



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

THAYNA SANTOS BUESSO

**SOFRIMENTO PSÍQUICO, CONSUMO DE RISCO DE ÁLCOOL E USO DE
DROGAS ILÍCITAS EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES**

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

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Coorientadora: Profa. Associada Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Botucatu

2020

Thayna Santos Buesso

Sufrimento psíquico, consumo de risco de álcool e uso
de drogas ilícitas em mulheres que fazem sexo com
mulheres

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Coorientadora: Prof^a Associada Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Botucatu

2020

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

Buesso, Thayna Santos.

Sufrimento psíquico, consumo de risco de álcool e uso de drogas ilícitas em mulheres que fazem sexo com mulheres / Thayna Santos Buesso. - Botucatu, 2020

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Coorientador: Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira
Capes: 40600009

1. Homossexualidade feminina. 2. Saúde mental.
3. Estresse psicológico. 4. Drogas ilícitas. 5. Mulheres - Uso de álcool.

Palavras-chave: Drogas ilícitas; Saúde mental; Transtornos relacionados ao álcool; homossexualidade feminina.

Esta dissertação é especialmente dedicada:

À minha família, especialmente aos meus pais **João Luis e Patricia** e ao meu irmão **João**, por todo o apoio e amor que sempre me deram em todos os aspectos da minha vida e por sempre me incentivarem a estudar cada vez mais. Amo vocês!

À **todas as mulheres** que participaram da presente investigação, pela confiança depositada em nossas mãos, pelas histórias, dúvidas, angústias e reflexões compartilhadas. Crescemos juntas e sempre. Muito obrigada!

Agradeço especialmente:

À Prof^a Dr^a Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Por desde a graduação enxergar em mim um potencial que eu sequer sabia existir e continuar acreditando em mim até nos meus momentos mais difíceis. Um exemplo de profissional de excelência e de ser humano iluminado, sou muito grata por ter você no meu caminho e por podermos caminhar juntas. Muito obrigada pela confiança e oportunidades proporcionadas!

À Prof^a Associada Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira

Por toda a sabedoria compartilhada e ajuda imensurável para construção deste projeto. Tive muita sorte de te conhecer e poder partilhar de toda sua energia e paixão pelo ensino e pela pesquisa.
Obrigada por tudo!

À todas as pesquisadoras envolvidas neste projeto, pela confiança de embarcarmos juntas nessa missão e pelos momentos partilhados. Em especial agradeço minha dupla **Mariana Alice**, por compartilhar comigo todos os risos, choros, dias cansativos, angústias, conselhos e dificuldades de se realizar um mestrado. Sou muito feliz por te chamar de amiga.

Ao **Centro de Saúde Escola** por todo apoio e por fornecer local onde foram feitas as consultas. Em especial, agradeço a **Enfermeira Ana Paula** pela parceria e prontidão em ajudar e toda a **equipe da área de saúde da mulher** por nos aceitar no espaço e sempre estar disposta a ajudar.

À FAPESP, pela concessão do apoio financeiro para o projeto “Mãe”, do qual essa pesquisa está inserida, possibilitando a execução e

aprimoramento do projeto. Processo nº 2018/19649-0, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Ao **NEAD.TIS** pela ajuda na elaboração do material de divulgação.

Ao **Prof. Hélio R. C. Nunes** pelas análises realizadas.

À **Profª Associada Gimol Benzaquen Perosa** e à **Profª Juliane Andrade** pelas importantes contribuições no exame geral de qualificação.

A todos os profissionais e amigos que participaram da divulgação e logística do trabalho, em especial à **Julia Morales**, que abraçou o projeto como se fosse próprio e tinha sempre um bom conselho ou um sorriso para alegrar o dia.

Aos meus amigos **Luiza, Bruna, Ana Claudia, Edinaldo Caroline, Sylvania, Maria Julia, Lara e Stéfanie**, que já estão comigo há muitos anos, sempre me apoiando e fazendo com que minha caminhada seja mais leve e divertida.

E por fim, à **Amanda**, que foi a pessoa que não me deixou perder a chance de ingressar nessa jornada.

“You, the people, have the power to make this life free and beautiful,
to make this life a wonderful adventure”
(Charles Chaplin)

SUMÁRIO

RESUMO	11
ABSTRACT	13
1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Políticas públicas para mulheres que fazem sexo com mulheres no Brasil	14
1.2 Aspectos da saúde mental de mulheres que fazem sexo com mulheres	20
2. OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo geral	25
2.2 Objetivos Específicos	25
3. MÉTODO	26
3.1 Desenho e Campo do Estudo	26
3.2 Participantes do estudo	28
3.3 Obtenção dos dados	30
3.4 Variáveis em estudo	31
3.5 Análise dos dados	32
3.6 Procedimentos Éticos	33
4. RESULTADOS	34
4.1 Perfil sociodemográfico e vivência de violência de MSM e MSH	34
4.2 Percepção de apoio social	35
4.3 Prevalência de consumo de risco de álcool e fatores associados	38
4.4 Prevalência de consumo de drogas ilícitas e fatores associados	40
4.5 Prevalência de Transtorno Mental Comum e fatores associados	44
5. DISCUSSÃO	48
6. CONCLUSÃO	56
7. REFERÊNCIAS	57

APÊNDICES

ANEXOS

Lista de Tabelas

- Tabela 1.** Perfil sociodemográfico e vivência de violência de MSM e MSH. Botucatu, 2020
- Tabela 2.** Dimensões da Escala de Apoio Social, segundo a prática sexual. Botucatu, 2020
- Tabela 3.** Prevalência do consumo de risco de álcool, segundo a prática sexual. Botucatu, 2020
- Tabela 4.** Associações bivariadas para o risco de consumo abusivo de álcool. Botucatu, 2020
- Tabela 5.** Regressão logística bivariada e multivariada da associação entre prática sexual e o consumo de risco de álcool. Botucatu, 2020
- Tabela 6.** Prevalência de consumo de drogas ilícitas, segundo a prática sexual. Botucatu, 2020
- Tabela 7.** Prevalência de diferentes tipos de drogas ilícitas consumidas, segundo a prática sexual. Botucatu, 2020
- Tabela 8.** Associações bivariadas para o risco de consumo de drogas. Botucatu, 2020
- Tabela 9.** Regressão logística bivariada e multivariada que investigaram a associação entre prática sexual e o consumo de drogas ilícitas. Botucatu, 2020
- Tabela 10.** Prevalência de transtorno mental comum, segundo prática sexual. Botucatu, 2020
- Tabela 11.** Associações bivariadas para o risco de transtorno mental comum. Botucatu, 2020
- Tabela 12** Resultado das análises de regressão logística bivariada e multivariada que investigaram a associação entre prática sexual e presença de transtorno mental comum. Botucatu, 2020

Lista de Quadros

Quadro 1. Procedimento de captação da amostra. Botucatu, 2020

Lista de Abreviaturas

AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

EAS - Escala de Apoio Social

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

MS - Ministério da Saúde

MSH - Mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens

MSM - Mulheres que fazem sexo com mulheres e com homens e mulheres

OMS - Organização Mundial da Saúde

SRQ-20 - Self Reporting Questionary

SUS - Sistema Único de Saúde

TMC - Transtornos Mentais Comuns

BUESSO, T.S. **Sofrimento psíquico, consumo de risco de álcool e uso de drogas ilícitas em mulheres que fazem sexo com mulheres.** 2020. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2020.

RESUMO

Introdução: Apesar de avanços nas políticas públicas voltadas às Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), recentemente vivemos um período de retrocessos, e as mudanças que vinham ocorrendo lentamente na prática dos serviços de saúde, tendem a demorar mais ainda. Com relação às mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), o padrão heteronormativo predominante tem levado a invisibilidade desse grupo, dificultando a obtenção de dados sobre aspectos relacionados a sua saúde física e mental e, conseqüentemente, comprometendo o cuidado integral. Pesquisas indicam que MSM apresentam maiores taxas de uso abusivo de álcool e drogas ilícitas e maior sofrimento mental, entretanto, ainda há lacunas de conhecimento sobre saúde mental desse grupo. **Objetivo:** Estimar a prevalência e estudar a associação entre MSM e MSH (mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens) e consumo de risco de álcool, uso de drogas e presença de transtorno mental comum (TMC). **Método:** Estudo transversal, desenvolvido no município de Botucatu-SP, 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”. A amostra intencional foi composta por 317 mulheres divididas em dois grupos: 114 MSM e 203 MSH. Os dados foram obtidos entre janeiro de 2019 a dezembro de 2019, por meio de aplicação de formulários que investigaram características sociodemográficas, consumo de substâncias e vivência de algum tipo de violência na vida, e de instrumentos padronizados e validados: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), Self Reporting Questionary (SRQ-20) e Escala de Apoio Social (EAS). A análise dos dados se deu por regressão logística múltipla parcimoniosa para os desfechos em função da prática sexual, sendo consideradas significativas as associações com $p < 0,05$. O projeto de pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu –UNESP, CAAE: 98934918.3.0000.5411 (Parecer nº 3.320.951). **Resultados:** Dentre as 317 participantes do estudo, a maioria se encontrava na faixa etária de 22 – 29 anos (46,7%), era branca (74,1%), não estava em união estável (81,4%) e tinha ≥ 12 anos de estudos concluídos (85,2%). As prevalências gerais de consumo de risco de álcool, consumo de alguma droga ilícita nos últimos 12 meses e TMC foram 41,3%, 43,0% e 34,4%, respectivamente, sendo mais elevadas entre MSM: 50,0%, 63,2% e 44,7%, respectivamente. Não estar em união estável e usar tabaco se associaram independentemente ao consumo de risco de álcool [OR=2,16 (1,10 – 4,26); $p=0,02$ e OR=3,46 (2,05 – 5,85); $p < 0,00$, respectivamente]. As variáveis que se associaram independentemente ao consumo de alguma droga ilícita nos últimos 12 meses foram: idade entre 22 e 29 anos [OR= 0,25 (0,10 – 0,59); $p=0,00$], prática sexual [OR=2,89 (1,62 – 5,18); $p=0,00$], não ter união estável [OR=6,63 (2,34 – 18,77); $p=0,00$], ter sido vítima de violência [OR= 2,20 (1,01 – 4,81); $p=0,04$] e consumo de tabaco [OR= 4,54 (2,55 – 8,09); $p=0,00$]. O uso de alguma droga ilícitas nos últimos 12 meses [OR= 1,92 (1,10 – 3,33); $p=0,02$], ter sofrido violência [OR= 2,91 (1,26 – 6,71); $p=0,01$] e ter menor pontuação nas dimensões de apoio material e apoio afetivo na EAS [OR= 1,09 (1,00 – 1,20); $p=0,04$ e OR= 0,81 (0,66 – 0,99); $p=0,04$, respectivamente] associaram-se independentemente a apresentar TMC. **Conclusão:** As MSM incluídas neste estudo apresentaram maiores prevalências de consumo de risco de álcool, uso de alguma droga ilícita e presença de TMC. A prática sexual associou-se independentemente ao consumo de alguma droga ilícita. Assim, este estudo aponta para necessidade de efetivação e criação de novas políticas que contemplem essas mulheres, preparo dos profissionais e de atividades de educação em saúde voltadas para esses aspectos do cuidado de MSM, especialmente, quanto ao uso de drogas ilícitas.

Descritores: Transtornos relacionados ao álcool; saúde mental; drogas ilícitas; homossexualidade feminina.

BUESSO, T.S. **Psychological distress, hazardous alcohol use and use of illicit drugs in women Who have sex with women.** 2020. Thesis (Master degree) – Botucatu Medical School, Paulista State University, Botucatu, 2020.

ABSTRACT

Introduction: Despite advances in public policies aimed at Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals (LGBT), we have recently experienced a period of setbacks, and the changes that have been taking place slowly in the practice of health services, tend to take even longer. Regarding women who have sex with women (WSW), the predominant heteronormative pattern has led to the invisibility of this group in health services, making it difficult to obtain data on aspects related to their physical and mental health, and consequently compromising comprehensive care. Research indicates that WSW have higher rates of abuse of alcohol and illicit drugs, and greater mental distress, however, there are still gaps in knowledge about mental health in this group **Objective:** Estimate the prevalence and study the association between WSW and WSM (women who have sex exclusively with men) and hazardous alcohol use, drug use and presence of common mental disorders (CMD) **Method:** Cross-sectional study, developed in the municipality of Botucatu-SP, which comprises a broader research called "Vulnerability of women who have sex with women to problems related to mental, sexual and reproductive health and situation of violence". The intentional sample consisted of 317 women divided into two groups: 114 WSW and 203 WSM. Data were obtained between January 2019 and January 2020, through the application of forms that investigated sociodemographic characteristics, sexual behaviors and practices, and standardized and validated instruments: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT), Self Reporting Questionnaire (SRQ -20) and Social Support Scale (EAS). Data analysis was performed using multiple logistic regression for outcomes due to sexual practice, with associations with $p < 0.05$ being considered significant. The research project received a favorable opinion from the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine of Botucatu FMB-UNESP CAAE: 98934918.3.0000.5411 (Opinion No. 3.320.951) **Results:** Among the 317 study participants, 114 were WSW and 203 WSM. Most were in the 22 - 29 age group (46.7%), were white (74.1%), were not in a stable relationship (81.4%) and had ≥ 12 years of completed studies (85, 2%). The general prevalences of hazardous alcohol use, use of some illicit drug in the last 12 months and CMD were 41.3%, 43.0% and 34.4% respectively, being higher among WSW 50, 0%, 63.2% and 44.7% respectively. Not being in a stable relationship and using tobacco were independently associated with hazardous alcohol use [OR=2,16 (1,10 – 4,26); $p=0,02$ e OR=3,46 (2,05 – 5,85); $p<0,00$, respectively]. The variables that were independently associated with the consumption of any illicit drug in the last 12 months were: age between 22 and 29 years old [OR= 0,25 (0,10 – 0,59); $p=0,00$], sexual practice [OR=2,89 (1,62 – 5,18); $p=0,00$], not having a stable union [OR=6,63 (2,34 – 18,77); $p=0,00$], having been a victim of violence [OR= 2,20 (1,01 – 4,81); $p=0,04$] and tobacco consumption [OR= 4,54 (2,55 – 8,09); $p=0,00$]. The use of illicit drugs in the last 12 months [OR= 1,92 (1,10 – 3,33); $p=0,02$], having suffered violence [OR= 2,91 (1,26 – 6,71); $p=0,01$] and a lower score in the dimensions of material and affective support of the EAS [OR= 1,09 (1,00 – 1,20); $p=0,04$ e OR= 0,81 (0,66 – 0,99); $p = 0.01$, respectively] were independently associated with CMD. **Conclusion:** The WSW included in this study had higher prevalence of hazardous alcohol use, use of some illicit drug and presence of CMD. Sexual practice was independently associated with the consumption of some illicit drug. Thus, this study points to the need to implement and create new policies that address these women, prepare professionals and health education activities focused on these aspects of WSW care, especially regarding the use of illicit drugs.

Keywords: Alcohol related disorders, mental health, illicit drugs, female homosexuality.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Políticas públicas para mulheres que fazem sexo com mulheres no Brasil

No Brasil, até o fim da década de 1970, a atenção à saúde da mulher focalizava predominantemente o período da gestação ao puerpério, com vistas ao controle do corpo da mulher para a geração de filhos adequados à reprodução social. Na década de 1980, período marcado pelo movimento da reforma sanitária, no qual havia importante participação dos movimentos feministas brasileiros, que reivindicava, entre outras demandas, os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, o Ministério da Saúde (MS), criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. O programa propunha uma abordagem integral da mulher, incorporando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde em todos os períodos da vida. Apesar de o programa representar um grande avanço, ele ainda não contemplava a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, e também não foi efetivamente implementado no país, devido à, entre outros problemas, morosidade e a desordem do sistema público de saúde ^{1,2}.

Somente a partir dos anos 2000 que a visibilidade da população de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) foi sendo mais discutida, abordando temas relacionados à cidadania e direitos humanos, não levando em conta somente as questões voltadas para as epidemias de HIV/aids no país. Um dos marcos positivos para a luta foi o lançamento do “Brasil sem homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual” em 2004. O programa apresentava um conjunto de ações relativas ao respeito pela diversidade sexual e combate ao preconceito, sendo que um dos tópicos abrangia especificamente políticas para as mulheres, demonstrando preocupação de abordar as diversidades levando em conta os diversos graus de opressão sofridos. Este programa focalizava os princípios de não

discriminação por orientação sexual, promoção de políticas públicas, produção de conhecimentos para melhorar a implantação do programa e de métodos de avaliação do mesmo, e do combate à homofobia, como papel do Estado e da sociedade como um todo.^{3,4,5}

Expandindo as discussões, e considerando a necessidade de mudanças referentes às políticas públicas voltadas às mulheres, o Governo teve a iniciativa de realizar diversas discussões em parceria com grupos de minorias sociais, Organizações não governamentais (ONGs), e de especialistas e pesquisadores na área, para formular uma política em consonância com as necessidades das mulheres brasileiras. Assim, foi instituída em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), ampliando e redefinindo os conceitos de saúde da população feminina, incluindo agora a abordagem da saúde de mulheres lésbicas, negras, trabalhadoras rurais, indígenas, em situação prisional, entre outras ações^{6,7}. Entretanto, a cartilha “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo”, publicada pelo MS em 2005, não abrangeu a população de minorias sexuais, evidenciando um pensamento ainda heteronormativo sobre a sexualidade e reprodução desses grupos⁴. Somente em 2006, com a publicação “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde - um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais”, o MS incluiu orientações sobre a sexualidade, legislação e o cuidado da saúde desse grupo⁸.

A 1ª Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais ocorreu em Brasília em 2008, tornando-se um marco extremamente importante para a discussão da problemática do tema, sendo que o Brasil foi o primeiro país do mundo que convocou uma conferência nacional representativa e institucional⁹. Nessa conferência, um ponto importante foi a aprovação da mudança da sigla GLBT (Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais) para LGBT, que era uma pauta levantada há tempos pelas lésbicas, e que buscava a visibilidade para elas no contexto da diversidade sexual e entrando em consonância com a sigla usada pela maior parte do mundo⁹.

Em 2010, o MS lançou o Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo ações de promoção dos direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT, com abordagem específica para cada um dos segmentos, pois eles expressam diferentes orientações sexuais e identidades de gênero. Tanto a orientação sexual quanto a identidade de gênero são aspectos vistos pelo MS como determinantes e condicionantes da situação de saúde, levando em conta os estigmas decorrentes da não heterossexualidade e/ou de não se identificar como cisgênero¹⁰. Para enfrentar esses estigmas, há necessidade de intervir diretamente nos aspectos que levam à exclusão social, desemprego, acesso à alimentação e moradia, e nos referentes aos preconceitos sofridos¹⁰.

Um marco histórico de extrema importância para saúde da população LGBT, que ampliou o foco do Estado para os estigmas vivenciados pelo grupo e suas vulnerabilidades¹¹, foi a criação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, por meio da Portaria Nº 2.836, que tem por objetivos promover a saúde integral dessa população; buscar maior equidade e redução de desigualdades; ampliar o acesso aos serviços de saúde; promover iniciativas de redução de riscos e reduzir problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio; promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), entre outros.

Buscando destacar a importância da participação social na conquista de direitos e cidadania, especificamente das mulheres lésbicas e bissexuais, de empoderar a cidadania feminina e sensibilizar gestores e trabalhadores da saúde sobre questões específicas da saúde dessas mulheres, o MS lançou em 2013 a cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social”, com vistas a promover maior visibilidade desse público e auxiliar na compreensão e manejo do acolhimento dessas mulheres. Nota-se no documento um maior enfoque no relacionamento entre o profissional da saúde e essas mulheres, evidenciando a

importância do atendimento integral e humanizado, que leve em conta todas as especificidades e pluralidades do grupo¹².

Em 2014, foi realizada a Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, promovida pela Secretaria de Política para Mulheres (SPM) e pelo MS, com a participação de ativistas e gestores. Teve por objetivo aprofundar conteúdos para desenvolver materiais para profissionais de saúde, visando a promoção e atenção integral desse grupo¹³.

Como mais uma etapa da campanha “Políticas de equidade para tratar bem de todos”, em novembro de 2015 o MS em parceria com a SPM e com a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH), lançou a campanha “Cuidar da Saúde de Todas. Faz bem para a Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil”, buscando um cuidado em saúde inclusivo, qualificado e com garantia de acesso aos serviços de saúde, sem preconceitos. Na mesma campanha foi lançado o site Saúde LGBT, com diversas informações, estratégias, ações e legislações sobre o grupo¹⁴.

Em abril de 2016, realizou-se a 3ª Conferência de Políticas Públicas de Direitos Humanos de LGBT trazendo o tema “Por um Brasil que criminalize a violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”, onde se discutiram as políticas públicas abordando a violência contra a população LGBT, com intenção de propor estratégias, associá-las e integrá-las ao Sistema Nacional de Promoção da Cidadania e Enfrentamento à Violência¹⁵. Ainda neste mesmo ano, o MS lançou o Protocolo da Atenção Básica da Saúde da Mulher, abordando a necessidade dos profissionais de saúde se atentar à população lésbica e bissexual, por conta de ser um grupo com diversas vulnerabilidades¹⁶.

Apesar de todos esses avanços apresentados no âmbito político, ainda assim, com relação às MSM (Mulheres que fazem sexo com mulheres), há uma ausência de propostas que possam atender as necessidades dessas mulheres de modo integral. Destaca-se também o fato

de que, apesar de existirem as políticas e programas voltados para a população LGBT, ainda há muito que ser feito para que estas sejam consolidadas, e principalmente para as MSM, impedindo que elas não sejam invisibilizadas e se ausentem dos serviços de saúde em decorrência da falta de preparo dos profissionais^{17,18}.

É importante destacar que o cenário político atual não é dos mais favoráveis para as minorias sociais. A exemplo disso tem-se medida governamental de 2017 sobre a interrupção de repasses federais para programas específicos de defesa LGBT, assim como a não realização da 4ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de LGBT, que estava prevista para ocorrer em novembro de 2019 e até o presente momento não foi realizada^{19,20}.

Dando continuidade ao dismantelamento dos programas e marginalizando ainda mais o grupo, a Medida Provisória (MP) de nº 870/19, exclui a população LGBT das políticas e diretrizes que são voltadas aos direitos humanos, assim como foi excluída a secretaria do MEC (Ministério da Educação) que era responsável por ações de diversidade, étnico raciais e de direitos humanos, a SECADI (Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão)^{21, 22,23}.

Essas ações são interpretadas como retrocessos para os direitos educacionais e de reconhecimento da diversidade, pois o Estado busca manter a hegemonia do pensamento neoliberal conservador, desvalorizando as diferenças e a importância do pensamento crítico para a formação de cidadãos conscientes²¹.

É alarmante perceber que direitos, políticas e programas que foram conquistados tão recentemente após lutas e esforços pela comunidade LGBT venham sendo cada vez mais ameaçados. Deste modo, faz-se necessário demonstrar vulnerabilidades e necessidades de atenção à saúde desse grupo, de forma a reforçar a importância dos avanços até aqui conquistados.

Vulnerabilidade, segundo Ayres et al., é a chance de uma pessoa estar exposta ao adoecimento em decorrência de aspectos que vão além do individual, levando em conta também o social e o coletivo²⁴.

Conceituando vulnerabilidade, o autor propõe três dimensões que se entrelaçam para se compreender a exposição dos indivíduos: individual, social e a programática²⁵. A individual relacionada às características pessoais, à capacidade cognitiva e comportamental. A dimensão social relativa ao acesso às informações e à influência social e política que o indivíduo exerce para alcançar sua segurança e livre expressão. A dimensão programática refere-se ao sistema, seus programas de prevenção, cuidado e gerenciamento, para funcionamento efetivo dos recursos sociais^{24,26,27}.

Entre as MSM, a vulnerabilidade aparece em todas as dimensões, como por exemplo, a dificuldade de visibilidade social e política²⁸, as diferenças entre os gêneros²⁹, heteronormatividade, homofobia internalizada, vivências de violência³⁰, o desconhecimento de questões relacionadas à IST/aids e despreparo dos profissionais para o atendimento³¹.

Estudo brasileiro³¹ de revisão de literatura de 2011, buscou analisar os modelos para explicar a invisibilidade de mulheres lésbicas e bissexuais na área de atenção à saúde integral da mulher, apontando escassez de estudos na área. Os autores indicam ainda que, além da recorrência que essas mulheres não sejam incentivadas a verbalizarem suas orientações sexuais, quando elas buscam assistência nos serviços o atendimento pode provocar uma violência simbólica, que pode ser entendida como aquela que é dissimulada e oculta³¹.

Considera-se assim que essa atitude seja indicativa da necessidade de formar profissionais com competências para lidar com as diversidades, e, desta forma poder realmente propiciar a efetivação de programas e políticas públicas voltados para essas mulheres.

Estudos nacionais e internacionais vêm apontando que a população LGBT apresenta resistência em procurar serviços de saúde, sendo as mulheres lésbicas as que apresentam maiores dificuldades, comprovadas pela menor realização de exames de rotina e de prevenção, principalmente os ginecológicos³²⁻³⁵. Isso pode ser atribuído à percepção de preconceito dos profissionais de saúde ao revelarem sua orientação sexual.

Assim sendo, percebe-se a exclusão dessa população nos serviços de saúde e o possível despreparo dos profissionais de saúde em atender as suas demandas, entre essas, as referentes à sua saúde mental. Dessa forma, a obtenção de informações sobre a saúde mental desse grupo se torna difícil, uma vez que ainda existem barreiras no recrutamento de pessoas dispostas a falarem sobre sua sexualidade^{32,34,35}.

1.2 Aspectos da saúde mental de mulheres que fazem sexo com mulheres

A saúde mental, aspecto integrante e essencial da saúde, é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o estado de bem-estar físico, mental e social, não somente a ausência de alguma doença no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, trabalhar de forma produtiva e ser capaz de fazer contribuições à sua comunidade³⁶. Múltiplos fatores, sociais, psicológicos e biológicos, determinam a saúde mental de uma pessoa: a pobreza, baixos níveis de escolaridade, rápidas mudanças sociais, condições estressantes no trabalho, discriminação de gênero, exclusão social, estilo de vida não saudável, autoconfiança, conflitos sociais, risco de violência e violação dos direitos humanos³⁷.

Estimativas da OMS, em 2017, indicam que, mundialmente, 4,4% da população apresentam algum transtorno depressivo, e 3,6% algum transtorno de ansiedade, com modestas variações pelo mundo. Para transtornos depressivos, as taxas variam de 3,6% na

região do ocidente pacífico a 5,4% na região africana e para transtornos de ansiedade, as taxas variam de 2,9% na região do ocidente pacífico a 5,8% na região das Américas³⁸.

Na América Latina, o Brasil é o país que apresenta a maior prevalência de transtornos depressivos com 5,8% e de ansiedade com 9,3%, seguido pelo Paraguai com, respectivamente 5,2% e 7,6%³⁸.

Dentre os transtornos mentais, os Transtornos Mentais Comuns (TMC) apresentam alta prevalência na população e vem aumentando mundialmente, afetando pessoas de todas as idades, principalmente aquelas que vivem em países mais pobres^{38,39}.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), os TMC são caracterizados como condições psicossomáticas, onde os transtornos físicos não explicam a natureza ou a extensão dos sintomas, e podem ser de ansiedade e de depressão. Definidos por Goldberg e Huxley⁴⁰ (1992), os TMC se caracterizam pela presença de sintomas como fadiga, insônia, esquecimento, dificuldades de concentração, irritabilidade, tristeza e queixas somáticas, podendo causar limitações funcionais significativas ao longo dos anos. São mais frequentes em mulheres, com mais idade e pessoas negras, sendo relacionados, também, às vulnerabilidades sociais, como baixa escolaridade, desemprego, baixa renda, entre outros^{40,41}.

Os TMC são caracterizados assim, por serem sintomas que não atingem critérios para se enquadrarem em uma categoria diagnóstica, porém são indicativos de sofrimento psíquico que pode intervir na vida das pessoas^{40,41}.

Resultados de revisão de literatura⁴² sobre a prevalência de TMC indicaram que, uma em cada cinco pessoas já os vivenciou no período de um ano, e que 29,2% apresentam esse sofrimento durante a vida toda. Apesar de haver uma heterogeneidade em relação a essa prevalência, mulheres apresentam maiores taxas de transtornos de ansiedade e de humor, e homens, maiores taxas de transtornos devido ao uso de substâncias, tanto em países ricos,

quanto entre os menos desenvolvidos^{41,42,43}. Transtornos de ansiedade tiveram as maiores taxas de prevalência, afetando uma em quinze pessoas anualmente, e os transtornos de humor afetando uma em vinte pessoas⁴².

Estudos^{43,44} tentam explicar essas diferenças, principalmente com relação ao gênero e os tipos de transtornos, a fatores hormonais (menopausa, puerpério, disforia pré menstrual) e psicológicos, como por exemplo a vivência de violência e sobrecarga de trabalho doméstico⁴⁵. Podem estar também relacionadas com o fato de que as mulheres falam mais abertamente sobre suas questões e acabam procurando mais ajuda, ao passo de que os homens internalizam e tendem a buscar alívio na forma de substâncias⁴⁴.

Entre as mulheres brasileiras, um estudo de 2015, que investigou a prevalência de TMC em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde, apresentou uma prevalência de TMC de 44,1%⁴⁶.

Internacionalmente, estudos apontam que a população LGBT apresenta maiores riscos de desenvolverem algum tipo de transtorno mental, sendo alguns dos estressores que podem contribuir para esse desenvolvimento, a discriminação, a homofobia internalizada e a homofobia sofrida^{35, 47-57}.

A população bissexual aparece como um grupo mais vulnerável, pois acabam sendo alvo de homofobia por parte dos heterossexuais e bifobia dos próprios gays e lésbicas que fazem parte do grupo LGBT onde eles estão inseridos. Homens e mulheres bissexuais acabam apresentando maiores prevalências de sofrimento psíquico e consumo abusivo de álcool^{48-54, 56-60}.

Revisão sistemática (2017) que analisou a prevalência de depressão e ansiedade entre indivíduos bissexuais, lésbicas, gays e transgêneros e comparou com indivíduos heterossexuais, apresentou consistência no padrão de menores prevalências de ansiedade e depressão entre os

participantes heterossexuais, enquanto que os participantes bissexuais foram os que obtiveram as maiores prevalências⁶⁰.

Estudo realizado em 2011, sobre a saúde mental da população LGBT da Inglaterra, apontou associação positiva entre aqueles que se identificaram como não heterossexuais e episódios depressivos, transtornos ansiosos, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), ideações suicidas, dependência de álcool e drogas, entre outros problemas mentais³⁴.

Estudo realizado na Inglaterra e País de Gales, em 2003, avaliando a saúde mental e a qualidade de vida de gays e lésbicas, apontou maior estresse psicológico e maiores possibilidades de uso de drogas recreacionais nestes grupos. As lésbicas participantes apresentaram maiores taxas de uso abusivo de bebidas alcoólicas, de vivência de intimidação física e verbal, de uso de drogas recreacionais durante o último mês e de terem feito uso de droga ao menos uma vez durante a vida do que as mulheres heterossexuais⁶¹.

Com enfoque no uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas entre minorias sexuais (definidas a partir de suas práticas, atração e comportamento sexual), estudo americano de 2019 identificou maiores riscos de transtornos relacionados ao álcool, tabaco e drogas entre minorias sexuais do que os heterossexuais, sendo que, especificamente homens e mulheres bissexuais, essas minorias apresentaram duas vezes mais o risco de transtornos relacionados ao álcool e ao tabaco do que os heterossexuais⁵⁹.

Estudo longitudinal realizado em Pittsburgh, EUA, em 2012, avaliou o uso de substâncias e as diferenças entre saúde mental de adolescentes de 17 anos heterossexuais e as que faziam parte de minorias sexuais e indicou que o grupo pertencente às minorias sexuais apresentava maiores taxas de uso abusivo de álcool, cigarro, ideação suicida, automutilação, depressão, ansiedade e outros transtornos mentais⁶².

Outras pesquisas americanas, conduzidas na Carolina do Norte e na Virginia, EUA, corroboram o fato de que o aumento do estresse emocional, ocasionado pelo estigma e preconceito vivenciados, pode tornar as mulheres lésbicas e bissexuais mais propensas ao maior consumo de álcool, como forma de lidar com os problemas^{48,58}.

No Brasil, um estudo de 2015, que buscou identificar o perfil de violência e o consumo de drogas entre LGBT, descreveu dados que corroboram os encontrados em literatura estrangeira: baixa adesão aos serviços de saúde, uso abusivo de álcool, de substâncias psicoativas e sofrimento mental. Esta pesquisa ainda relatou associação entre consumo de álcool e drogas e adoção de comportamentos sexuais de risco e associação de consumo de álcool e drogas com a vivência de alguma situação de violência, destacando-se a psicológica e verbal⁶³.

A magnitude e relevância deste tema, bem como lacunas ainda existentes na literatura, em especial a brasileira, acerca dos transtornos mentais e uso de substâncias por MSM, justificaram a presente investigação. Assim sendo, foram perguntas do presente estudo: Quais as prevalências e fatores associados ao consumo de risco de álcool, consumo de drogas ilícitas e TMC entre MSM? MSM têm maior prevalência de uso abusivo de álcool, consumo de drogas ilícitas e de TMC que mulheres heterossexuais?

Foram hipóteses deste estudo: mulheres que fazem sexo com mulheres têm maior prevalência de uso de risco de álcool, maior presença de TMC e fazem mais uso de drogas ilícitas do que mulheres com práticas heterossexuais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estimar a prevalência e estudar a associação entre MSM e MSH e consumo de risco de álcool, uso de drogas e presença de TMC.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico, relativo ao consumo de álcool, uso de substâncias e vivência de situação de violência de MSM;
- Descrever e comparar o padrão de consumo de risco álcool, uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses e de TMC entre MSM e MSH
- Descrever e comparar a percepção do apoio social segundo a EAS, entre MSM e MSH.

3 MÉTODO

3.1 Desenho e Campo do Estudo

Estudo transversal que integra 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”⁶⁴.

Este estudo foi desenvolvido no Município de Botucatu-SP, interior paulista, localizado no centro-oeste do Estado, com população estimada em 2019 de 146.497 mil habitantes, sendo 4.953 mulheres de 15 a 19 anos e 30.304 mil de 20 a 49 anos de idade. O município apresentava, em 2010, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) superior ao Estado de São Paulo (0,800 x 0,783) e um PIB *per capita* inferior ao Estado em 2015 (R\$29.980 x R\$45.065). Dentre as atividades econômicas, destacam-se agronegócio e a indústria⁶⁵.

A rede municipal de serviços de atenção básica (AB) é composta por 21 unidades de saúde e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Destas, 12 são Unidades de Saúde da Família (USF) com 16 equipes, três Policlínicas e seis são Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, das quais, duas são unidades escola, vinculadas à Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP.

O Centros de Saúde Escola (CSE) é uma unidade auxiliar de estrutura complexa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP (FMB) com administração própria e possui duas unidades: CSE- Vila dos Lavradores e CSE- Vila Ferroviária. Constitui-se em órgão de integração docente-assistencial para atenção básica, destinados ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência com extensão de serviços à comunidade. As unidades do CSE integram o SUS de Botucatu, respondendo por aproximadamente 30% da AB do município em diversas modalidades de atendimento: consultas individuais, grupos terapêuticos, atividades de

educação em saúde, busca ativa, vigilância em saúde, visitas domiciliares, atividades em sala de espera, aconselhamento, coleta de exames, vacinação, pequenos procedimentos cirúrgicos, procedimentos odontológicos, entre outros. Dentre suas atividades assistenciais, está o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que oferece aconselhamento e realiza testagem sorológica de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e HIV/Aids a Botucatu e microrregião e busca ativa junto a grupos e comunidades de maior vulnerabilidade. O mesmo é oficialmente reconhecido como referência regional pela Secretaria Estadual de Saúde e MS.

A rede de Saúde Mental no município é ampla, e conta com Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I “Rede Viva”, Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas (SARAD), Associação Arte e Convívio, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu, UBS, CSE, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com o Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) “Professor Cantídio de Moura Campos”, que abrange a unidade de internação Interagir, Oficina Terapêutica “Estação Girassol”, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), CAPS II “Espaço Vivo” e CAPS II Álcool e outras drogas (Ad) “Renascer”.

A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a dezembro de 2019, entre as duas unidades do CSE, mas, predominantemente, a equipe de pesquisa realizou a coleta na unidade da Vila dos Lavradores, utilizando o espaço físico da área de Saúde da Mulher e do CTA. A equipe que realizou a coleta foi composta por três enfermeiras pós-graduandas, pesquisadoras da pesquisa mais ampla, incluindo a autora da presente investigação, que foram devidamente treinadas para aplicar o instrumento de obtenção de dados. Os instrumentos da pesquisa foram aplicados individualmente pelas pesquisadoras, em salas que garantiram conforto e privacidade das participantes.

3.2 Participantes do estudo

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

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

Grupo 2 - Mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens (MSH).

A amostra foi intencional e composta por 317 mulheres: 114 MSM e 203 MSH.

Os critérios de inclusão no estudo foram: ter idade igual ou superior a 18 anos e estar na menacme, sendo que o último critério foi utilizado por conta da logística de coleta de dados de pesquisa mais ampla. Foram critérios de exclusão: não ter condições físicas ou mentais para responder as perguntas dos instrumentos de coleta de dados, declarar-se transgênero e desistir da participação após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A captação da amostra foi realizada por convite às MSM que já haviam participado do projeto anterior denominado “Acesso a Serviços de Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que fazem Sexo com Mulheres” realizado no município de Botucatu-SP, no período de janeiro de 2015 a abril de 2017, que investigou diversos aspectos da saúde sexual e reprodutiva de MSM⁶⁴. Também foi realizada nova chamada para os dois grupos por meio de divulgação: página no Facebook (www.facebook.com/cuidandodamulher2019), e-mail (cuidandodamulher2019@gmail.com), instagram (@pcsaudamulher2019), Whatsapp, cartazes e panfletos (Anexo I) distribuídos em pontos comerciais diversos, grupos de ativismo de LGBT e instituições de ensino e saúde.

Às mulheres que aceitaram participar da pesquisa, foi solicitado que disponibilizassem o contato telefônico de outras de seu convívio, aplicando-se a Técnica de Amostragem em Bola de Neve^{66,67}. Essa técnica se inicia identificando os participantes por meio de publicidade ou

contato direto, e a partir daí solicitando que esses (chamados de sementes) recrutassem novas pessoas com o perfil necessário à pesquisa, e assim, conseqüentemente, fazendo com que o quadro de amostragem cresça. Essa forma de captação foi utilizada por não ser possível uma amostra probabilística inicial, e através das sementes é mais fácil de iniciar os contatos e os grupos a serem pesquisados. Esse método é útil e indicado para alcançar grupos difíceis de serem alcançados e/ou estudados^{66, 67}.

As pesquisadoras do projeto mãe, de posse dos telefones, entraram em contato com as mulheres indicadas por profissionais de saúde, coletivos de mulheres, lideranças LGBT, por participantes da pesquisa ou aquelas que entraram em contato por meio de mídias eletrônicas e fizeram o convite, esclarecendo os objetivos, forma de participação no estudo e agendamento de data e horário para obtenção de dados, conforme quadro a seguir.

Quadro 1. Procedimento de captação da amostra. Botucatu, 2020

Forma de captação da amostra	MSM (114)	MSH (203)
Facebook/Instagram/Twitter/Whatsapp	37 (32,46%)	71 (34,97%)
Procura espontânea/cartaz	0 (0,00%)	13 (6,40%)
Encaminhamento de profissional da saúde	10 (8,78%)	47 (23,15%)
Indicação de outro participante	39 (34,21%)	61 (30,05%)
Indicação de liderança LGBT	0 (0,00%)	1 (0,50%)
Participante convidada a partir de pesquisa anterior	23(20,17%)	1* (0,50%)
Outros**	5 (4,38%)	9 (4,43%)

*No momento da entrevista, a participante referiu ser MSH. **indicação de amigos, filho, irmão.

3.3 Obtenção dos dados

Os dados foram obtidos por meio de um formulário e aplicado em situação de entrevista pelas pesquisadoras, com questões relativas às variáveis sociodemográficas, relativas ao comportamento e práticas sexuais, consumo de substâncias e vivência de violência (Apêndice I), e de instrumentos padronizados e validados para a população brasileira: Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Anexo II), Self Reporting Questionary (SRQ-20) (Anexo III) e a Escala de Apoio Social (EAS) (Anexo IV).

O formulário foi construído especificamente para este estudo, contém questões fechadas e abertas e as utilizadas especificamente na presente investigação encontram-se marcadas em amarelo. O formulário foi analisado por quatro enfermeiras especialistas na área de saúde da mulher e saúde mental com o objetivo de examinar clareza de seu conteúdo. Dentre as especialistas incluiu-se uma profissional que faz sexo com mulheres.

3.3.1 Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT

O AUDIT (ANEXO II) foi desenvolvido por solicitação da OMS, traduzido e validado para a população urbana por Lima et al⁶⁸ (2005). Tem como objetivo identificar informações fidedignas e padronizadas sobre o consumo problemático do álcool. Possui 10 questões que investigam nos últimos 12 meses, o uso de álcool em relação à quantidade e frequência, à dependência e às consequências, com pontuação máxima de 40 pontos. Verificou-se que o uso do ponto de corte igual ou superior a oito apresentou alta sensibilidade (91% a 100%) para rastreamento de pessoas que beberam de forma problemática ou de risco. Esse critério tem sido utilizado em estudos feitos em ambientes clínicos, na população em geral e entre estudantes universitários⁶⁹⁻⁷³. Assim sendo, para este estudo, determinou-se consumo de risco a pontuação igual ou superior a oito.

3.3.2 Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)

O SRQ-20 (ANEXO III), desenvolvido por Harding et al (1980) e validado no Brasil por Mari e Williams (1986) é um questionário de rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (TMC), pois possibilita avaliar condições gerais de saúde mental como ansiedade, insônia e outros sintomas de sofrimento psíquico, que têm sido denominados TMC. É composto por 20 questões com respostas do tipo binário (sim/não, com pontuação de 1 e 0, respectivamente), sendo o ponto de corte para mulheres 8 ou mais pontos^{40,74,75}.

3.3.3 Escala de Apoio Social (EAS)

A Escala de Apoio Social (ANEXO IV) que foi originalmente elaborada para o Medical Outcome Study – MOS, foi traduzida e adaptada em português em 2003, por Griep et al⁷⁶. Ela é composta por 19 itens que abrangem cinco dimensões funcionais de apoio social: *emocional* (expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança), *material* (ajuda material e provisão de recursos práticos), *afetivo* (afeto e demonstrações físicas de amor), *interação social positiva* (disponibilidade de pessoas para se divertir e relaxar) e de *informação* (disponibilidade de pessoas para conselhos ou orientações)⁷⁶. A escala possibilita a pontuação mínima de 19 e máxima de 95 pontos, sendo que não possui pontos de corte pré-estabelecidos. No presente estudo foi analisada segundo a pontuação mediana, mínima e máxima.

3.4 Variáveis em estudo

3.4.1 Variável independente: prática sexual (MSM ou MSH).

3.4.2 Covariáveis:

Sociodemográficas:

Idade (18-21/22-29/ \geq 30), cor da pele (autodeclarada) (branca/não branca), situação conjugal (unida/não unida), anos de estudo concluídos ($<8/8-11/\geq 12$) renda *per capita* em salários mínimos ($<1, 1-2$ e ≥ 2), professa religião (sim/não), estudantes (sim/não).

Consumo de substâncias, vivência de violência e apoio social:

Uso de tabaco nos últimos 12 meses (sim/não), uso de alguma droga ilícita nos últimos 12 meses (sim/não), uso de maconha nos últimos 12 meses (sim/não), uso de cocaína nos últimos 12 meses (sim/não), uso de crack nos últimos 12 meses (sim/não), uso de outra droga nos últimos 12 meses (sim/não), ter sido vítima de violência (sim/não) (foram consideradas todos os tipos de violência física, verbal, psicológica, moral, sexual, subtração de bens e dinheiro e ameaça, alguma vez na vida) e apoio social e suas dimensões (mediana, mínima e máxima).

3.4.3 Desfechos: Consumo de risco de álcool (sim/não), TMC (sim/não) e consumo de drogas ilícitas nos últimos 12 meses (sim/não).

3.5 Análise dos dados

Os dados foram codificados e lançados em planilha no programa Excell®. O estudo descritivo das variáveis categóricas foi realizado pela distribuição frequencial e das variáveis numéricas quantitativas, por medidas de posição e variabilidade. Foram ajustados modelos de regressão logística múltipla para triar as variáveis estatisticamente mais fortes ($p < 0,20$), seguido de novo modelo de regressão múltipla parcimonioso para a chance dos desfechos em função da prática sexual. As associações foram consideradas significativas no modelo parcimonioso se $p < 0,05$.

Análises foram realizadas no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

3.6 Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP (CAAE: 98934918.3.0000.5411, Parecer: 3.320.951 de 13 de maio de 2019) e cumpre com todos os preceitos para pesquisas envolvendo seres humanos. Todas as participantes da pesquisa foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos do estudo e forma de participação. Aquelas que aceitaram participar foi solicitado assinar o TCLE (Apêndice II). As participantes que apresentaram consumo de risco de álcool e SRQ-20 sugestivo de TMC foram orientadas e encaminhadas para a rede de atenção psicossocial do município de Botucatu.

4 RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico e vivência de violência de MSM e MSH

Dentre as 317 mulheres incluídas no estudo, a mediana de idade foi de 25 anos (18 – 50), predominando aquelas que se encontravam na faixa etária de 22 a 29 anos de idade (46,7%), que auto declararam-se brancas (74,1%), não vivendo em união estável (81,4%), com 12 ou mais anos de estudo concluídos (85,2%), não estudantes (61,8%), que referiram ter alguma religião (60,3%) e renda superior a dois salários mínimos (44,8%) (Tabela 1).

Os grupos de estudo diferiram quanto à faixa etária, serem estudantes, religião, atividade remunerada, uso de tabaco e ter sofrido algum tipo de violência.

Observaram-se maiores percentuais de MSM nas faixas etárias de 18-21 e 22-29 anos (28,1% vs 19,3%, 50,0% vs 44,8%, respectivamente, $p=0,02$), que fizeram uso de tabaco nos últimos 12 meses (54,4% vs 27,1%, $p<0,01$) e que tinham vivido alguma situação de violência (89,5 vs 78,3 $p 0,01$). Por outro lado, observou-se maior percentual de MSH na faixa etária de ≥ 30 (36,0%, vs 21,9% $p=0,02$), que referiram ter religião (69,0% vs 44,7%, $p<0,00$), que não eram estudantes (66,5% vs 53,5%, $p=0,03$) e que tinham atividade remunerada (65,0% vs 53,5%, $p=0,04$) (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e vivência de violência de MSM e MSH. Botucatu, 2019

Variáveis	MSM		MSH		Total		P valor
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
18-21	32	28,1	39	19,3	71	22,4	
22-29	57	50,0	91	44,8	148	46,7	0,02
≥ 30	25	21,9	73	35,9	98	30,9	
Cor da pele							
Branca	83	72,8	152	74,1	235	74,1	0,69
Não branca	31	27,2	51	25,1	82	25,9	
Ter união estável	17	14,9	42	20,7	59	18,6	0,21
	97	85,1	161	79,3	258	81,4	
Anos de estudo concluídos							
< 8	1	0,9	4	2,0	5	1,6	
8-11	14	12,3	28	13,8	42	13,2	0,69
≥12	99	86,8	171	84,2	270	85,2	
Estudantes	53	46,5	68	33,5	121	38,2	0,03
	61	53,5	135	66,5	196	61,8	
Ter religião	51	44,7	140	69,0	191	60,3	<0,00
	63	55,3	63	31,0	126	39,7	
Renda per capita*							
<1 SM	21	18,4	40	19,7	61	19,2	
1- 2 SM	37	32,5	77	37,9	114	36,0	0,49
>2 SM	56	49,1	86	42,4	142	44,8	
Ter atividade remunerada	61	53,5	132	65,0	193	60,9	
	53	46,5	71	35,0	124	39,1	0,04
Uso de tabaco	62	54,4	55	27,1	117	36,9	<0,01
	52	45,6	148	72,9	200	63,1	
Vivência de Violência**	102	89,5	159	78,3	261	82,3	0,01
	12	10,5	44	21,7	56	17,7	

*Salários mínimos, ** vivência de violência física e/ou sexual e/ou psicológica e/ou verbal e/ou moral, ameaças e/ou subtração de dinheiro e bens. MSM=mulher que faz sexo com mulher e com mulher e homem; MSH= mulher que faz sexo com homem

4.2 Percepção de apoio social

A tabela 2 apresenta as dimensões da Escala de Apoio Social, segundo a prática sexual das participantes.

Com relação à dimensão apoio material, a mediana de pontuação foi de 18 (4-20) e 19 (5-20) entre MSM e MSH, respectivamente. Na dimensão apoio afetivo, a mediana de

pontuação foi de 15 (8-15) e 15 (7-15), respectivamente entre os dois grupos. Na dimensão de apoio emocional, entre MSM a mediana foi de 18 (4-20) e entre MSH de 19 (4-20). Na dimensão apoio informação, a mediana de pontuação foi de 17 (7-20) e 18 (8-20) e na dimensão de apoio interação social foi de 20 (9-20) e 20 (8-20), respectivamente entre MSM e MSH (Tabela 2).

Com relação à pontuação total da escala, a mediana entre as MSM foi de 88 (32-95) e entre as MSH, foi de 91 (32-95) (Tabela 2).

Tabela 2 – Dimensões da Escala de Apoio Social, segundo a prática sexual. Botucatu, 2019

Dimensões da EAS	Prática Sexual											
	MSM				MSH				Total			
	Média	DP	Mediana	Min - Máx	Média	DP	Mediana	Min - Máx	Média	DP	Mediana	Min - Máx
Apoio Material	16,87	3,76	18	4-20	17,06	3,69	19	5-20	17	3,71	18	4-20
Apoio Afetivo	13,93	1,86	15	8-15	14,24	1,65	15	7-15	14,13	1,74	15	7-15
Apoio Emocional	16,45	3,83	18	4-20	17,75	3,30	19	4-20	17,28	3,55	19	4,20
Apoio Informação	16,54	3,09	17	7-20	17,43	2,68	18	8-20	17,11	2,86	18	7-20
Apoio Interação Social	18,14	2,72	20	9-20	18,55	2,64	20	8-20	18,41	2,67	20	8-20
Apoio Social Total	81,95	15,27	88	32-95	85,05	13,98	91	32-95	83,94	11,42	88	30-95

EAS= Escala de Apoio Social; MSM=mulher que faz sexo com mulher e com mulher e homem; MSH= mulher que faz sexo com homem

4.3 Prevalência de consumo de risco de álcool e fatores associados

A prevalência geral de consumo de risco de álcool foi de 41,3%, diferindo estatisticamente e sendo maior entre as MSM (50,0% vs 36,5%; $p=0,02$) (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência do consumo de risco de álcool, segundo a prática sexual. Botucatu, 2019

Prevalência de consumo de risco de álcool	Prática sexual				Total		P valor	OR IC95%
	MSM		MSH		n	%		
	n	%	n	%				
	57	50,0	74	36,5	131	41,3	0,02	1,74 (1,09 – 2,77)

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com mulher e homem; MSH= mulher que faz sexo com homem

Apresentam-se na Tabela 4, os resultados das associações bivariadas para o risco de consumo abusivo de álcool. Não estar em união estável [OR=1,73 (0,81 – 3,71); $p=0,15$], apresentar escolaridade de 8 a 11 anos de estudo [OR= 0,24 (0,03 – 1,76); $p=0,15$], não ter religião [OR= 0,65 (0,37 – 1,14); $p=0,13$] e fazer uso de tabaco [OR=3,09 (1,74 – 5,49); $p= 0,00$] foram as variáveis que mais influenciaram no consumo abusivo de álcool, atingindo o critério estabelecido para comporem a análise multivariada ($p<0,20$) (Tabela 4).

Tabela 4. Associações bivariadas para o risco de consumo de risco de álcool. Botucatu, 2019

Variáveis	p valor	OR (IC 95%)
Idade		
≤ 21 anos	0,25	1,47 (0,76 – 2,85)
22 a 29 anos	0,81	0,90 (0,38 – 2,13)
30 anos	-	1,0
Cor da pele		
Branca	-	1,0
Não branca	0,21	0,70 (0,40 – 1,23)
Ter união estável		
Sim	-	1,0
Não	0,15	1,73 (0,81 – 3,71)
Escolaridade		
< 8 anos	0,26	0,30 (0,04 – 2,47)
8 a 11 anos	0,15	0,24 (0,03 – 1,76)
≥ 12 anos	-	1,0
Renda		
<1 SM	0,98	1,00 (0,57 – 1,73)
1- 2 SM	0,93	0,97 (0,50 - 1,91)
>2 SM	-	1,0
Religião		
Sim	-	1,0
Não	0,13	0,65 (0,37 – 1,14)
Uso de tabaco		
Sim	0,00	3,09 (1,74 – 5,49)
Não	-	1,0
Uso de drogas ilícitas		
Sim	0,30	1,36 (0,75 – 2,45)
Não	-	1,0
Atividade remunerada		
Sim	-	1,0
Não	0,89	0,96 (0,54 – 1,71)
Vivência de violência		
Sim	0,58	0,83 (0,43 – 1,61)
Não	1,0	-
Pontuação de apoio material	0,67	0,98 (0,90 – 1,07)
Pontuação de apoio afetivo	0,91	1,01 (0,83 – 1,23)
Pontuação de apoio emocional	0,83	1,01 (0,89 – 1,15)
Pontuação de apoio interação social	0,24	0,91 (0,78 – 1,07)
Pontuação de apoio informacional	0,75	1,02 (0,90 – 1,16)
Prática Sexual		
MSM	0,38	1,27 (0,74 – 2,19)
MSH	-	1,0

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com mulher e homem;

MSH= mulher que faz sexo com homem

A tabela 5 apresenta os resultados da regressão logística múltipla que investigou a prática sexual e o consumo de risco de álcool, que indicam que a prática sexual não influenciou no consumo de risco de álcool. Observa-se, nesta tabela que apenas não estar em união estável e usar tabaco associaram-se independentemente ao consumo de risco de álcool. Mulheres que referiram não estar em união estável tiveram chance aumentada em mais de duas vezes de apresentar consumo de risco de álcool do que aquelas que estavam em união estável [OR=2,16 (1,10 – 4,26); p=0,02]. As mulheres tabagistas tiveram 3,5 vezes mais chance de fazer uso abusivo de álcool do que aquelas que não usavam tabaco [OR=3,46 (2,05 – 5,85); p<0,00] (Tabela 5).

Tabela 5 – Regressão logística bivariada e multivariada da associação entre prática sexual e o consumo de risco de álcool. Botucatu, 2019

Variáveis	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
Ter união estável	1	-	-	1	-	-
	1,73	0,81 – 3,71	0,15	2,16	1,10 – 4,26	0,02
Escolaridade						
< 8 anos	0,30	0,04 – 2,47	0,26	0,30	0,04 – 2,21	0,23
8 a 11 anos	0,24	0,03 – 0,76	0,15	0,26	0,03 – 1,78	0,17
≥ 12 anos	1	-	-	1	-	-
Uso de tabaco						
Sim	3,09	1,74 – 5,49	0,00	3,46	2,05 – 5,85	0,00
Não	1	-	-	1	-	-
Ter religião						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	0,65	0,37 – 1,14	0,13	0,63	0,37 – 1,08	0,09
Prática sexual						
MSM	1,27	0,74 – 2,19	0,38	1,40	0,84 – 2,35	0,19
MSH	1	-	-	1	-	-

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com mulher e homem; MSH= mulher que faz sexo com homem

4.4 Prevalência de consumo de droga ilícitas e Fatores Associados

Como apresentado na tabela 6, a prevalência geral de consumo de alguma droga ilícita nos últimos 12 meses foi de 43,0%, diferindo estatisticamente e sendo mais elevada entre as MSM (63,2% vs 31,5%, p <0,01) (Tabela 6).

Tabela 6. Prevalência de consumo de drogas ilícitas, segundo a prática sexual. Botucatu, 2019

Prevalência de consumo de drogas ilícitas	Prática Sexual				Total		P valor	OR IC95%
	MSM		MSH		n	%		
	n	%	n	%				
	72	63,2	64	31,5	136	43,0	<0,01	3,72 (2,29 – 6,03)

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com mulher e homem; MSH= mulher que faz sexo com homem

A tabela 7 apresenta a prevalência de consumo dos diferentes tipos de drogas ilícitas para MSM e MSH. Dentre as 136 mulheres que referiram ter feito uso de alguma substância ilícita nos últimos doze meses, o uso de maconha foi referido por 129 pessoas (61,1%), cocaína por 17 (8,1%) e 47 (22,3%) relataram ter consumido outras drogas: dietilamida do ácido lisérgico (LSD), conhecido popularmente como doce (30); etilenodioximetanfetamina (MDMA) ecstasy, conhecido popularmente como bala (39); lança perfume ou loló (9), cogumelos alucinógenos (3), haxixe (1), opióides (1), cloridrato de cetamina – popularmente conhecido como Ketamina (2) e dimeltriptamina (DMT) (1) (Tabela 7).

Comparando-se MSM e MSH, constatou-se que MSM relataram mais frequentemente fazerem uso de maconha (51,9%, vs 48,1%, $p<0,01$), cocaína (88,2% vs 11,8%, $p<0,01$) e outras drogas (68,1% vs 22,3%, $p<0,01$) do que as MSH (Tabela 7).

Tabela 7. Prevalência de diferentes tipos de drogas ilícitas consumidas, segundo a prática sexual. Botucatu, 2019

Prevalência de uso de diferentes tipos de drogas ilícitas	Prática sexual				Total	P valor	
	MSM		MSH				
Uso de maconha (n=129)	67	51,9	62	48,1	129	61,1	<0,01
Uso de cocaína (n= 17)	15	88,2	2	11,8	17	8,1	<0,01
Uso de outras drogas (n=47)	32	68,1	15	31,9	47	22,3	<0,01

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com mulher e homem; MSH= mulher que faz sexo com homem

Estão apresentados na tabela 8 os resultados das análises bivariadas para o risco de consumo de drogas. Ter idade entre 22 e 29 anos [OR= 0,26 (0,10 – 0,69); $p=0,00$], não estar em união estável [OR=

5,89 (1,99 – 17,41); p=0,00], fazer uso de tabaco [OR= 4,45 (2,40 – 8,24); p=0,00], ter vivenciado algum tipo de violência [OR= 2,14 (0,95 – 4,80); p=0,06] e ser MSM [OR= 2,77 (1,51 – 5,09); p=0,00] foram as variáveis que mais influenciaram a chance de consumir drogas (Tabela 8).

Tabela 8. Associações bivariadas para o risco de consumo de drogas. Botucatu, 2019

Variáveis	p valor	OR (IC 95%)
Idade		
≤ 21 anos	0,58	1,23 (0,59 – 2,53)
22 a 29 anos	0,00	0,26 (0,10 – 0,69)
30 anos	-	1,0
Cor da pele		
Branca	-	1,0
Não Branca	0,52	1,23 (0,6 – 2,35)
Ter união Estável		
Sim	-	1,0
Não	0,00	5,89 (1,99 – 17,41)
Escolaridade		
< 8 anos	0,86	1,37 (0,04 – 51,65)
8 a 11 anos	0,77	1,69 (0,05 – 58,01)
≥ 12 anos	-	1,0
Renda		
<1 SM	0,28	0,70 (0,37 – 1,34)
1- 2 SM	0,90	0,95 (0,43 – 2,11)
>2 SM	-	1,0
Religião		
Sim	-	1,0
Não	0,88	1,05 (0,56 – 1,95)
Uso de tabaco		
Sim	0,00	4,45 (2,40 – 8,24)
Não	-	1,0
Atividade remunerada		
Sim	-	1,0
Não	0,78	1,09 (0,57 – 2,08)
Vivência de violência		
Sim	0,06	2,14 (0,95 – 4,80)
Não	-	1,0
Pontuação de apoio material	0,48	0,97 (0,88 – 1,06)
Pontuação de apoio afetivo	0,77	1,03 (0,82 – 1,30)
Pontuação de apoio emocional	0,68	1,03 (0,88 – 1,22)
Pontuação de apoio interação social	0,30	0,91 (0,75 – 1,10)
Pontuação de apoio informacional	0,34	1,08 (0,92 – 1,26)
Prática Sexual		
MSM	0,00	2,77 (1,51 – 5,09)
MSH	-	1,0

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com mulher e homem; MSH= mulher que faz sexo com homem

A tabela 9 apresenta os resultados da regressão logística múltipla que investigou a prática sexual e o consumo de drogas ilícitas nos últimos 12 meses.

As variáveis que se associaram independentemente ao consumo de alguma droga ilícita nos últimos 12 meses foram: idade entre 22 e 29 anos, prática sexual, não ter união estável, vivência de violência e consumo de tabaco. As MSM apresentaram quase três vezes mais chance de consumo de alguma droga ilícita nos últimos 12 meses do que as MSH [OR=2,89 (1,62 – 5,18); p=0,00]. Mulheres com idade entre 22 a 29 anos apresentaram menor chance de consumir drogas do que entre as outras faixas etárias [OR= 0,25 (0,10 – 0,59); p=0,00]. Mulheres que referiram não estar em união estável tiveram mais que seis vezes chance de consumir drogas do que as que referiram viver união estável [OR=6,63 (2,34 – 18,77); p=0,00]. Mulheres tabagistas tiveram mais que quatro vezes chance de consumir drogas ilícitas [OR= 4,54 (2,55 – 8,09); p=0,00] e as mulheres que relataram vivência de violência apresentaram chance duas vezes maior de consumir drogas ilícitas [OR= 2,20 (1,01 – 4,81); p=0,04] (Tabela 9).

Tabela 9. Regressão logística bivariada e multivariada que investigaram a associação entre prática sexual e o consumo de drogas ilícitas. Botucatu, 2019

Variáveis	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	p
Idade						
≤ 21 anos	1,23	0,59 – 2,53	0,58	1,17	0,60 – 2,28	0,63
22 a 29 anos	0,26	0,10 – 0,69	0,00	0,25	0,10 – 0,59	0,00
30 anos	1	-	-	1	-	-
Ter união Estável						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	5,89	1,99 – 17,41	0,00	6,63	2,34 – 18,77	0,00
Uso de tabaco						
Sim	4,45	2,40 – 8,24	0,00	4,54	2,55 – 8,09	0,00
Não	1	-	-	1	-	-
Vivência de violência						
Sim	2,14	0,95 – 4,80	0,06	2,20	1,01 – 4,81	0,04
Não	1	-	-	1	-	-
Prática Sexual						
MSM	2,77	1,5 – 5,09	0,00	2,89	1,62 – 5,18	0,00
MSH	1	-	-	1	-	-

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com mulher e homem; MSH= mulher que faz sexo com homem

4.5 Prevalência de Transtorno Mental Comum e Fatores Associados

A prevalência geral de TMC foi de 34,4%, sendo mais elevada no grupo de MSM (44,7%), diferença estatisticamente significativa ($p < 0,04$). (Tabela 10).

Tabela 10. Prevalência de transtorno mental comum, segundo prática sexual. Botucatu, 2019

Prevalência de Transtorno Mental Comum	Prática Sexual				Total		P valor	OR IC95%
	MSM		MSH		n	%		
	n	%	n	%				
	51	44,7	58	28,6	109	34,4	0,04	2,02 (1,25 – 3,26)

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com mulher e homem; MSH= mulher que faz sexo com homem

A Tabela 11 apresenta os resultados das análises bivariadas para o risco de apresentar transtorno mental comum.

As análises bivariadas apontaram que não ser branca [OR=0,66 (0,35 – 1,24); $p=0,19$], receber menos que um salário mínimo [OR=1,56 (0,86 – 2,83); $p=0,14$], fazer uso de drogas ilícitas [OR=1,80 (0,94 – 3,45); $p=0,07$], ter sofrido violência [OR=2,62 (1,13 – 6,08); $p=0,02$], e ter menores pontuações nas dimensões de apoio material [OR=1,11 (1,00 – 1,22); $p=0,04$], emocional [OR= 0,90 (0,79 – 1,03); $p=0,11$], afetivo [OR=0,82 (0,67 – 1,01); $p=0,06$], interação social [OR=0,89 (0,75 – 1,06); $p=0,18$] e informacional [OR=0,92 (0,81 – 1,05); $p=0,19$] da escala de apoio social foram as variáveis que mais influenciaram a chance de apresentar transtorno mental comum (Tabela 11).

Tabela 11. Associações bivariadas para o risco de transtorno mental comum. Botucatu, 2019

Variáveis	p valor	OR (IC 95%)
Idade		
≤ 21 anos	0,34	0,71 (0,35 – 1,45)
22 a 29 anos	0,94	1,04 (0,41 – 2,63)
30 anos	-	1,0
Cor da pele		
Branca	-	1,0
Não branca	0,19	0,66 (0,35 – 1,24)
Ter união estável		
Sim	-	1,0
Não	0,67	0,84 (0,37 – 1,89)
Escolaridade		
< 8 anos	0,52	2,31 (0,18 – 29,69)
8 a 11 anos	0,43	2,66 (0,22 – 31,64)
≥ 12 anos	-	1,0
Renda		
<1 SM	0,14	1,56 (0,86 – 2,83)
1- 2 SM	0,47	0,76 (0,35 – 1,63)
>2 SM	-	1,0
Religião		
Sim	-	1,0
Não	0,36	1,33 (0,72 – 2,45)
Uso de tabaco		
Sim	0,27	1,40 (0,76 – 2,59)
Não	-	1,0
Uso de drogas ilícitas		
Sim	0,07	1,80 (0,94 – 3,45)
Não	-	1,0
Atividade remunerada		
Sim	-	1,0
Não	0,60	1,18 (0,63 – 2,21)
Vivência de violência		
Sim	0,02	2,62 (1,13 – 6,08)
Não	-	1,0
Pontuação de apoio material	0,04	1,11 (1,00 – 1,22)
Pontuação de apoio afetivo	0,06	0,82 (0,67 – 1,01)
Pontuação de apoio emocional	0,11	0,90 (0,79 – 1,03)
Pontuação de apoio interação social	0,18	0,89 (0,75 – 1,06)
Pontuação de apoio informacional	0,19	0,92 (0,81 – 1,05)
Prática Sexual		
MSM	0,65	1,14 (0,64 – 2,05)
MSH	-	1,0

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com mulher e homem; MSH= mulher que faz sexo com homem

A tabela 12 apresenta os resultados da regressão logística múltipla que investigou a prática sexual e a presença de TMC. As variáveis independentemente associadas ao TMC foram ter feito uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses, ter sofrido violência e ter menor pontuação nas dimensões de apoio material e apoio afetivo na EAS. Mulheres que fizeram uso de alguma droga ilícita nos últimos 12 meses tiveram quase duas vezes mais chance de apresentar TMC do que aquelas que não usaram [OR= 1,92 (1,10 – 3,33); p=0,02].

As mulheres que vivenciaram violência tiveram chance quase três vezes maior de apresentar TMC do que aquelas que não sofreram essa experiência [OR= 2,91 (1,26 – 6,71); p=0,01]. Mulheres que obtiveram menor pontuação na dimensão de apoio material na EAS tiveram maior chance de apresentar TMC do que aquelas que tiveram pontuação mais alta neste item [OR= 1,09 (1,00 – 1,20); p=0,04]. Obteve-se também que pontuação mais elevada na dimensão de apoio afetivo da EAS foi fator de proteção para o TMC [OR= 0,81 (0,66 – 0,99); p=0,04] (Tabela 12).

Tabela 12. Resultado das análises de regressão logística bivariada e multivariada que investigaram a associação entre prática sexual e presença de transtorno mental comum. Botucatu, 2019

Variáveis	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	OR	IC 95%	P	OR	IC 95%	p
Cor						
Branca	1	-	-	1	-	-
Não branca	0,66	0,35 – 1,24	0,19	0,68	0,36 – 1,26	0,22
Renda						
<1 SM	1,56	0,86 – 2,83	0,14	1,60	0,89 – 2,88	0,11
1- 2 SM	0,76	0,35 – 1,63	0,47	0,73	0,34 – 1,56	0,42
>2 SM	1	-	-	1	-	-
Uso de drogas						
Sim	1,80	0,94 – 3,45	0,07	1,92	1,10 – 3,33	0,02
Não	1	-	-	1	-	-
Vivência de violência						
Sim	2,62	1,13 – 6,08	0,02	2,91	1,26 – 6,71	0,01
Não	1	-	-	1	-	-
Apoio material	1,11	1,00 – 1,22	0,04	1,09	1,00 – 1,20	0,04
Apoio emocional	0,90	0,79 – 1,03	0,11	0,88	0,78 – 1,71	0,07
Apoio afetivo	0,82	0,67 – 1,01	0,06	0,81	0,66 – 0,99	0,04
Apoio interação social	0,89	0,75 – 1,06	0,18	0,90	0,77 – 1,07	0,25
Apoio informacional	0,92	0,81 – 1,05	0,19	0,93	0,82 - 1,05	0,27
Prática Sexual						
MSM	1,14	0,64 – 2,05	0,65	1,29	0,74 – 2,27	0,36
MSH	1	-	-	1	-	-

MSM=mulher que faz sexo com mulher e com mulher e homem; MSH= mulher que faz sexo com homem

5. DISCUSSÃO

A presente pesquisa permitiu identificar elevado consumo de risco de álcool, de alguma droga ilícita nos últimos 12 meses e de TMC entre as MSM e MSH, sendo as prevalências destes desfechos maiores entre as MSM. Permitiu, ainda, identificar que a prática sexual não se constituiu em fator associado ao consumo de risco de álcool e de TMC, porém, esta se associou ao uso de alguma droga ilícita nos últimos 12 meses.

A prevalência geral de consumo de risco de álcool na presente investigação (41,3%) foi superior à obtida em outro estudo nacional⁷⁷ desenvolvido no município de Campinas/SP por meio de inquérito domiciliar, com mulheres entre 18 a 65 anos (30,5%). Essa diferença pode ser justificada em função das características da amostra. A presente investigação incluiu mulheres mais jovens (mediana de 25 anos) e considerável percentual de estudantes (38,2%).

Estudos nacionais⁷⁷⁻⁸⁰ já relataram elevado padrão de consumo de álcool entre estudantes. Dentre estes, estudo realizado em 2019 no Rio de Janeiro⁸⁰ que avaliou o perfil de consumo de álcool entre estudantes universitários, apresentou uma prevalência de 86,2% de consumo, com 23,4% deles apresentando consumo de risco.

A prevalência de consumo de risco de álcool entre as MSM (50,0%) apresentou-se maior do que a prevalência entre as MSH (36,5%). Dados da literatura internacional^{58,59,60,81} e nacional⁶¹ já tem apontado alto consumo de álcool na população LGBT no entanto, estudos que abordem especificamente o consumo de álcool entre as MSM ainda são escassos.

Estudo americano de 2018⁸² que comparou uso de substâncias e a saúde mental entre mulheres de minorias sexuais e mulheres heterossexuais apontou que as mulheres de minorias sexuais e heterossexuais de amostra probabilística apresentaram prevalência de 33,8% vs 26,5% e de 49,3% vs 13,5% com relação a beber cinco ou mais doses e de se sentir bêbada nos últimos doze meses,

respectivamente, corroborando com dados da presente investigação quanto ao maior consumo entre MSM.

Outro estudo americano⁸³, de 2018, que avaliou o uso de álcool, idade, auto avaliação mental e saúde física em mulheres lésbicas e bissexuais, relatou que o uso moderado e alto de álcool nos últimos 30 dias foi mais elevado entre a faixa etária de 18-25 do que entre aquelas de 40-54 (34,5%, 24,6% vs 20,3%, 14,4%, respectivamente). Assim, considera-se que, apesar de não ser possível comparações absolutas entre as prevalências, uma vez que os métodos de medida do consumo e forma de obtenção dos dados terem sido diferentes, os resultados parecem ir na mesma direção dos obtidos na presente investigação.

Apesar de a prevalência ser mais elevada entre as MSM, prática sexual não foi associada ao uso de risco de álcool, sendo este desfecho associado com não estar em uma união estável e ter feito uso de tabaco nos últimos 12 meses, sendo estes já apontados pela literatura⁸⁴⁻⁸⁸.

Estudo brasileiro de 2017⁸⁴ que estimou a prevalência do consumo de risco de álcool e fatores associados em pacientes de um ambulatório do Instituto Metropolitano de ensino superior, apontou prevalência de 7,8% de consumo de risco de álcool e de 13,9% de uso de tabaco, havendo associação positiva entre esses dois comportamentos ($p < 0,001$).

Jaeger (2018) avaliou transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados em zona rural do Brasil e apontou associação entre consumo de risco de álcool com ser fumante e ser ex-fumante [1,88 (1,03–3,43) vs 1,29 (0,81–2,05), $p = 0,033$]⁸⁵.

Ambos os estudos utilizaram para avaliar o consumo de risco de álcool o mesmo instrumento aqui utilizado (AUDIT), porém para o tabagismo, utilizaram conceitos diferentes: o primeiro⁸⁴, questionando sobre tabagismo atual e o segundo⁸⁵, com ser tabagista atual e ex-fumante. Apesar da diferença entre as métricas que avaliaram o tabagismo nas pesquisas, ambas identificaram a associação do tabaco com o uso de álcool.

A condição de união também já havia sido identificada como fator associado ao consumo de álcool entre MSM^{47,83}. Porém, estudo desenvolvido na Flórida⁴⁷ (EUA) não obteve associação entre situação conjugal e sintomas de dependência de álcool entre mulheres lésbicas no último ano, indo em direção oposta aos achados da presente pesquisa com relação ao consumo de risco de álcool.

No entanto, estudo⁸³ que avaliou a relação entre o estado civil e o consumo de álcool em mulheres lésbicas e bissexuais, apontou que mulheres solteiras apresentaram significativamente maior probabilidade de beber pesadamente do que aquelas que viviam em união estável e coabitavam a mesma casa, corroborando os achados da presente pesquisa.

Resultados do III Levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira⁸⁹, de 2017 mostraram que a prevalência geral de uso de drogas ilícitas por mulheres nos últimos 12 meses, foi muito inferior (1,5%) à encontrada no presente estudo (43,0%), considerando também os últimos 12 meses.

A prevalência elevada obtida neste estudo também pode ser explicada pela forma de coleta dos dados e características da amostra. Tendo se em vista que este estudo é recorte de pesquisa maior, que envolveu, além da entrevista, exame ginecológico, pode-se supor que a relação com as pesquisadoras e a disponibilidade delas de participar de uma pesquisa tenha favorecido maior abertura para declarar o consumo de drogas ilícitas, além da garantia de sigilo e condição protegida da entrevista. Destaca-se que já há dados de outras pesquisas brasileiras^{90, 91,92} que registram maior consumo de drogas entre estudantes e jovens, perfil de parte considerável da amostra da presente pesquisa.

Além da idade mais jovem e do considerável número de estudantes, também há dados da literatura, de que LGBT fazem mais uso de substâncias ilícitas do que a população heterossexual^{61, 63}. Podendo-se supor que este uso seja uma forma de lidar com as dificuldades na aceitação de sua sexualidade e das violências sofridas decorrentes da homofobia ainda vigente na sociedade, que favorecem a presença de sofrimento psíquico^{61, 63}.

A prevalência de uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses entre MSM foi duas vezes superior à obtida entre as MSH (63,2% vs 31,5%), dado que se assemelha ao de outros estudos que já apontaram maior consumo de drogas ilícitas por MSM^{82,93,94,95}.

Estudo americano de 2014⁹⁶, que avaliou as diferenças na saúde sexual, comportamentos de risco e uso de substâncias entre mulheres apontou prevalência de consumo de drogas ilícitas nos últimos 12 meses de 43,3% entre lésbicas, 46,5% entre bissexuais e 27,3% entre heterossexuais, corroborando os dados de maior prevalência em MSM obtidos no presente estudo.

Consumo de alguma droga ilícita nos últimos 12 meses foi associado independentemente com ter entre 22 a 29 anos, não estar em união estável, fazer uso de tabaco, ter sofrido violência e ser MSM.

Resultados de um estudo australiano de 2009, que investigou uso de álcool, tabaco e outras drogas ilícitas entre mulheres que se relacionavam com outras mulheres, apontou maior uso de substâncias ilícitas nos últimos seis meses entre mulheres com idade entre 18-24 anos (55,8%) e 25-34 anos (42,8%), e apesar do recorte da variável ser diferente da do presente estudo, os resultados foram semelhantes com relação ao maior uso de drogas por parte de mulheres jovens e jovens adultas⁸⁷.

Estudos anteriores^{97,98} envolvendo homens e mulheres, sem discriminação de prática sexual, têm indicado que estar em uma união estável é fator de proteção para o uso de fumo, de drogas ilícitas e de beber pesadamente, pois fornece apoio social para os indivíduos.

Em relação à associação do uso de alguma droga ilícita nos últimos 12 meses com ter sofrido algum tipo de violência, estudo de 2018⁹⁹ estimou prevalência e fatores associados à violência praticada por parceiro íntimo entre mulheres usuárias da atenção primária. Esta investigação identificou associação entre consumo de droga alguma vez na vida e sofrer violência psicológica e sexual do parceiro, corroborando com os dados encontrados na presente pesquisa.

Associação entre maior consumo de drogas ilícitas no último ano e ser MSM também foi identificada em estudo americano⁹⁶, que mostrou que mulheres de minorias sexuais tiveram duas vezes

mais risco [lésbicas 2.04 (1.18 - 3.53), bissexuais 2.32 (1.49 -3.61)] de fazer uso de drogas ilícitas no último ano, comparativamente com mulheres heterossexuais.

Com relação à presença de TMC, que são caracterizados como condições psicossomáticas, onde os transtornos físicos não explicam a natureza ou a extensão dos sintomas, e podem ser de ansiedade e de depressão⁴⁰, observou-se uma prevalência geral de 34,4%. Esta prevalência é superior à encontrada em outro estudo nacional⁷⁷ que foi desenvolvido no município de Campinas/SP por inquérito domiciliar, com mulheres entre 18 a 64 anos (18,7%) e inferior à obtida em outro estudo brasileiro⁴⁶ realizado em Ribeirão Preto/SP com mulheres atendidas em unidades básicas de um centro urbano, que relatou prevalência de TMC de 44,1%, ambos empregaram o mesmo instrumento de coleta.

As diferenças entre essas prevalências podem ser compreendidas por características e forma de captação das amostras. As diferenças com relação ao primeiro estudo⁷⁷ podem ser justificadas pelas mesmas razões já apontadas, ou seja, diferenças nas características das amostras: teve-se no presente estudo mulheres mais jovens, maior número de estudantes e composição intencional da amostra para incluir MSM e MSH. Com relação às diferenças de prevalência de TMC entre o presente estudo e o estudo de Borges⁴⁶ (2015), deve-se considerar que este incluiu mulheres usuárias de unidades básicas, que provavelmente buscavam atendimento para resolver seus problemas de saúde, dentre estes, possivelmente, os relacionados à saúde mental.

Investigando iniquidades de saúde entre a população LGBT da Carolina do Norte (EUA), Barnhill (2017)⁴⁸ observou entre mulheres lésbicas e bissexuais maior prevalência de ter sido diagnosticada com depressão, comparativamente às mulheres heterossexuais [42.2% vs 22.6%, - OR 2.84 (IC 2.10, 3.84)].

Pakula (2016)⁵⁰ avaliou, no Canadá, a prevalência e coocorrência de beber pesadamente e apresentar ansiedade e transtornos de humor entre gays, lésbicas, bissexuais e heterossexuais, destacando que transtornos de ansiedade foram reportados por 5,9% dos heterossexuais, 11,4% dos gays e lésbicas e 20,7% dos bissexuais que participaram da pesquisa.

Apesar de mais prevalente entre as MSM, na análise múltipla, prática sexual não se constituiu em fator associado ao TMC, sendo que os que se mantiveram associados significativamente nesta análise foram: uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses, ter sofrido violência, ter obtido pontuação nas dimensões de apoio material e maior pontuação de apoio afetivo da EAS.

Não foi encontrado na literatura nenhum estudo que associasse a presença de transtorno mental comum com uso de drogas ilícitas, somente foi encontrado um estudo¹⁰⁰ que associou uso de maconha com sintomas depressivos em profissionais da enfermagem, mas não pode ser comparável por conta de ter avaliado somente sintomas depressivos.

Estudando associação de TMC com violência (psicológica, física e sexual), Ludermitz (2008)¹⁰¹ investigou a associação entre a vivência de violência por parcerias íntimas, apontando que TMC foi associado com violência física, psicológica e sexual, ainda que houvesse diferença entre os dois estudos com relação ao procedimento para investigação de violência, deve-se levar em consideração que os dados apresentados vão na mesma direção dos dados encontrados.

Com relação à associação entre TMC e as dimensões de apoio material e de apoio afetivo da EAS, as mulheres que pontuaram menos nessas duas dimensões tiveram mais chance de apresentar TMC do que as outras. Não foram encontrados estudos que abordam especificamente TMC e MSM, mas, em sua maioria, estudos relacionando ser LGBT com problemas de saúde mental.

Meyer, em seu estudo de 2015¹⁰², expôs que o estresse social que LGBT passam é um fator que pode levar a problemas de saúde mental. Em seu modelo de 2003¹⁰³, Meyer fornece uma base para compreensão dos níveis elevados de problemas relacionados à saúde mental desse grupo, defendendo que grupos estigmatizados sofrem com estressores adicionais aqueles já vivenciados pela população em geral. Esses estressores cotidianos combinados com a falta de apoio social, preconceito sofrido, homofobia internalizada e expectativa de rejeição podem interferir nos desfechos de saúde mental.

Sobre resultados de apoio social obtidos no presente estudo, a mediana de pontuação geral da escala foi de 88, próxima à pontuação máxima da EAS (95). As dimensões de interação social e de apoio afetivo foram as que atingiram mediana de pontuação máxima (20/20 e 15/15 pontos) e as dimensões que atingiram as menores medianas, ainda que próximas da pontuação máxima, foram as de apoio material e apoio interação social (18/20 pontos para ambas).

Entre os dois grupos estudados, tanto a mediana total quanto as medianas das dimensões da EAS foram próximas às pontuações máximas e entre si, assim, ambos os grupos apresentaram bom nível de apoio nas cinco dimensões.

Desta forma, ainda que os outros estudos não tenham empregado mesmo método de medida do apoio social recebido por MSM, os dados apresentados vão de encontro com dados de outros estudos que apontam a importância do apoio social para esta população.

Estudo americano de 2015¹⁰⁴ que investigou um modelo múltiplo de mediação entre assumir a sua sexualidade, apoio social, saúde mental e bem estar em mulheres lésbicas, bissexuais e de outras minorias sexuais, mostrou, através de uma escala que avalia o apoio social em três dimensões (apoio da família, amigos e de parceria íntima), que ter bom apoio social dos familiares ($p=0,04$) e dos amigos ($p<0,01$) foi associado com melhor saúde mental.

Outro estudo americano¹⁰⁵ comparou o apoio social e bem estar entre mulheres lésbicas e heterossexuais, utilizando um modelo conceitual com cinco dimensões (proximidade emocional, integração social, reconhecimento de valor, orientação e alianças confiáveis), e apontou que elas não diferiram estatisticamente com relação à quantidade de apoio social recebida de suas redes de apoio, mas mostrou que o apoio social favorece bem estar psicológico.

O apoio social parece então influenciar positivamente na saúde mental, diminuindo o impacto ocasionado pelo preconceito vivenciado, homofobia internalizada, violências sofridas e outras particularidades de MSM.

A presente pesquisa também permitiu identificar perfil de maior vulnerabilidade entre MSM, uma vez que estas eram mais jovens, referiam ter menos religião e atividade remunerada, usavam mais tabaco e tinham sido mais vítimas de violência. Assim como já discutido acima, apresentaram maiores prevalências de consumo de risco de álcool, uso de alguma droga ilícita e presença de TMC.

Esses dados evidenciam necessidade de avanço relativo aos direitos, políticas e programas voltados para mulheres de minorias sexuais, para que estas realmente consigam ter acesso, com acolhimento, formação de vínculo e cuidado integral às suas necessidades, atendendo, assim, o objetivo geral da Política Nacional LGBT de promover a saúde integral³⁴.

Considera-se como principal limitação deste estudo o fato de a amostra ser intencional, composta por considerável percentual de estudantes e com vários anos de estudo. Entretanto, ressalta-se a dificuldade de captação de MSM conforme já apontado em estudos nacionais^{90,106} e internacionais⁸⁷ anteriores. Apesar dos dados não poderem ser generalizados, a presente investigação traz importante contribuição ao investigar aspectos relacionados à saúde mental de MSM, preenchendo lacunas de conhecimento sobre o grupo. Ressalta-se o seu aspecto inovador no que se refere à presença de TMC entre MSM, uma vez que não existem trabalhos em literatura nacional e internacional sobre o tema.

6. CONCLUSÃO

Dentre as mulheres investigadas, as MSM apresentaram maiores prevalências de consumo de risco de álcool, de uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses e de TMC.

Consumo de risco de álcool se associou a não estar em união estável e ter consumido tabaco nos últimos 12 meses. Uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses se associou a ter entre 22 a 29 anos, à prática sexual, não estar em união estável, ter vivência de violência e consumo de tabaco nos últimos 12 meses. TMC foi associado a ter feito uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses, ter sofrido violência e ter menor pontuação nas dimensões de apoio material e afetivo da EAS.

Esses dados em conjunto permitem concluir que MSM são mais vulneráveis ao sofrimento psíquico e a fazer uso de álcool e outras drogas ilícitas, confirmados pelas elevadas prevalências destes desfechos. Nesse sentido, evidencia-se a importância do cuidado individualizado e atento para estes aspectos da vida de MSM. Para tanto, faz-se necessário a consolidação e atualização das políticas existentes que são voltadas para o grupo, e que profissionais da saúde estejam preparados para acolher essas mulheres, especialmente no que diz respeito às questões relacionadas à sua saúde mental, empoderamento de sua sexualidade, seus direitos e consumo de substâncias. Por outro lado, ressalta-se, também, a necessidade de educação em saúde voltada a esse grupo, no sentido de reduzir danos relacionados ao consumo de substâncias.

Sugere-se realização de novos estudos que explorem outras variáveis e que tenham abordagem mais participativa, abordando aspectos de vulnerabilidade não visualizados no presente estudo e buscando aumentar o conhecimento sobre as demandas de mulheres que fazem sexo com mulheres.

7. REFERÊNCIAS

- 1 Leão EM, Marinho LFB. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. *Rev Promoc Saude*. 2002; 3(6): 31-6.
- 2 Osís MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saude Publica*. 1998; 14(1): 25-32.
- 3 Mello L, Avelar RB, Maroja D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Soc. Estado*. 2012; 27(2): 289-312.
- 4 Bacci IK. Vozes lésbicas no Brasil, a busca e os sentidos da cidadania LGBT. Universidade de Brasília – UnB, 2016. Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Direitos Humanos e Cidadania do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília
- 5 Anais do 30º Simpósio Nacional de História. ANPUH Brasil. Alves DE. A criação do programa brasil sem homofobia: progressos e crítica. Recife, 2019.)
- 6 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 7 Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(2):424-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.
- 8 Ministério da Saúde (BR). Chegou a hora de cuidar da saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 9 Ministério da Saúde (BR). Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT. Brasília: ministério da Saúde; 2008 [citado em 22 Jul 2018]. Disponível em: <http://www.direito.mppr.mp.br/arquivos/File/IConferenciaNacionaldeGaysLesbicasBissexuaisTravestiseTransexuaisGLBT.pdf>
- 10 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Cadernos de atenção básica).
- 11 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2836, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Ministério da Saúde; 2011
- 12 Ministério da Saúde (BR). Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 13 Ministério da Saúde (BR). Relatório da oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 14 Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Conferências conjuntas de direitos humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 12 Set 2017]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/3a-conferencia-nacional-lgbt>.
- 15 Ministério da Saúde (BR). Portal 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 19 Jul 2017]. Disponível em:

http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/inc_social_lgbtt/Diversos_LGBTT/relatorio-final-3a-conferencia-nacional-lgbt-1.pdf

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

17 Carvalho CS, Calderaro F, Souza SJ. O dispositivo “saúde de mulheres lésbicas”: (in)visibilidade e direitos. Rev. psicol. polít. vol.13 no.26 São Paulo abr. 2013

18 Sena AGN, Souto KMB. Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 11(1), 09-28, mar, 2017

19 Uol notícias. Tai Nalon. Governo Temer reduz a zero repasses a políticas contra homofobia; planalto diz fazer campanha. [acesso em 15 nov 2020] Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2017/09/29/governo-temer-zera-repasses-a-politicas-contr-homofobia-planalto-diz-fazer-campanha.htm>

20 Câmara dos deputados. Tiago Miranda. Proposta susta a realização de 4ª Conferência Nacional de Políticas Públicas LGBT. [acesso 15 nov 2019]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/549802-proposta-susta-realizacao-de-4a-conferencia-nacional-de-politicas-publicas-lgbt/>

21 Diário de Pernambuco. MP assinada por Bolsonaro retira população LGBT das Diretrizes dos Direitos Humanos [Acesso 20 jan 20]. Disponível em: <https://www.diariodepernambuco.com.br/noticia/politica/2019/01/mp-assinada-por-bolsonaro-retira-populacao-lgbt-das-diretrizes-dos-dir.html>

22 Brasil. DECRETO Nº 9.453, DE 31 DE JULHO DE 2018. Convoca a 4ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT. Diário oficial da união, 31 jul 2018.

23 Folha de São Paulo. Paulo Saldaña.Vélez desmonta secretaria de diversidade e cria nova subpasta de alfabetização. [acesso em 20 jan 2020]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/educacao/2019/01/velez-desmonta-secretaria-de-diversidade-e-cria-nova-subpasta-de-alfabetizacao.shtml>

24. Ayres JRJM, 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; p. 121-43. 2009

25. Ayres JRJM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde Soc.18:11-23, 2009

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

27. Nichiata LYI, Bertilozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. O conceito de “vulnerabilidade” pela enfermagem. RevLatAm Enfermagem. 2008;16:1326-30.)

28 Brandão S. Teorias lésbicas contemporâneas e a arte como ativismo e potência de resistência e visibilidade. 04 (2) - Abr. - Jun., 2018

- 29 Facchini R. Histórico da luta de LGBT no Brasil. In: Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, organizador. Psicologia e diversidade sexual. São Paulo: CRPSP; 2011. p. 10-9.
- 30 Parente JS, et al. Álcool, drogas e violência: implicações para a saúde de minorias sexuais. *Reprodução e Climatério*. 2015; 30 (3): 108 – 114.
- 31 Valadão RC, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis* vol.21 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2011
- 32 Roges AL; Vasconcelos EMR; Araújo EC. Needs in the health sector related to the LGBT population (lesbians, gays, bisexuals and transvestites). [Internet]. *Journal of Nursing UFPE online*, Recife, 9(6) , June., 2015 [citado 11 set 2017]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/8390>
- 33 Ferreira OB, Pedrosa JIS, Nascimento EF. Diversidade de gênero e acesso ao sistema único de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*, 31(1): 1-10, jan/mar; 2018.
- 34 Chakraborty A, et al. Mental health of the non-heterosexual population of England. *The British Journal of Psychiatry*. 198, 143–148, 2011.
- 35 Cardoso, MR; Ferro, LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol. Cienc. Prof [online]*. 2012, vol 32, nº 3 [citado 11 set 2017], 552–563. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000300003)
- 36 WHO. World Health Organization. Mental health: strengthening our response. [acesso em 3 mar 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- 37 Organização Pan-americana da Saúde. OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população. [Acesso em 5 nov 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839
- 38 WHO. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. World Health Organization, Geneva, 24p, 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>
- 39 Lopes CS; et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2016; 50 (supl 1):14s
- 40 Goldberg D, Huxley P. (1992). *Common mental disorders: a bio-social model*. New York: Tavistock/Routledge, 1992.
- 41 Lima PJP. Prevalência de transtornos mentais comuns em comunidades rurais em Atibaia/SP–BRASIL. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.15, p.81-121, 2015.
- 42 Steel Z, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*. 2014; 43(2): 476-493.
- 43 Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. Psiq. Clín.* 33 (2); 43-54, 2006
- 44 Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. bras. psiquiatr.* vol.59 no.3 Rio de Janeiro 2010

- 45 Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* vol.5 no.3 Recife July/Sept. 2005
- 46 Borges TL, Hegadoren KM, Miasso AI. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 38(3), 2015
- 47 Bostwick WB, et al. Discrimination and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in the United States. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 84(1), 35–45, 2014.
- 48 Barnhill MM, Lee JGL, Rafferty, AP. Health Inequities among Lesbian, Gay, and Bisexual Adults in North Carolina, 2011–2014. *Int. J. Environ. Rev. Public Health* 2017, 14(8), 835.
- 49 Taggart TC, Rodriguez-Seijas C, Dyar C, et al. Sexual orientation and sex-related substance use: The unexplored role of bisexuality. *Behaviour Research and Therapy* 115, 55–63, 2019.
- 50 Pakula B, Shoveller J, Ratner PA, Carpiano R. Prevalence and Co-Occurrence of Heavy Drinking and Anxiety and Mood Disorders Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Canadians. *Am J Public Health.* 2016;106(6):1042–1048. doi:10.2105/AJPH.2016.303083
- 51 Chan RCH, Operario D, Mak WWS. Bisexual individuals are at greater risk of poor mental health than lesbians and gay men: The mediating role of sexual identity stress at multiple levels. *J Affect Disord.* 9(4); 260: 292-301, 2019
- 52 Colledge L, Hickson F, Reid D, Weatherburn P. Poorer mental health in UK bisexual women than lesbians: evidence from the UK 2007 Stonewall Women's Health Survey. *J Public Health (Oxf).* 2015 Sep; 37(3):427-37
- 53 Ross LE, et al. Prevalence of Depression and Anxiety Among Bisexual People Compared to Gay, Lesbian, and Heterosexual Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis, *The Journal of Sex Research*, 55:4-5, 435-456, 2018. DOI: 10.1080/00224499.2017.1387755
- 54 Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities. A systematic review, *International Review of Psychiatry*, 27:5, 367-385, 2015. DOI: 10.3109/09540261.2015.1083949
- 55 Timmins L, Rimes KA, Rahman Q. Minority Stressors, Rumination, and Psychological Distress in Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals. *Arch Sex Behav.* 2019 Jul 22. doi: 10.1007/s10508-019-01502-2.
- 56 Spittlehouse JK, Boden JM, Horwood LJ. Sexual orientation and mental health over the life course in a birth cohort. *Psychological Medicine* 1–8, 2019. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001284>
- 57 Schulman KJ, Erickson-Schroth L. Mental Health in Sexual Minority and Transgender Women. *Psychiatric Clinics of North America*, Volume 40, 2017.
- 58 Lewis RJ, et al. Emotional distress, alcohol use, and bidirectional partner violence among lesbian women. *Violence against women*, 21(8), 917–938; 2015.
- 59 Boyd CJ, Veliz PT, Stephenson R, Hughes TL, McCabe SE. Severity of Alcohol, Tobacco, and Drug Use Disorders Among Sexual Minority Individuals and Their "Not Sure" Counterparts. *LGBT Health.* Jan;6(1):15-22, 2019. doi: 10.1089/lgbt.2018.0122
- 60 Hafeez H, Zeshan M, Tahir MA, Jahan N, Naveed S. Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review. *Cureus.* Apr; 9(4): e1184, 2017.

- 61 King M, et al. Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales. *British Journal of Psychiatry*, 183, 552 – 558. 2003.
- 62 Marshal MP, et al. Substance use and mental health disparities among sexual minority girls: results from the Pittsburgh girls study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2012; 25(1): 15-18.
- 63 Parente JS, et al. Álcool, drogas e violência: implicações para a saúde de minorias sexuais. *Reprodução e Climatério*. 2015; 30 (3): 108 – 114.
- 64 Duarte MTC, et al. 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.
- 65 Fundação Seade. Informações dos Municípios Paulistas. São Paulo; 2019 Available: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/>
- 66 Handcock MS, Gile KJ. On the concept of snowball sampling. *Sociol Methodol*. 2011;41:367-71.
- 67 Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014; 22(44): 203-20.
- 68 Lima CT, et al. Concurrent and construct validity of the Audit in urban Brazilian sample. *Alcohol and Alcoholism*. 2005; 40: 584-589.
- 69 Barbor TF, et al. AUDIT - The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. WHO (World Health Organization), 4:1-29; 1992.
- 70 Méndez EB. Uma versão brasileira do AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Federal de Pelotas, RS, 1999.
- 71 Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira RR, Dunn J. Audit identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1997; 46(11): 589-593.
- 72 Turisco JL, Payá R, Figlie NB, Laranjeira R. As pessoas que precisam, procuram o tratamento para alcoolismo? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2000; 49(9): 319-20.
- 73 Formiga NS, Souza MA, Costa DFM, Gomes MCS, Fleury LFO, Melo G Comprovação empírica de uma medida relacionada ao excessivo consumo de álcool em brasileiros. *LIBERABIT*. 2015;21(1): 91-101
- 74 Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Inacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*. 1980; 10: 231.
- 75 Mari JJ, Willians PA. Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ20) in primary care in the city of São Paulo. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 1986; 148:23-26.
- 76 Griep, R. H. et al. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde Pública*; 19:625-34, 2003.
- 77 Senicato C, Azevedo RCS, Barros MBA. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(8):2543-2554, 2018
- 78 Pedrosa AAS, Camacho LAB, Passos SRL, Oliveira RVC. Consumo de álcool entre estudantes universitários. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(8):1611-1621, ago, 2011

- 79 Silva EC, Tucci AM. Padrão de Consumo de Álcool em Estudantes Universitários (Calouros) e Diferença entre os Gêneros. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia* – 24(1), 313-323 2016
- 80 Barros MSMR, Costa LS. Perfil do consumo de álcool entre estudantes universitários. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2019 Jan.-Mar.;15(1):4-13DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000353
- 81 Lea T, Wit J, Reynolds R. Minority Stress in Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults in Australia: Associations with Psychological Distress, Suicidality, and Substance Use. *Arch Sex Behav* 43:1571–1578, 2014
- 82 Veldhuis CB et al. Alcohol Use, Age, and Self-Rated Mental and Physical Health in a Community Sample of Lesbian and Bisexual Women. *LGBT Health.* 4(6), 2017. DOI: 10.1089/lgbt.2017.0056
- 83 Drabble LA et al. Comparing substance use and mental health outcomes among sexual minority and heterosexual women in probability and non-probability samples. *Drug Alcohol Depend.* April 01; 185: 285–292, 2018.. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.12.036
- 84 Rares LFS et al. Avaliação dos padrões de consumo de álcool em pacientes do ambulatório do instituto metropolitano de ensino superior. *Revista Uningá.* V.53,n.2,pp.54-59 2017
- 85 Jaeger GP, Mola CL, Silveira MF. Transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados em zona rural do Brasil. *Rev Saude Publica.* 52 Supl 1:8s, 2018
- 86 Gruskin EP, Hart S, Gordon N, Ackerson L. Patterns of Cigarette Smoking and Alcohol Use Among Lesbians and Bisexual Women Enrolled in a Large Health Maintenance Organization. *American Journal of Public Health.* 91(6), June 2001
- 87 Hyde Z et al. Alcohol, tobacco and illicit drug use amongst same-sex attracted women: results from the Western Australian Lesbian and Bisexual Women's Health and Well-Being Survey. *BMC Public Health* 9:317, 2009.
- 88 Lee JGL, Griffin GK, Melvin CL. Tobacco use among sexual minorities in the USA, 1987 to May 2007: a systematic review. *Tobacco Control*;18:275–282. 2009. doi:10.1136/tc.2008.028241
- 89 Bastos, FIPM. III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro. FIOCRUZ/ICICT 2017, 528p.
- 90 Andrade AG et al. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. *Rev Bras Psiquiatr.* 34:294-305 2012
- 91 Zeferino MT et al. Consumo de drogas entre estudantes universitários: família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis,* 24 (Esp): 125-35. 2015
- 92 Trindade BPA, Diniz AV, Sá-Júnior AR. Uso de drogas entre estudantes universitários: uma perspectiva nacional. *Rev Med Saude Brasilia* 7(1):52-60 2018
- 93 Kerridge et al. Prevalence, sociodemographic correlates and DSM-5 substance use disorders and other psychiatric disorders among sexual minorities in the United States. *Drug and Alcohol Dependence* 170: 82–92, 2017

- 94 Jackson et al. Sexual orientation identity disparities in health behaviors, outcomes, and services use among men and women in the United States: a cross-sectional study. Jackson et al. *BMC Public Health* 16:807 2016
- 95 Hughes T, Szlachta LA, McNair R. Substance abuse and mental health disparities: Comparisons across sexual identity groups in a national sample of young Australian women. *Social Science & Medicine* 71 (2010) 824-831 2010
- 96 Estrich CG, Gratz B, Hotton AL. Differences in Sexual Health, Risk Behaviors, and Substance Use Among Women by Sexual Identity: Chicago, 2009-2011. *Sexually Transmitted Diseases*, 41(3) 2014
- 97 Merline AC, O'Malley PM, Schulenberg JE, Bachman JG, Johnston LD. Substance use among adults 35 years of age: Prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use. *American Journal of Public Health*. 94:96–102, 2004.
- 98 Green KM, Doherty EE, Fothergill KE, Ensminger ME. Marriage Trajectories and Health Risk Behaviors Throughout Adulthood Among Urban African Americans. *J Fam Issues*. December 1; 33(12): 1595–1618, 2012
- 99 Santos IB et al. Violência contra a mulher na vida: Estudo entre usuárias da atenção primária.. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2018/Out). Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/violencia-contra-a-mulher-na-vida-estudo-entre-usuarias-da-atencao-primaria/16964?id=16964&id=16964&id=16964&id=16964&id=16964>
- 100 Junqueira MAB et al. Sintomas depressivos e uso de drogas entre profissionais da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery* ;22(4):e20180129, 2018
- 101 Ludermir AB et al. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine* 66:1008-1018 2008
- 102 Meyer IH. Resilience in the Study of Minority Stress and Health of Sexual and Gender Minorities. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* , 2(3): 209–213, 2015
- 103 Meyer IH. Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. *Psychol Bull*; 129(5): 674–697, 2003
- 104 Tabaac AR, Perrin AR, Trujillo MA. Multiple Mediation Model of Outness, Social Support, Mental Health, and Wellness Behavior in Ethnically Diverse Lesbian, Bisexual, and Queer Women. *LGBT Health*, 2(3), 2015
- 105 Wayment HA, Peplau LA. Social support and well-being among lesbian and heterosexual women: a structural modeling approach. *PSPB*, 21(11): 1189 – 1199, 1995
- 106 Rufino et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 27(4):e2017499, 2018

APÊNDICE I

1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Número: _____

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

Instrumento de coleta de dados

Entrevistador: _____ Coletor: _____

Nome: _____

Contato: Endereço: _____ Município: _____

Telefone: _____ Cel: _____

Como ficou sabendo desta pesquisa? (0) Facebook/Instagram/Twitter/Whatsapp (1) Procura espontânea/Cartaz

(2) Encaminhado por profissional da saúde (3) Indicação de outro participante (4) Indicação de liderança LGBT

(5) Participou de pesquisa anterior (6) Outro: _____

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

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

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

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

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

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

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

Qual a renda da sua família? R\$ _____

Qual o número de pessoas que dependem dessa renda? _____

2 CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

No último ano: **Você fumou?** (0) não (1) sim

Você fez uso de alguma droga ilícita? (0) não (1) sim

	não	sim	n/a
Maconha			
Cocaína			
Crack			
Outra droga			

Qual? _____

3 COMPORTAMENTOS E PRÁTICAS SEXUAIS

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

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

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

Nos últimos 3 meses você teve relações sexuais?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 REPRODUÇÃO

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

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

5 HABITOS DE HIGIENE ÍNTIMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7 VIOLÊNCIA

Você já viveu uma situação de:

Violência Verbal (xingar, ofender, destratar, insultar, etc)

Violência 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

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

Você já viveu uma situação de violência por parcerias íntimas?

Violência Verbal (xingar, ofender, destratar, insultar, etc)

Violência Física

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

Violência Sexual

Danos patrimoniais (destruição de documentos, objetos, etc)

Ameaça

Violência moral (calúnia, difamação, injúria)

Subtração de dinheiro e bens

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

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

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

Por quê? () n/a

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

Abertura para aprofundamento da questão? (0) não (1) sim (2) n/a

8 EXAME GINECOLÓGICO

DUM: _____ DURS: ___ / ___ / ___ Queixa ginecológica: (0) não (1) sim Qual? _____ () n/a

Exame:

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

Realiza depilação completa? (0) não (1) sim

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

Conteúdo vaginal: (0) não (1) sim (4) não visualizado

Intensidade: (0) pouco (1) moderado (2) muito (3) não visualizado

Aspecto: (0) fluído (1) pastoso (2) bifásico (3) não visualizado

Cor: (0) branco (1) amarelo (2) acizentado (3) não visualizado

pH vaginal: _____ >4.5 (0) não (1) sim (2) não visualizado

Whiff test: (0) presente (1) ausente (2) duvidoso (3) não realizado

Colo uterino: (0) epitelizado (1) ectopia

JEC: _____ (2) friável (3) outros: _____ (4) não visualizado

Número: _____

Nome: _____

Telefone: _____ Cel: _____

9 DADOS LABORATORIAIS

Resultado do Gram:

Flora I: (0) não (1) sim Escore _____

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

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

Vaginose citolítica: (0) não (1) sim

Vaginite aeróbia: (0) não (1) sim

Candidose vaginal: (0) não (1) sim

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

Microbioma vaginal: _____

Gonorréia: (0) não (1) sim

Tricomoníase: (0) não (1) sim

C. trachomatis: (0) não (1) sim

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

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

Apêndice II

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: thaynabuesso01@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





Projeto
Cuidando da Saúde da Mulher




CHEGOU A HORA DE CUIDAR DA SUA SAÚDE

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

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

Garantimos sigilo absoluto de sua identidade!

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

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





Projeto
Cuidando da Saúde da Mulher

O projeto é para mulheres acima de 18 anos que tem relação sexual com **mulheres**, com **homens** e com **mulheres** e **homens**.

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

Agende seu horário!

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



UNESP

ANEXO II

AUDIT



Data: ___/___/___ Sexo: ___M ___F

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

Especifique qual a bebida utilizada: _____

- 1- Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas? I__I
 (0) Nenhuma (2) 2 a 4 vezes por mês (4) 4 ou mais vezes por semana
 (1) Uma ou menos de uma vez por mês (3) 2 a 3 vezes por semana
- 2- Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo? I__I
 (0) Nenhuma (2) 3 a 4 (4) 7 a 9
 (1) 1 a 2 (3) 5 a 6 (5) 10 ou mais
- 3- Qual a frequência que você consome 5 ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião? I__I
 (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
 (1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente
- 4- Com que frequência durante os últimos 12 meses você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado? I__I
 (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
 (1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente
- 5- Quantas vezes durante o ano passado você deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas? I__I
 (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
 (1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente
- 6- Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira? I__I
 (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
 (1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente
- 7- Quantas vezes durante o ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber? I__I
 (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
 (1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente
- 8- Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior por que você estava bebendo? I__I
 (0) Nunca (2) Mensalmente (4) Diariamente ou quase diariamente
 (1) Menos que mensalmente (3) Semanalmente
- 9- Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras? I__I
 (0) Não (2) Sim, mas não no último ano (4) Sim, durante o último ano
- 10- Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área da saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber? I__I
 (0) Não (2) Sim, mas não no último ano (4) Sim, durante o último ano

ESCORE TOTAL: I__I__I

Consumo de baixo risco ou abstêmios:**Homens = 0 a 7 pontos****Mulheres, adolescentes e homens acima de 60 anos = 0 a 4 pontos****Consumo de risco = 8 a 15 pontos****Uso nocivo ou consumo de alto risco = 16 a 19 pontos****Provável dependência = 20 ou mais pontos (máximo = 40 pontos)**

ANEXO III

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA DA FMB- UNESP

Disciplinas de Psiquiatria e Psicologia

SRQ

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

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

TOTAL GERAL | || |

Pontos de corte

Homens: 6

Mulheres: 8

ANEXO IV
ESCALA DE APOIO SOCIAL (EAS)

Se você precisar, com que frequência conta com alguém...	Nunca (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
Que o ajude se ficar de cama?					
Para levá-lo ao médico?					
Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					
Para preparar suas refeições, se não puder prepará-las?					
Que demonstre amor e afeto por você?					
Que lhe dê um abraço?					
Que você ame e faça você se sentir querido?					
Para ouvi-lo quando você precisar falar?					
Em quem confiar ou para falar de você ou sobre os seus problemas?					
Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
Que compreenda seus problemas?					
Para dar bons conselhos em situações de crise?					
Para dar informações que o ajude a compreender uma determinada situação?					
De quem você realmente quer conselhos?					
Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
Com quem fazer coisas agradáveis?					
Com quem distrair a cabeça?					
Com quem relaxar?					
Para se divertir junto?					