2) hiperemia (3) escoriações (4) não visualizada

Conteúdo vaginal: (0) não (1) sim Intensidade: (0) pouco (1) moderado (2) muito (3) não visualizado (4) não se aplica

Aspecto: (0) Fluido (1) pastoso (2) bifásico (3) outro: _____ (4) não visualizado (5) não se aplica

Cor: (0) branco (1) amarelo (2) acinzentado (3) outro: _____ (4) não visualizado (5) não se aplica

pH vaginal: _____ < 4,5 (0) não (1) sim Whiff test: (0) presente (1) ausente (2) duvidoso

Colo uterino: (0) epiteliado (1) ectopia JEC: _____ (2) friável (3) outros: _____ (4) não visualizado

9 DADOS LABORATORIAIS

Resultado da CO: (0) dentro dos limites da normalidade (1) Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas) (2) Atipias de significado indeterminado em células escamosas (3) Atipias de significado indeterminado em células glandulares (4) Atipias de origem indefinida (5) LSIL (6) HSIL (7) HSIL não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor (8) Adenocarcinoma *in situ* e invasor

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

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

Candidose vaginal: (0) não (1) sim

Gonorréia: (0) não (1) sim Tricomoníase:(0) não (1) sim **C. trachomatis: (0) não (1) sim** Sífilis:(0) não (1) sim

Infecção pelo HPV: (0) não (1) sim

Genótipos:_____

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

Resultado do exame da cavidade oral

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

Apêndice II

Número: _____

Grupo MSM ()

Grupo MSH ()

Grupo MSHM ()

Grupo Transexual ()

Instrumento de coleta de dados – (período 2019-2020)**1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

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)												

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 Psicológica (humilhação, insulto, limitar o ir e vir, etc)

☐ Danos patrimoniais (destruição de documentos, objetos, etc)

☐ Violência moral (calúnia, difamação, injúria)

☐ Violência Física

☐ Violência Sexual

☐ Ameaça

☐ 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 Psicológica (humilhação, insulto, limitar o ir e vir, etc)

☐ Danos patrimoniais (destruição de documentos, objetos, etc)

☐ Violência moral (calúnia, difamação, injúria)

☐ Violência Física

☐ Violência Sexual

☐ Ameaça

☐ Subtração de dinheiro e bens

☐ não

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 Psicológica (humilhação, insulto, limitar o ir e vir, etc)

☐ Danos patrimoniais (destruição de documentos, objetos, etc)

☐ Violência moral (calúnia, difamação, injúria)

☐ Violência Física

☐ Violência Sexual

☐ Ameaça

☐ Subtração de dinheiro e bens

☐ não

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

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 _____

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

Flora II: (0) não (1) sim Escore _____

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

(0) não (1) sim

Candidose vaginal: (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 III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

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

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

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

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

Botucatu, _____ de _____ de 20__

Assinatura da paciente

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

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

Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Rua Itagiba de Moraes Pupo, 41 São Manuel-SP
Fone: (14) 996058319
e-mail: mtduarte@fmb.unesp.br

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

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

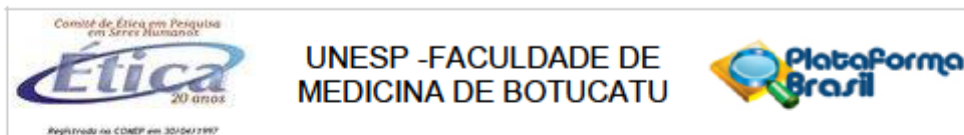
Stéfanie Cristina Pires Amancio
End: Santo Pascucci, 53
Vila Carmelo
CEP: 18609-590 Botucatu/SP
Fone: (15) 997796867
e-mail: scpamancio@gmail.com

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: R Maria de Lourdes Dante
Inocente, 181, Jardim Bela Vista
CEP: 18650-000 São Manuel/SP
Fone: (14) 981113986
e-mail: biaparenti@hotmail.com

Anexo I



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE DE MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES A AGRAVOS RELACIONADOS À SAÚDE MENTAL, SEXUAL E REPRODUTIVA E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Pesquisador: Mari Teresinha Cassamassimo Duarte

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 98934918.3.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.320.951

Apresentação do Projeto:

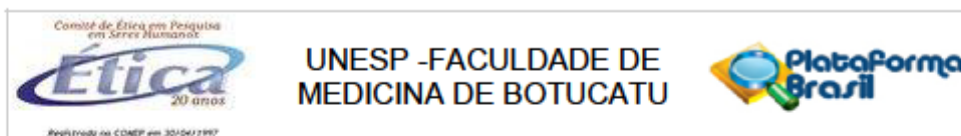
Tratam os autos de emenda ao Projeto intitulado " Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres. Agravos relacionados à saúde mental, sexual e reprodutiva e situação de violência", na qual as pesquisadoras solicitam as seguintes inclusões:

- 1) Inclusão da ESCALA DE APOIO SOCIAL que será aplicada complementar e conjuntamente ao instrumento de coleta de dados proposto e aprovado anteriormente. Esta inclusão se deve ao fato de que no andamento do estudo sentiu-se necessidade de complementação desses dados para atingir o objetivo geral proposto. A ESCALA DE APOIO SOCIAL complementar os dados do Subprojeto II: "Sofrimento psíquico e consumo de álcool em mulheres que fazem sexo com mulheres".
- 2) Inclusão de Ana Beatriz Henrique Parenti na equipe de pesquisadores.
- 3) Inclusão do subprojeto V denominado "Conhecimento e práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e aids de mulheres que fazem sexo com mulheres" a ser desenvolvido pela mestranda do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva Ana Beatriz Henrique Parenti.
- 4) Inclusão do subprojeto V e dos dados da pesquisadora Ana Beatriz Henrique Parenti no TCLE, já aprovado anteriormente.

Informa que os objetivos e método não serão alterados, apenas incluído o objetivo de analisar conhecimentos e práticas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e aids de

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609
CEP: 18.618-970
E-mail: cep@fmb.unesp.br

Anexo II



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES (Mãe) SubI: VULNERABILIDADE DE MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES SubII: PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES DO TRATO GENITAL INFERIOR FEMININO E FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES SubIII: NECESSIDADES DE SAÚDE DE MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE SubIV: CONHECIMENTOS, COMPORTAMENTOS E PRÁTICAS SEXUAIS DE MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES

Pesquisador: Mari Teresinha Cassamassimo Duarte

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 35867514.2.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.934.358

Apresentação do Projeto:

Considerando as recomendações da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, estabelecida na portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011, cujos objetivos, dentre outros, são de instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde dessa parcela da população, e a escassa literatura produzida nessa questão, as autoras propõem o presente projeto de pesquisa.

Trata-se de estudo transversal, descritivo e analítico, com abordagem quantitativa que será desenvolvido por meio de três subprojetos:

Subprojeto I: "Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres residentes em município do interior paulista", cujo objetivo é analisar a vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às doenças sexualmente transmissíveis/aids;

Subprojeto II: "Prevalência de infecções do trato genital inferior feminino e fatores associados em mulheres que fazem sexo com mulheres", que objetiva conhecer a prevalência de infecções genitais em mulheres que fazem sexo com mulheres e fatores associados a esses agravos;

Endereço: Chácara Butignoli, s/n

Bairro: Rubião Junior

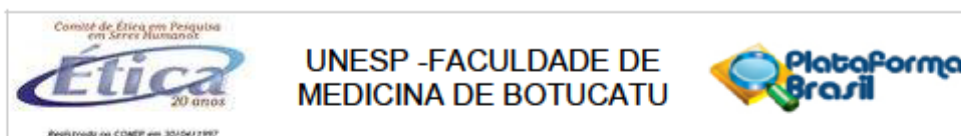
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE DE MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES A AGRAVOS RELACIONADOS À SAÚDE MENTAL, SEXUAL E REPRODUTIVA E SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Pesquisador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98934918.3.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.929.593

Apresentação do Projeto:

A presente investigação dará continuidade a estudo anterior "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 e terá como objetivo aprofundar o conhecimento sobre a vulnerabilidade dessas mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) no que diz respeito aos aspectos da saúde mental, sexual e reprodutiva e situação de violência, coordenado pela Profa. Dra. Marli T.C. Duarte. Trata-se de estudo transversal, que será desenvolvido no município de Botucatu/SP, por meio de quatro subprojetos- 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 sob orientação da professora Marli T.C. Duarte; 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 Bueso sob orientação e Co orientação das professoras Marli T.C. Duarte e Ana Teresa A.R. Cerqueira respectivamente; 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 coordenado pela professora

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
Bairro: Rubião Junior
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609 **CEP:** 18.618-970
E-mail: cep@fmb.unesp.br