



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

Mariana Alice de Oliveira Ignacio

**Prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis e de
Alterações da Microbiota Vaginal e Fatores Associados 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 Enfermagem –
Mestrado Profissional

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

**Botucatu
2016**

Mariana Alice de Oliveira Ignacio

Prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis e
de Alterações da Microbiota Vaginal e Fatores
Associados 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 Enfermagem – Mestrado
Profissional

Orientadora: Profa.Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Botucatu
2016

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

Ignacio, Mariana Alice de Oliveira.

Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e de alterações da microbiota vaginal e fatores associados em mulheres que fazem sexo com mulheres / Mariana Alice de Oliveira Ignacio. - Botucatu, 2016

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Capes: 40406008

1. Doenças sexualmente transmissíveis - Prevenção. 2. Homossexualidade feminina. 3. Saúde Sexual e Reprodutiva.

Palavras-chave: Doenças sexualmente transmissíveis;
Homossexualidade feminina; Saúde sexual e reprodutiva.

Esta dissertação é especialmente dedicada:

À minha família e em especial aos meus pais, **José Roberto e Cleusa**,
que sempre apoiaram minhas escolhas, ensinando os valores reais da
vida e nunca mediram esforços para incentivar meu o estudo.

À **todas pacientes** que participaram da presente investigação e que
dividiram comigo suas angústias, escolhas, dúvidas e intimidade.
Obrigada pela confiança em nosso trabalho!

Agradeço especialmente:

À Profª. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Que desde a faculdade me ensina a arte de ser enfermeira e que é um exemplo profissional de competência, generosidade em compartilhar o conhecimento e dedicação com o cuidado integral e humanizado ao ser humano.

Obrigada por acreditar e confiar em meu trabalho e trazer tantas oportunidades e aprendizado profissional e pessoal para minha vida.

Às queridas companheiras de projeto **Enfa. Juliane Andrade e Ana Paula Freneda de Freitas**, que dividiram todas as etapas desse trabalho e com muita dedicação e bom humor ajudaram a caminhada ser mais leve. É um prazer trabalhar com vocês. Obrigada pela amizade!

À toda equipe do Laboratório de Imunopatologia da Relação Materno-Fetal e em especial à **Profª. Drª. Márcia Guimarães da Silva**, que sempre dispostos a ajudar, abriram as portas do laboratório para nossa equipe e com toda competência realizaram as análises laboratoriais para nosso projeto.

Ao Laboratório Clínico do HC-Unesp e Hemocentro de Botucatu, pelas análises laboratoriais.

À Secretaria Municipal da Saúde pelo apoio e **Ao Espaço Saúde “Cecília Magaldi”** local onde foram realizadas as consultas, bem como, **a todos os funcionários** que sempre ajudaram e facilitaram todo processo da coleta de dados. Em especial a técnica de enfermagem **Tânia** e auxiliar administrativa **Bruna** pelo envolvimento e comprometimento com o projeto.

Ao programa DST/Aids do município de Botucatu pelo envolvimento e parceria com o projeto. Às agentes estratégicas **Cecilia, Adriana, Renata, Viviane, Adriana**, por todo apoio e disposição em ajudar o projeto como um todo. À **Dra. Isabel Lhanos**, pelo incentivo e ajuda com os tratamentos.

A todos que de alguma forma se envolveram com a coleta de dados, em especial, à **Enfa. Vivian, Enfa. Scarlet** e alunas do curso de graduação em enfermagem –UNESP e agora **Enfa. Stéfanie e Enfa. Silvania** pela importante ajuda.

Ao **NEAD.TIS** pela ajuda na elaboração do produto.

Ao **prof. Hélio R. C. Nunes** pelas análises estatísticas.

À **profa. Dra. Maria Cristina Pereira Lima e à Profa. Cristina Garcia de Lima Parada**, pelas importantes contribuições no exame geral de qualificação.

Este trabalho só foi possível porque contou com a participação de vários profissionais, os quais deram contribuições diversas. A dedicação e competência de todos os envolvidos fortaleceu minha caminhada. A todos meu profundo agradecimento.

Às **minhas queridas amigas “patitas”**, pessoas incríveis com quem divido mais de 20 anos de amizade e sou profundamente grata por todo companheirismo e confiança.

À minha querida amiga Débora, que além de dividir anos de amizade, realizou com toda prontidão a revisão ortográfica e gramatical desse trabalho. Obrigada pela grande ajuda e amizade.

Por fim, a **todos os colegas do Mestrado Profissional em Enfermagem**, por dividirem comigo conhecimento, incentivo e angústias. Foi um prazer fazer parte dessa turma.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

“Pois quando a sabedoria entrar no teu coração, e o conhecimento for agradável à tua alma,
O bom senso te guardará e a inteligência te conservará”

(Proverbios 2; 10-11)

SUMARIO

| | |
|--|----|
| RESUMO..... | 14 |
| ABSTRACT..... | 16 |
| APRESENTAÇÃO..... | 17 |
| 1 INTRODUÇÃO..... | 18 |
| 1.1 As infecções sexualmente transmissíveis e alterações da microbiota vaginal..... | 20 |
| 1.2 Infecções sexualmente transmissíveis, alterações da microbiota vaginal e lesões precursoras do câncer de colo uterino em mulheres que fazem sexo com mulheres..... | 24 |
| 2 OBJETIVOS | 30 |
| 3 MÉTODO..... | 31 |
| 3.1 Desenho e Campo do Estudo | 31 |
| 3.2 População, amostra e critérios de inclusão no Estudo..... | 31 |
| 3.3 Variáveis em Estudo..... | 32 |
| 3.3.1 Variáveis independentes..... | 32 |
| 3.3.2 Desfechos estudados..... | 34 |
| 3.4 Coleta de Dados..... | 35 |
| 3.5 Diagnóstico Laboratorial das Alterações da Microbiota Vaginal..... | 37 |
| 3.5.1 Flora I..... | 37 |
| 3.5.2 Candidose Vaginal..... | 37 |
| 3.5.3 Vaginose Bacteriana..... | 37 |
| 3.5.4 Flora II..... | 37 |
| 3.6 Diagnóstico laboratorial das IST..... | 37 |
| 3.6.1 Pesquisa e genotipagem de HPV..... | 37 |
| 3.6.2 Pesquisa de <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | 38 |
| 3.6.3 Pesquisa de sífilis..... | 39 |
| 3.6.4 Hepatite B..... | 39 |
| 3.6.5 HIV..... | 39 |
| 3.6.6 Pesquisa de <i>Trichomonas vaginalis</i> Citologia Oncótica..... | 40 |
| 3.7 Análise dos Dados..... | 40 |
| 3.8 Procedimentos Éticos..... | 41 |
| 3.9 Financiamento..... | 41 |
| 4 RESULTADOS..... | 42 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA | 42 |
| 4.1.1 Características sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais..... | 42 |
| 4.1.2 Características clínico-ginecológicas..... | 45 |
| 4.2 PREVALÊNCIAS DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS..... | 46 |
| 4.3 PREVALÊNCIA DE ALTERAÇÕES DA MICROBIOTA VAGINAL..... | 47 |
| 4.4 PREVALÊNCIA DE LESÕES PRECURSORAS DO COLO UTERINO..... | 48 |
| 4.5 FATORES ASSOCIADOS ÀS IST..... | 49 |
| 4.6. FATORES ASSOCIADOS AO HPV..... | 52 |
| 4.7 FATORES ASSOCIADOS À VB..... | 55 |
| 5 DISCUSSÃO..... | 58 |
| 6 CONCLUSÃO..... | 64 |
| 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 66 |

| | |
|--------------------------|-----------|
| Apêndice I..... | 72 |
| Apêndice II..... | 80 |
| Apêndice III..... | 81 |

Lista de Tabelas

- Tabela 1.** Perfil sociodemográfico, relativo ao consumo de substâncias de mulheres que fazem sexo com mulheres (n=100). Botucatu, 2015
- Tabela 2.** Perfil relativo ao comportamento e práticas sexuais de mulheres que fazem sexo com mulheres (n=100). Botucatu, 2015
- Tabela 3.** Características clínico-ginecológicas de mulheres que fazem sexo com mulheres (n=100). Botucatu, 2015
- Tabela 4.** Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015
- Tabela 5.** Prevalência de alterações da microbiota vaginal em mulheres que fazem sexo com mulheres (n=94). Botucatu, 2015
- Tabela 6.** Modelo logístico para a chance de IST em mulheres que fazem sexo com mulheres ajustados por conjuntos de variáveis sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais, antecedentes ginecológicos, queixas ginecológicas, exame ginecológico e diagnóstico. Botucatu, 2015
- Tabela 7.** Modelo de Regressão logística múltipla para chance de IST em função das variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$) a infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015
- Tabela 8.** Modelo logístico para a chance de HPV em mulheres que fazem sexo com mulheres ajustados por conjuntos de variáveis sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais, antecedentes ginecológicos, queixas ginecológicas, exame ginecológico e diagnósticos. Botucatu, 2015
- Tabela 9.** Modelo de Regressão logística múltipla para chance de HPV em função das variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$) a infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015
- Tabela 10.** Modelo logístico para a chance de VB em mulheres que fazem sexo com mulheres ajustados por conjuntos de variáveis sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais, antecedentes ginecológicos, queixas ginecológicas, exame ginecológico e diagnósticos. Botucatu, 2015
- Tabela 11.** Modelo de Regressão logística múltipla para chance de VB em função das variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$) a infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015

Lista de Figuras

Figura 1. Prevalência de genótipos de HPV entre mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015

Lista de Quadros

Quadro 1. Estudos de prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e/ou alterada da microbiota vaginal e/ou lesões precursoras do câncer de colo uterino e fatores associados em mulheres que fazem sexo com mulheres

Lista de Abreviaturas

MSM = Mulher(es) que faz(em) sexo com mulher(es)

IST= Infecção(ções) Sexualmente Transmissível(veis)

MS= Ministério da Saúde

PAISM= Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

LGBT= Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais

OMS= Organização Mundial da Saúde

VB= Vaginose Bacteriana

VDRL= VeneralDiseaseResearchLaboratories

RESUMO

IGNACIO, M.A.O. **Prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis e de Alterações da Microbiota Vaginal e Fatores Associados em Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres**. 2016. 86 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

Apenas em 2011 com a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) foram propostos mecanismos de gestão para atingir maior equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT e, assim, das mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) brasileiras. A literatura nacional e internacional é escassa no que se refere às prevalências e fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e aids entre estas, o que justifica a presente investigação. Esta tem por objetivos traçar o perfil sociodemográfico, comportamental e clínico de MSM, estimar a prevalência de IST, de alterações da microbiota vaginal, de lesões precursoras do câncer de colo do útero e identificar fatores associados à vaginose bacteriana (VB), IST e papiloma vírus humanos (HPV). Trata-se de estudo transversal e analítico, que integra estudo mais amplo sobre acesso a serviços de saúde e saúde sexual e reprodutiva de MSM. Foi desenvolvido com amostra intencional de 100 MSM, provenientes do município de Botucatu/SP e microrregião que atenderam ao chamado para participação da pesquisa por meio de redes de sociabilidade, meios de comunicação de massa, serviços de saúde e convite de participantes às pessoas de seu convívio, no período de janeiro a novembro de 2015. As variáveis independentes estudadas foram sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais, antecedentes clínico-ginecológicos, queixas e exame ginecológico e as variáveis de desfecho foram ter IST, HPV e VB. Os dados foram obtidos pelas pesquisadoras envolvidas no estudo mãe, por meio de entrevista, exame ginecológico e coleta de sangue periférico para diagnósticos da Infecção pelo HIV, sífilis e hepatite B. Realizou-se coleta de amostras do conteúdo vaginal para realização do exame microscópico direto corado pelo método de Gram, que permitiu o diagnóstico de alterações da microbiota vaginal e candidose vaginal; coleta de secreção cervical para pesquisa de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e de papiloma vírus humano (HPV) por reação em cadeia da polimerase e citologia cérvico-vaginal convencional, que diagnosticou lesões pré-neoplásicas e *Trichomonas vaginalis*. Para análise dos dados empregou-se estatística descritiva e as associações foram verificadas por regressão logística múltipla. Foram ajustados modelos de regressão logística para conhecer as variáveis que mais influenciaram no aparecimento das afecções do trato genital inferior. Predominaram as MSM que se encontravam na faixa etária de 20 a 49 anos (79,0%), brancas (74,0%), não casadas ou sem união estável (60,0%), com mais de 8 anos de estudo (93,0%), inseridas no mercado de trabalho (75,0%), que tinham histórico de relação sexual com homens na vida (66,6%), que não utilizavam regularmente proteção nas relações sexuais (85,8) e praticavam sexo após consumo de álcool(63,0%). A prevalência total de IST foi de 35,0%, sendo a infecção pelo HPV a mais prevalente (32,6%), com genótipos mais frequentes 56 e 84, seguida pela cervicite clamidiana (3,3%), infecção pelo HIV (2,0%), *T. vaginalis*(1,1%) e Sífilis (1,0%). Não foram encontrados casos de *N. gonorrhoeae* e Hepatite B. Quase a metade das mulheres incluídas no estudo (47,5%) apresentou alterações na microbiota vaginal, sendo mais prevalente a VB (36,2%), seguida da flora II (8,5%) e candidose vaginal (4,2%). A prevalência encontrada de lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (LSIL) foi de 2,3%. Os fatores associados às IST foram: não ser casada ou sem união

estável [OR=3,76(IC:95%: 1,14–12,43); p=0,030], uso de acessórios [OR=3,87(IC:95%: 1,14–13,16); p=0,030] e número de homens com quem se relacionou sexualmente no último ano [OR=7,99 (IC:95%: 1,51–42,44); p=0,015]. Para infecção pelo HPV a única variável independentemente associada foi não ser casada ou não ter união estável [OR=4,84 (IC 95%: 1,49–15,71), p=0,009]. As associações encontradas para o desfecho VB foram *whiff test* positivo [OR=14,00 (IC 95%: 2,76-71,14), p=0,001] e pH vaginal > 4,5 [OR=9,90(IC 95%:1,57-62,33), p=0,015]. Tomados em conjunto, os dados deste estudo permitem concluir que as MSM participantes tinham elevada vulnerabilidade às IST/aids, confirmada pelas elevadas prevalências de algumas infecções e alterações da microbiota vaginal. Sugere a necessidade de assistência à saúde dessas mulheres de maneira individualizada, voltada para saúde sexual e reprodutiva, pautada em ações preventivas e educativas, com vistas ao seu cuidado integral. Neste sentido, com base nos resultados obtidos foi elaborado E-book educativo, em forma de história em quadrinhos, contendo informações sobre IST, formas de prevenção específicas para MSM, cuidados com a higiene íntima, importância de realizarem exames ginecológicos de rotina, que permitem diagnóstico e tratamento precoce de IST e direitos sexuais e reprodutivos. Este pode ser acessado no link: <http://www.hcfmb.unesp.br/pesquisas/informacoespaciente/>

Descritores: Homossexualidade feminina; Doenças sexualmente transmissíveis; Saúde sexual e reprodutiva.

ABSTRACT

IGNACIO, M.A.O. **Prevalence of Sexually Transmitted Infections and Changes of Vaginal Microbiota and Associated Factors in Women who Have Sex with Women.**2016. 86 f. Thesis (Master) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

Only in 2011 through the National Policy for Comprehensive Health of LGBT, management mechanisms to reach more equity in unified health system were proposed focusing mainly the demands and necessities of such population, i.e., women who make sex with women. The present paper aims to fill a gap in the national and international literature concerning prevalences and factors related to STI. The aim of this research is to design the sociodemographic, behavioral and clinical profile of WSW, the changes in vaginal microbiota and of precursor factors associated to bacterial vaginosis, STI and HPV. It is a cross sectional and analytical study covering, in a comprehensive way, the access to health services and sexual and reproductive health of WSW. It was a non-randomized study with 100 WSW from Botucatu - SP and surrounding regions who answered the call from social media, mass communication means, health services and friends or acquaintances from January to November, 2015. The independent variables studied were sociodemographic, substance consumption, behavior and sexual practices, clinical-gynecological examination and complaints and the outcome variables were STI, HPV, BV. Data was obtained by the researchers involved in the main study, through interviews, gynecological exams and blood tests to diagnose HIV, syphilis and hepatitis B. Vaginal samples were collected for gram staining to diagnose changes in vaginal microbiota; cervical sample collection to investigate Chlamydia Trachomatis and HPV through PCR and oncotic cytology to screen pre-neoplastic lesions Trichomonas. Descriptive statistics was used for data analysis and associations were estimated by multiple regression. In order to know the variable which influenced the occurrence of genital infections, adjustments were made in multiple regression models. The most frequent findings were among WSW within the age range 20 to 49 years-old (79.0%), white (74.0%), single (60.0%); with more than 8 years of conventional education (93.0%), in the job market (75.0%), who had unprotected sex (85.5%) and those who had sex after alcohol consumption (63.0%). Total prevalence of STI was 35%, being HPV the most prevalent (32.6%), with the most frequent genotype being 56 and 84, followed by chlamydia infection (3.3%), HIV infection (2.0%), T. V. (1.1%) and syphilis (1.0%). Neisseria Gonorrhoeae and Hepatitis B were not found. Almost half of the women (47.5%) presented changes in the vaginal microbiota, more frequently VB (36.2%) followed by flora II (8.5%) and candidiasis (4.2%). The prevalence of low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) was 2.3%. The factors associated to STI were: to be single, [OR=3.76 (CI:95%: 1.14–12.43); p=0.030], use of sex toys [OR=3.87(CI:95%: 1.14–13.16); p=0.030], and number of male partners in the previous year [OR=7.99 (CI:95%: 1.51–42.44); p=0.015]. As to HPV infection the only variable independently associated was to be single [OR=4.84 (CI: 95%: 1.49–15.71),

p=0.009]. The associations found for VB outcome were positive whiff test [OR=14.00 (CI: 95%: 2.76-71.14), p=0.001] and vaginal pH > 4.5 [OR=9.90(CI: 95%:1.57-62.33), p=0.015]. Considered as whole, these data lead to conclusion that the individuals of this study presented high vulnerability to STI/AIDS, as shown by the high prevalence of some infections and changes in the vaginal microbiota. This study clearly shows the need for a specific health assistance to these women, focusing their sexual and reproductive life, thus promoting prevention and education in a holistic approach. Based on these findings, an educational E-book was written bringing information on STI, prevention specific for WSW, hygiene care, sexual and reproductive rights and the importance of periodical gynecological examinations, which will allow for early diagnosis and treatment of STI. It can be accessed at the link:

<http://www.hcfmb.unesp.br/pesquisas/informacoespaciente/>

Keywords: Female homosexuality; Sexually transmitted diseases; Sexual and reproductive health.

APRESENTAÇÃO

A motivação para realização do presente trabalho surgiu do grande interesse pessoal pela área de Saúde da Mulher que tenho desde o período de Graduação. A prática profissional como enfermeira na Atenção Básica, realizando atividades assistenciais e gerenciais nessa área, também contribuiu para um maior interesse em me aprofundar na temática Saúde da Mulher.

A escolha em trabalhar com um público específico como o de mulheres que fazem sexo com mulheres surgiu após levantamento bibliográfico intenso e constatação de poucas pesquisas voltadas ao público em questão. Dessa maneira, foi possível notar a necessidade de estudos que apontassem as condições sociodemográficas, comportamentais e clínicas dessa população para uma prática em saúde fomentada por resultados científicos, que imprimissem maior qualidade no cuidado dessa população. Assim, a minha própria prática profissional na área de Saúde da Mulher será aprimorada, bem como o conhecimento produzido por essa investigação será de importante relevância para a área da saúde. Dessa maneira, promoverá uma atenção em saúde de maior qualidade a essa população, que ainda encontra-se distante do cuidado. Esse conhecimento também poderá ser fomento para novas estratégias em saúde que alcancem esse público, garantindo assim, acesso à saúde de maneira integral, individualizada e com equidade.

1INTRODUÇÃO

A presente investigação tem como foco a saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), especificamente o conhecimento da prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST), alterações da microbiota vaginal e lesões precursoras do câncer de colo uterino dessa população no município de Botucatu-SP e microrregião.

A atenção à saúde da mulher na década de 1970 era focada no pré-natal, no parto e no puerpério^(1,2). Em 1983 perante a mobilização intensa do movimento feminista, juntamente com o Ministério da Saúde (MS), se consolidou a proposta do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)^(1,3). O programa oferecia além da tradicional assistência materno-infantil o tratamento e prevenção de IST, prevenção do câncer de colo uterino e de mama, planejamento familiar, assistência às mulheres nas diversas fases do ciclo da vida e educação em saúde, com as ações integradas a cada visita da mulher ao serviço de saúde⁽³⁾. O PAISM representou o início do reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, antes mesmo da dimensão desta expressão ganhar força⁽¹⁾.

Para as mulheres com práticas homossexuais a política de saúde sexual e reprodutiva manteve-se invisível por muito mais tempo⁽⁴⁾. As lésbicas, enquanto houve essa conquista, estavam em articulações com grupos de autoestima, denúncias e ação política, devido a preconceitos e violências a elas dirigidos⁽⁵⁾.

Em 2004, o governo brasileiro criou a Política Nacional de Atenção à Mulher, que contemplou, em seu plano de ação, os grupos historicamente excluídos, como as lésbicas⁽⁶⁾. Porém, em 2005, no documento publicado pelo MS “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: Uma Prioridade do Governo” ainda não se abordava esses direitos à população homossexual⁽⁷⁾.

No ano de 2006, foi divulgado pelo Ministério da Saúde (MS) o livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais “Chegou a hora de cuidar da saúde”, com orientações sobre cuidados à saúde da mulher, sexualidade e legislação⁽⁸⁾.

Na I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) ocorrida em 2008, em Brasília foi aprovado o documento que formaliza as principais exigências para esse grupo⁽⁵⁾. Assim, em 2009, o MS lançou o Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva que descreve os fatores determinantes e condicionantes de saúde e os requisitos para assistência, prevenção e promoção à saúde dessa população⁽⁹⁾.

A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT⁽¹⁰⁾, estabelecida na portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011, tem por objetivos, dentre outros, instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, território e outras congêneres; ampliar o acesso de LGBT à saúde; qualificar a informação sobre características específicas dessa população; oferecer promoção, prevenção, atenção e cuidados em saúde, bem como, assistência integral no âmbito das IST, com ênfase ao HIV/aids e hepatites virais e garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT, no âmbito do SUS.

Na mesma portaria, o artigo terceiro, referente ao processo das ações em saúde, destaca a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT⁽¹¹⁾.

Em setembro de 2015, foi lançada campanha nacional pelo Ministério da Saúde sobre a atenção à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Esta campanha é uma etapa da “Política de Equidade. Para Tratar Bem De Todos”, e tem como objetivo analisar o acesso dessas ao SUS⁽¹²⁾.

1.1 Infecções sexualmente transmissíveis e alterações da microbiota vaginal

As IST estão entre as cinco principais causas de procura aos serviços de saúde no mundo⁽¹³⁾. Sabe-se que as IST em alguns casos são de difícil detecção, por causarem poucos sintomas e, em algumas situações, até cursarem assintomáticas⁽¹⁴⁾. Note-se, ainda, que o problema é agravado pela ocorrência de indivíduos que foram submetidos a tratamentos inadequados, resultando em resistência bacteriana, manutenção da transmissão e, também, pela falta de orientações prestadas ao paciente no momento da consulta, que podem impedir que os parceiros sejam devidamente tratados⁽¹⁴⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um milhão de pessoas adquire por dia uma IST, no mundo⁽¹⁵⁾. Atualmente, cerca de 357 milhões de pessoas infectam-se por uma ou mais IST: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, sífilis ou tricomoníase⁽¹⁵⁾. Mais de 290 milhões de mulheres estão infectadas pelo papiloma vírus humano (HPV)⁽¹⁵⁾ e, aproximadamente, 36 milhões de pessoas no mundo estão infectadas pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV)⁽¹⁶⁾.

No continente americano, estima-se que ocorram por ano 125,7 milhões de novos casos de DST, sendo 26,4 milhões de *C. trachomatis*, 11 milhões de *N. gonorrhoeae*, 2,8 milhões de sífilis e 85,4 milhões de infecção pelo *Trichomonas vaginalis*⁽¹⁷⁾.

No Brasil, ao final de 2014, 781 mil pessoas viviam com HIV/aids e foram notificados 93.260 novos casos entre 2007 a junho de 2015⁽¹⁸⁾. A OMS estima que existam 10 a 12 milhões casos novos de IST por ano no país⁽¹⁵⁾. As prevalências de IST encontradas em estudo realizado em 2005, em seis capitais brasileiras, com população que procurou atendimento em clínica especializada, foram de 3,4% e 3,3% para sífilis, 3,3% e 18,5% para gonorréia, 7,3% e 13,1% para *C. trachomatis*, 0,6% e 1,7% para HIV e 44,7% e 32,6% para HPV, em homens e mulheres, respectivamente⁽¹⁹⁾.

O número de casos de hepatite B no Brasil, em 2012, chegou a aproximadamente 10.500. Entre 2004 a 2012 foram notificados 3.600 novos casos, sendo a maioria deles nas regiões Sudeste e Sul. Em relação ao sexo, a maior parte dos casos foi notificada em mulheres. A hepatite B apresenta transmissão tanto sexual quanto sanguínea e 5,5% dos casos notificados em 2010 estavam ligados ao HIV⁽²⁰⁾.

As IST levam a sérias consequências como a transmissão vertical, morte neonatal e parto prematuro. A sífilis na gestação provoca, por ano, no mundo, cerca de 305 mil mortes neonatais e 215 mil crianças com risco aumentado de morte por prematuridade, baixo peso ao nascer e outras doenças congênitas⁽²¹⁾.

A infecção do trato genital inferior pelo HPV é considerada, atualmente, o fator mais importante na gênese de neoplasia. Sequências virais são encontradas em mais de 99,0% dos cânceres cervicais em todo o mundo, com a presença do tipo 16 em 50,0% e dos tipos 18, 31, e 45 em 30,0% dos casos. A infecção por HPV de alto risco parece ser necessária para o desenvolvimento do câncer de colo do útero, porém, não suficiente, uma vez que a grande maioria de mulheres infectadas não desenvolve a doença. Dessa forma, surge a temática envolvendo cofatores que incluem tanto os vírus específicos, quanto os fatores relativos à imunidade dos hospedeiros⁽²²⁾. O câncer de colo de útero induzido pelo HPV provoca, no mundo, aproximadamente, 266 mil mortes/ano⁽²³⁾.

Na hepatite B, aproximadamente, 90% dos adultos infectados apresentam cura. Os demais, em que a reação inflamatória do fígado ultrapassa o período de seis meses, a hepatite torna-se crônica. Desses, uma parcela, após anos de evolução, podem apresentar cirrose, com surgimento de icterícia, edema, ascite, varizes de esôfago e alterações hematológicas. Outros casos podem evoluir para hepatocarcinoma sem passar pelo estágio de cirrose⁽²⁴⁾

As IST e alterações da flora vaginal têm sido relacionadas à maior susceptibilidade à infecção e à transmissão do HIV⁽²³⁻²⁹⁾. Assumem o papel de cofator na transmissão e aquisição de HIV tanto nas doenças com caráter ulcerativo, quanto nas não ulcerativas⁽²⁶⁾.

Para corroborar a afirmativa acima, nota-se que a ausência de infecção do trato genital e a microbiota vaginal em equilíbrio promovem proteção contra patógenos que possam infectar a região genital feminina^(30,31).

A flora vaginal normal tem sido destacada na literatura como importante fator protetor contra patógenos genitais. Os lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio promovem tal proteção, já que possuem papel fundamental no ecossistema vaginal: toxicidade a vários microrganismos patogênicos, efeito antimicrobiano produzido pelo ácido láctico, acidez vaginal, defensinas e citocinas endógenas^(30,31). Dessa maneira, o hospedeiro fica com suas defesas comprometidas quando sua flora vaginal apresenta-se alterada. Rotsein et al.⁽³²⁾ mostraram que a sialidase e outros glicosídeos encontrados em níveis aumentados no fluido vaginal de mulheres com vaginose bacteriana (VB) promovem a diminuição da viscosidade do fluido vaginal, podendo alterar a integridade da mucosa e, assim, facilitar a aquisição de patógenos.

Dentre as alterações da flora vaginal, destacam-se a VB, entidade representada por uma complexa mudança na microbiota vaginal, caracterizada por uma redução na prevalência e concentração de lactobacilos, especialmente, daqueles produtores de peróxido de hidrogênio e um crescimento demasiado de microrganismos anaeróbios ou anaeróbios facultativos, como *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp.*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Prevotella sp.*, *Porphyromonas spp.*, *Bacteróides sp.* e *Peptostreptococcus spp.*⁽³¹⁾.

A VB, causa mais comum de conteúdo vaginal anormal em mulheres em idade fértil^(33,34), é o distúrbio vaginal mais prevalente em mulheres no mundo. A prevalência varia de acordo com presença ou não de gravidez, etnia, fatores socioeconômicos, região do mundo, mesmo quando protocolo equivalente é utilizado para sua avaliação⁽³⁵⁾.

A prevalência de VB nos Estados Unidos, estimada pelo National Health and Nutrition Examination Survey, para mulheres entre 14 e 49 anos, foi de 29%, variando de acordo com idade, raça, educação e condições socioeconômicas⁽³⁵⁾.

No Brasil, estudos realizados com intuito de conhecer as características da microbiota vaginal de mulheres em idade fértil apontaram prevalências de VB entre 20% e 41%⁽³⁶⁻³⁸⁾. Estudo recente realizado no interior do Estado de São Paulo com mulheres em idade fértil, que buscaram atendimento de rotina em unidades básicas de saúde, demonstrou prevalência de VB de 30,1%⁽³⁹⁾.

A importância da VB se dá não somente pela sua grande prevalência nas diferentes populações, mas, também, pelas complicações obstétricas e ginecológicas associadas, incluindo doença inflamatória pélvica⁽⁴⁰⁾ e o aumento na aquisição de IST como cervicites por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*⁽⁴¹⁾, além de infecção por *T.vaginalis*⁽⁴²⁾ e HIV^(43,44). Estudos já confirmaram a relação da VB diagnosticada durante a gestação e ocorrência de corioamnionite^(45,46), infecção intra-amniótica⁽⁴⁰⁾, parto pré-termo⁽⁴⁵⁾ com e sem rotura prematura de membranas⁽⁴⁷⁾ e baixo peso ao nascimento^(40,47).

Esforços estão sendo feitos para que se obtenha redução dos altos índices de IST no Brasil e no mundo^(25,48). Estão entre as estratégias globais estão o diagnóstico e tratamento de pacientes assintomáticos, busca dos parceiros sexuais com tratamento dos mesmos e abordagem sindrômica para os sintomáticos⁽²⁵⁾.

Entre as ações estratégicas brasileiras, podem ser citadas a campanha “Fique Sabendo”, que visa diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, distribuição de preservativos,

focalização na população gay, promoção de maior qualidade de vida para as pessoas que vivem com HIV⁽⁴⁸⁾ e a vacinação de meninas contra o HPV, como estratégia complementar de prevenção do câncer de colo uterino, associada à citologia oncológica⁽⁴⁹⁾.

1.2 Infecções sexualmente transmissíveis, alterações da microbiota vaginal e lesões precursoras do câncer de colo uterino em mulheres que fazem sexo com mulheres

A transmissão de IST entre MSM é pouco conhecida. Estudos realizados com mulheres homossexuais apontaram que a maioria delas sabia da existência de IST, porém acreditava que estavam ligadas diretamente ao contato sexual masculino, colocando o relacionamento sexual entre mulheres como fator de proteção⁽⁵⁰⁻⁵²⁾. Em contrapartida, a ocorrência de IST e VB nessa população é relatada e relacionada ao baixo uso de métodos preventivos em suas práticas sexuais⁽⁵²⁾. Ainda, observou-se que a maioria dessas mulheres nunca fez testes sorológicos para o HIV, hepatite B e sífilis, sendo que algumas só os fizeram ao doar sangue⁽⁵¹⁾.

A prevalência de IST especificamente em MSM ainda é pouco estudada⁽⁵²⁾. As pesquisas existentes apontam a transmissão de herpes genital, HPV e tricomoníase entre essa população^(52,53). Gonorréia e Clamídia são mais raras e, frequentemente, associadas a mulheres com histórico de parcerias heterossexuais⁽⁵⁴⁾.

Estudo realizado na Inglaterra com MSM apontou prevalência de 1,6% de úlceras genitais, 1,3% de tricomoníase, 1,1% de herpes genital, 0,6% e 0,3% de cervicite clamidiana e por *N. gonorrhoeae*, respectivamente⁽⁵⁴⁾. A maioria dos casos tinha histórico de parcerias masculinas em algum momento da vida⁽⁵⁴⁾. Outro estudo, também realizado com MSM, conduzido nos Estados Unidos, em 2011, obteve prevalência de HPV de 30%, predominando os genótipos 6 (42%) e 16 (26%)⁽⁵³⁾.

Estudo nacional realizado em ambulatório especializado apresentou prevalência de 0,7% de sífilis, 3,8% de tricomoníase, 1,8% de cervicite clamidiana, 6,2% de HPV, 7% de hepatite B e 2,9% de infecção pelo HIV⁽⁵⁵⁾.

A transmissão do HIV entre MSM é rara e está normalmente associada a mulheres que fizeram uso de drogas injetáveis e tiveram histórico de relação heterossexual anterior. Porém, foi relatado recentemente caso de transmissão homossexual em parcerias sorodiscordantes⁽⁵⁶⁾.

Em estudo realizado nos Estados Unidos, em 2011, foi encontrada prevalência de 4% de lesões pré-neoplásicas cervicais entre MSM, não mencionando qual tipo de alteração celular. No Brasil, em 2005, estudo em ambulatório especializado apontou prevalência de 7,7% de alterações citológicas do colo uterino entre MSM^(53,55).

A prevalência de VB relatada entre as MSM em estudos internacionais^(53,54) variou de 26,0% a 31,4%, sendo que desse total, 31,8% eram assintomáticas, 34,6% relataram corrimento vaginal e as demais apresentavam algum desconforto ou irritação vaginal. Algumas mulheres apresentavam coinfeção com cândida^(53,54).

No Brasil, em 2005, observou-se prevalência de 33,8% de VB e 25,6% de candidíase vaginal em MSM⁽⁵⁵⁾.

A prática penetrativa de objetos sexuais, vibradores e até mesmo dos dedos é frequente entre esse público e pouca utilização de preservativos é relatada, bem como a falta de higienização das mãos e objetos durante o ato sexual^(52,57). Dessa maneira fica evidente a possibilidade de transmissão de IST entre essas mulheres^(52,56).

Segundo a literatura, são fatores associados às IST em MSM: o tabagismo^(53,54), o número de parcerias sexuais⁽⁵³⁾, a falta de uso de preservativo e a prática penetrativa de objetos sexuais⁽⁵²⁻⁵⁵⁾.

Quanto aos fatores associados à VB, foram encontrados nesse grupo populacional: o tabagismo^(53,54,58), número de parcerias sexuais na vida e atual^(54,58), compartilhamento de objetos sexuais sem adequada limpeza⁽⁵⁸⁾, penetração digital⁽⁵⁴⁾, contato sexual oroanal, penetração anal⁽⁵⁸⁾ e realização de ducha vaginal⁽⁵⁸⁾. Os fatores sociodemográficos não foram significativos para VB em nenhum dos estudos pesquisados^(53,58).

Apresenta-se abaixo quadro síntese que contempla os principais estudos que abordaram prevalência e fatores associados de IST, alterações da microbiota vaginal e de lesões precursoras do câncer de colo uterino entre MSM (Quadro1).

Quadro 1. Estudos de prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e/ou alterações da microbiota vaginal e/ou lesões precursoras do câncer de colo uterino e fatores associados em mulheres que fazem sexo com mulheres

| Autores e Ano | Título | Local | População | Tipo de estudo | Método diagnóstico | Resultados |
|--------------------------------|--|------------|-----------|----------------|--|---|
| Robertson P, Schachter J. 1981 | Failure to identify venereal disease in lesbian population | EUA | 148 MSM | Transversal | Citologia Oncótica: alterações celulares Cultura: Chlamydia trachomatis e infecção por Herpes vírus | Casos negativos entre MSM |
| Marrazzo JM, et al. 2002 | Characterization of Vaginal Flora and Bacterial Vaginosis in Women Who Have Sex with Women | EUA | 326 MSM | Transversal | Cultura: Mycoplasma Gram: Alterações da microbiota vaginal | 11% Mycoplasma 64% Flora I 11% Flora II 25% VB |
| Bailey JV, et al. 2004 | Sexually transmitted Infections Among Women Who Have Sex With Women | Inglaterra | 708 MSM | Transversal | Cultura: Neisseria gonorrhoeae e Herpes vírus Elisa: Chlamydia trachomatis Wet Mount: Trichomonas vaginalis Gram: Candidíase Critério de Amsel: VB VDRL e TPHA: Sífilis | 31,4% VB 18,4% Candidíase 1,6% Lesões genitais 1,1% Herpes genital 1,6% Trichomonas vaginalis 0,3% Neisseria gonorrhoeae 0,6% Chlamydia trachomatis 0% Sífilis |
| Bailey JV, et al. 2004 | Bacterial Vaginosis in Lesbians and Bisexual Women | Inglaterra | 708 MSM | Transversal | Critérios de Amsel: VB | 31.4% VB |
| Pinto VM, et al. 2005 | Sexually transmitted disease/HIV risk behavior among women who have sex with | Brasil | 145 MSM | Transversal | Citologia oncótica: Alterações celulares Gram: Alterações microbiota vaginal | 3,8% Trichomonas vaginalis 33.8% VB 25,6% candidiase |

| | | | | | | |
|-----------------------|---|-----|--------------------------|------------------|---|--|
| | women | | | | <p>Elisa: Chlamydia trachomatis; Neisseriagonorrhoeae; HIV; Hepatite B; Hepatite C</p> <p>Critérios Amsel: VB</p> <p>Hemoaglutinação: Sífilis</p> | <p>1,8% Chlamydia trachomatis</p> <p>7% hepatite B</p> <p>2,1% hepatite C</p> <p>7,7% Citologia alterada</p> <p>6,2% HPV</p> <p>2,9% HIV</p> <p>0,7% Sífilis</p> |
| MuznyCA, et al. 2011 | Sexually Transmitted Infections and Risk Behaviors Among African American Women Who Have Sex With Women: Does Sex With Men Make a Difference? | EUA | 196MSM | Transversal | <p>Cultura: Trichomonas vaginalis</p> <p>PCR: Chlamydia trachomatis; Neisseria gonorrhoeae</p> <p>Ensaio imunoenzimatico e Western Blot:HIV</p> <p>Hemoaglutinação: Sífilis</p> | <p>15,3% Trichomonas vaginalis</p> <p>2,7% Neisseria gonorrhoeae</p> <p>13,5% Chlamydia trachomatis</p> <p>1,8% HIV</p> <p>3,6% Sífilis</p> |
| ChanSK, et al. 2012 | Likely Female-to-Female Sexual Transmission of HIV - Texas, 2012 | EUA | 2 MSM | Estudo de caso | Elisa: HIV | Relata 1 caso de transmissão sexual de HIV em casal MSM |
| MuznyCA, et al. 2012 | Genotypic Characterization of <i>Trichomonas vaginalis</i> Isolates Among Women Who Have Sex With Women in Sexual Partnerships | EUA | 196 MSM | Transversal | <p>Cultura: Trichomonas vaginalis</p> <p>PCR (rapd): se positividade, para confirmação</p> | <p>15,3% Trichomonas vaginalis</p> <p>1,5% eram casais infectados</p> |
| MassadLS, et al. 2014 | Abnormal Pap tests and human papillomavirus infections among HIV infected and uninfected | EUA | 3766MSM/MSH na razão 1:5 | Estudo de Coorte | <p>Citologia Oncótica: alterações celulares</p> <p>PCR: HPV</p> | <p>Alteração PCG:</p> <p>21% HIV+ MSM</p> <p>9% HIV – MSM</p> |

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|
| | women who have sex with women | | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|

A escassez de estudos sobre a magnitude das IST, de alterações da microbiota vaginal e de lesões precursoras do câncer de colo uterino e seus fatores associados entre MSM, justifica a presente investigação. Esta visa responder as seguintes questões: Qual é a prevalência de IST, de alterações da microbiota vaginal e de lesões precursoras do câncer de colo uterino entre MSM? Quais são os fatores associados a esses agravos entre as MSM?

A finalidade do presente estudo é de que o alcance dos objetivos propostos possa subsidiar tecnologia educativa voltada à temática e ao público alvo desta investigação.

2 OBJETIVOS

Os objetivos do presente estudo foram:

- Traçar o perfil sociodemográfico, comportamental e clínico de MSM;
- Estimar a prevalência de sífilis, gonorréia, tricomoníase, hepatite B e infecção
Pela *Chlamydia trachomatis*, HPV e HIV em MSM;
- Identificar genótipos de HPV mais prevalentes nas MSM;
- Estimar a prevalência de alterações da microbiota vaginal em MSM;
- Estimar a prevalência de lesões precursoras do câncer de colo do útero em
MSM;
- Identificar fatores associados à VB, IST e HPV em MSM.

3 MÉTODO

3.1 Desenho e Campo do Estudo

Trata-se de estudo transversal e analítico que compõe estudo mais amplo “Acesso a Serviços de Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que fazem Sexo com Mulheres”⁽⁵⁹⁾. Foi desenvolvido no Município de Botucatu-SP, localizado no centro do Estado, com população estimada em 2015 de 139.483 mil habitantes⁽⁶⁰⁾. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2013 era estimado uma população de 52.500 mulheres com 18 anos e mais de idade⁽⁶¹⁾.

A atenção primária à saúde no município é composta por 19 unidades de saúde, sendo cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais duas são unidades escola vinculadas à Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, 11 Unidades de Saúde da Família (USF), com 14 equipes de saúde da família, uma equipe de Programa de Agentes Comunitários à Saúde (PACS) vinculada a uma UBS e três Policlínicas. Todas recebem profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O Espaço Saúde “Profª. Dra. Cecília Magaldi” é composto por serviços como: NASF, Centro de Atenção Psicossocial Rede Viva (CAPS 1), Clínica do Bebê, Farmácia Municipal, acupuntura, homeopatia, especialidade de ginecologia, urologia e gastroenterologia e o Programa Municipal de DST/Aids.

3.2 População, amostra e critérios de inclusão no Estudo

A população-alvo do estudo foi constituída por mulheres que declararam fazer sexo com mulheres ou com mulheres e com homens, acima de 18 anos, residentes em Botucatu-SP e microrregião que compreende os municípios que constituem o Polo Cuesta (Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel e Torre de Pedra) e o Vale do Jurumirim (Águas

de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itai, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba e Tejupá).

A composição do grupo de estudo se deu mediante divulgação da pesquisa nas redes de sociabilidade como bares e boates em Botucatu e microrregião, ativismo – grupo Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT), virtual, em página no facebook; no rádio e televisão; nos serviços de saúde, por meio dos agentes estratégicos de saúde do programa Municipal DST/aids e por convite de participantes às pessoas de seu convívio.

A amostra intencional e não randomizada incluiu 100 MSM que atenderam ao chamado para participar do projeto no período de janeiro a novembro de 2015 e que obedeceram aos critérios de inclusão estabelecidos: ter idade igual ou superior a 18 anos, ter iniciado atividade sexual e ter condições físicas e mentais para a realização do exame ginecológico e da entrevista.

Especificamente, para a análise da microbiota vaginal, preservando condições ideais para estudo, foram excluídas seis mulheres que estavam no período pós-menopausa.

3.3 Variáveis em Estudo

3.3.1 Variáveis independentes

Variáveis Sociodemográficas

- Idade (anos);
- Raça/cor (Cor da pele branca/ Cor da pele não branca);
- Estado civil (Casada/união estável ou Não Casada/sem união estável);
- Escolaridade (Número de anos de estudo concluído);
- Atividade remunerada (sim/não);

Variáveis independentes relacionadas ao consumo de substâncias

-Uso de drogas ilícitas (sim/não);

-Tabagista (sim/não);

Variáveis independentes relativas ao comportamento e práticas sexuais

-Idade da Coitarca (anos);

-Histórico de relação sexual com homens na vida (sim/não);

-Histórico de relação sexual com homens no último ano (sim/não);

-Histórico de relação sexual com homens nos últimos 6 meses (sim/não);

-Número de homens com quem se relacionou sexualmente na vida;

-Número de mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida;

- Número de homens com quem se relacionou sexualmente no último ano;

-Número de mulheres com quem se relacionou sexualmente no último ano;

-Número de mulheres com quem se relacionou sexualmente nos últimos 3 meses;

-Histórico de parceria eventual na vida (sim/não);

-Histórico de parceria eventual no último ano (sim/não);

-Histórico de parceria eventual nos últimos 3 meses (sim/não);

-Parceria fixa no momento da entrevista (sim/não);

-Recebe penetração vaginal por homens ou mulheres (sim/não);

-Recebe penetração anal por homens ou mulheres (sim/não);

-Recebe sexo oral por homens ou mulheres (sim/não);

-Uso de acessórios (sim/não);

-Relação sexual durante a menstruação (sim/não);

-Relação sexual após uso de drogas ilícitas (sim/não);

-Relação sexual após uso de álcool (sim/não);

-Uso de preservativo em todas as relações sexuais vaginais (sim/não);

-Sofreu abuso sexual (sim/não);

-Realiza ducha vaginal (sim/não);

Variáveis independentes relativas aos antecedentes ginecológicos

-História prévia de IST(sim/não);

-Menacme (sim /não);

-Menopausa (sim/não);

Variáveis independentes relativas às queixas ginecológicas

-Referiu queixa ginecológica (sim/não);

-Corrimento vaginal (sim/não);

-Mau odor genital (sim/não);

-Prurido genital (sim/não);

-Ardência genital (sim/não);

-Dor em baixo ventre (sim/não);

-Dispareunia (sim/não);

Variáveis independentes relativas ao exame ginecológico

-Inspeção vulvar sem alterações (sim/não);

-Conteúdo vaginal presente (sim/não);

-*Whiff test* positivo (sim/não);

-pH < 4,5(sim/não) e

-JEC fora do orifício do colo uterino(sim/não).

3.3.2 Desfechos estudados

- Positividade para IST (Sim/Não);

- Positividade para HPV (Sim/Não) e

- Positividade para VB (sim/não).

No estudo dos fatores associados à VB as variáveis positividade para HPV e para *C. Trachomatis* foram empregadas como variáveis independentes, da mesma forma

empregou-se a variável positividade para VB no estudo dos fatores associados às IST e do HPV.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no Espaço Saúde “Cecília Magaldi”, local onde funciona o Programa Municipal de DST/Aids, escolhido para não expor as mulheres nas unidades de saúde, uma vez que parte delas não quer divulgar sua orientação sexual.

Os dados foram obtidos por entrevista, realização de exame ginecológico e coleta de sangue periférico pelas pesquisadoras envolvidas no projeto “Acesso a Serviços de Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que fazem Sexo com Mulheres”⁽⁵⁹⁾.

A entrevista foi apoiada em um instrumento, que contém questões abertas e fechadas, em anexo (Apêndice 1), realizada em ambiente que garantiu privacidade e conforto das mulheres e durou em média 40 minutos. O instrumento foi validado por profissionais especialistas na área, inclusive por uma profissional de saúde que faz sexo com mulheres, bem como foi realizado um piloto em que a paciente envolvida não integrou a amostra dessa investigação.

As sorologias de HIV, sífilis e hepatite B foram realizadas pelo Laboratório Clínico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e Laboratório de Sorologia do Hemocentro de Botucatu/ Departamento de Hematologia e Hemoterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu. As amostras sanguíneas foram transportadas até os referidos laboratórios em caixas térmicas mantendo-se a temperatura de 2°C a 8°C.

Para avaliação das alterações da microbiota vaginal, IST e lesões precursoras e/ou neoplásicas do colo do útero, foi realizado exame ginecológico, também, pelas pesquisadoras, com coleta de conteúdo vaginal e secreção cervical para exames laboratoriais. O exame ginecológico e coleta das amostras biológicas foram realizados respeitando-se as seguintes

condições: abstinência sexual ou de procedimentos vaginais (toque digital, ultrassonografia transvaginal) de no mínimo 72 horas, término da menstruação há pelo menos cinco dias e ausência de uso de antibióticos nos 30 dias que antecederam a coleta de dados.

O exame ginecológico envolveu os seguintes procedimentos:

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

As lâminas para coloração pelo método de Gram foram secas ao ar e armazenadas em temperatura ambiente e as de citologia oncótica em álcool 95%. As amostras de secreção cervical para pesquisa de *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* e HPV foram mantidas a -20°C até o seu processamento.

As amostras do conteúdo vaginal para diagnóstico da microbiota vaginal, bem como a secreção cervical para pesquisa de *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, e de HPV, foram encaminhadas para o Laboratório de Imunopatologia da Relação Materno-Fetal e os esfregaços cérvico-vaginais para o exame citológico convencional e pesquisa para *Trichomonas vaginalis* foram encaminhados para o laboratório de Citologia, ambos do Departamento de Patologia da FMB-UNESP.

3.5 Diagnóstico Laboratorial da Microbiota Vaginal

3.5.1 Flora I

A normalidade da microbiota vaginal foi diagnosticada pela observação de predomínio de *Lactobacillus* ao exame microscópico do conteúdo vaginal, corado pelo método de Gram, na ausência ou na presença de raros leucócitos e na ausência de elementos micóticos e de *T.vaginalis*.

3.5.2 Candidose vaginal

A candidose vaginal foi diagnosticada pela visualização de blastoconídeos e/ou pseudo-hifas ao exame microscópico do conteúdo vaginal no esfregaço corado pelo método de Gram.

3.5.3 Vaginose bacteriana

O diagnóstico da vaginose bacteriana foi realizado pelos critérios estabelecidos por Nugent et al.⁽⁶²⁾, baseado na morfologia e coloração dos microrganismos observados e suas respectivas quantidades.

3.5.4 Flora II

Foram consideradas portadoras dessa alteração da microbiota as mulheres cujo exame microscópico do conteúdo vaginal, corado pelo método de Gram, evidenciou redução da quantidade de bacilos de Doderlein menor ou igual a 1+/4+ e um misto de morfotipos bacterianos e ausência de agente etiológico específico⁽⁶²⁾.

3.6 Diagnóstico Laboratorial das IST

3.6.1 Pesquisa e genotipagem de HPV

As secreções cervicais foram acondicionadas em tubo Falcon de 15 mL com 1000 µL da solução de Tris-HCl 50mM pH 8,5 / EDTA 1mM pH 8,0 e armazenadas a -20°C até o momento do processamento. Foram obtidos DNA de todas as amostras utilizando o kit de

extração de DNA *Ampli Lute Liquid Media Extraction* (Roche Molecular Systems, Inc.). A genotipagem de HPV foi realizada empregando o kit *Linear Array HPV genotyping tests* (Roche Molecular Systems, Inc.). Todas as amostras foram processadas conforme as instruções do fabricante. Esta metodologia baseia-se na amplificação de fragmento do DNA do vírus, utilizando os iniciadores PGMY09/11, que flanqueiam uma região do gene L1 do HPV. Após a amplificação do DNA do HPV foi realizada a genotipagem pelo método de hibridização com sondas oligonucleotídicas do kit *Linear Array HPV genotyping* (Roche Molecular Systems, Inc.). Este método baseia-se na hibridização do produto amplificado com sondas específicas para 37 tipos de HPV que se encontram imobilizadas em uma tira de genotipagem. Em seguida, a detecção foi feita por reação colorimétrica para identificação do tipo de HPV presente em cada amostra. Trata-se de um método bastante eficaz para identificação de infecções múltiplas, ou seja, para detecção de diferentes tipos de HPV em uma única amostra.

3.6.2 Pesquisa de *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*

Para pesquisa de *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* a extração do DNA foi idêntica à descrita para o HPV. Nas reações de PCR, foram utilizados tubos de microcentrífuga de 0,5 mL (Axigen) em volume total de 25 μ L de *mastermix*. Esse *máster* foi composto de PCR *buffer* 10X (Invitrogen); 2mM de $MgCl_2$, 0,8 mM de DNTP *mix*; 1 U de Taq DNA polimerase; 0,5mM de cada *primer*; 14 μ L de água Milli-Q autoclavada (Milli Q Plus, Milipore) e 2 μ L da amostra de DNA. A incubação foi realizada em termociclador Mastercycle (Eppendorf) empregando-se os parâmetros de 95°C durante 1 minuto para desnaturação, 55°C durante 1 minuto para anelamento dos *primers* e 72°C por 1 minuto e 30 segundos para extensão, seguidos de mais 39 ciclos idênticos ao descrito. Em todas as reações realizadas, foi utilizado um controle negativo, pela substituição do ácido nucléico por água Milli-Q autoclavada.

3.6.3 Pesquisa de sífilis

Para a pesquisa do *Treponema pallidum* foi realizado primeiramente o teste treponêmico¹ por ensaio imunológico por quimioluminescência, pelo equipamento Architect Abbott. Se amostra positiva foi realizado o teste não treponêmico VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) e teste treponêmico² por imunoensaio qualitativo in vitro de leitura visual (teste rápido), para confirmação diagnóstica, com a mesma amostra sanguínea. Foi considerada com sífilis a mulher que teve os dois treponêmicos positivos sem história de tratamento prévio adequado, registrado em prontuário ou checado em receita.

Tratamento adequado é aquele com indicação correta de doses dependentes do estágio da sífilis, com o intervalo respeitado entre as doses de penicilina benzatina⁽⁶³⁾.

3.6.4 Hepatite B

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

3.6.5 HIV

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

3.6.6 Pesquisa de *Trichomonas vaginalis* Citologia Oncótica

Para análise das amostras de citologia oncótica e *Trichomonas vaginalis* foi empregada a coloração de Papanicolaou e os resultados seguiram a classificação de Bethesda⁽⁶⁴⁾.

Ao serem observados organismos cianofílicos, ovais, redondos ou em formato de pêra, com diâmetro variando entre 15 a 30 μm , com núcleo pálido, vesicular e excentricamente localizado deu-se o diagnóstico de *Trichomonas vaginalis*.

3.7 Análise dos dados

Os dados foram codificados e digitados duplamente, por pessoas diferentes, em planilha no programa Excell[®].

A análise estatística foi executada em duas fases. Na primeira fase, foi ajustado um modelo de regressão logística múltipla para os desfechos positividade para IST, HPV e VB em função dos blocos de variáveis independentes: sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais, antecedentes ginecológicos, queixas ginecológicas, exames ginecológicos e diagnóstico. Em cada um dos modelos ajustados para a positividade de IST, HPV e VB foram selecionadas as variáveis estatisticamente mais associadas ($p < 0,20$) com cada desfecho. Na segunda fase, as variáveis selecionadas foram incluídas em um modelo de regressão logística múltipla final. Todos os modelos, independentemente da fase, foram ajustados a partir da estatística de teste Wald. Associações foram estatisticamente significativas se $p < 0,05$.

O estudo descritivo das variáveis categóricas foi realizado pela distribuição frequencial e das variáveis numéricas quantitativas por medidas de posição e variabilidade.

As análises foram realizadas com o software Statistical Package Social Science (SPSS for Windows versão 21.0).

3.8 Procedimentos Éticos

O projeto desta pesquisa foi submetido e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP e recebeu Parecer favorável (no. 820.717) em 06/10/2014, CAAE: 35667514.2.0000.5411.

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

Todas as mulheres que tiveram alterações da microbiota vaginal, IST e citologia oncológica alterada foram contatadas, orientadas e encaminhadas para o ambulatório de IST feminino do Espaço Saúde, para tratamento.

3.9 Financiamento

Este projeto teve apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo- FAPESP-PROCESSO 2015/14769-0.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

4.1.1 Características sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais

Dentre as 100 MSM incluídas no presente estudo, predominaram aquelas que se encontravam na faixa etária de 20 a 49 anos (79,0%), brancas (74,0%), não casadas ou sem união estável (60,0%), com alto nível de escolaridade, uma vez que 95,0% delas tinham mais de 8 anos de estudo e que estavam inseridas no mercado de trabalho (75,0%) (Tabela 1).

Considerando-se o consumo de substâncias, 18,0% das mulheres investigadas utilizavam uma ou mais drogas ilícitas (Tabela 1), sendo que 15,0% delas relataram uso de maconha, 6,0% de cocaína e 1,0% de *crack* (dados não mostrados em tabela). Quanto ao consumo de tabaco, 44,0% fizeram uso no último ano (Tabela 1).

No que se referiu à identidade de gênero, a maioria das mulheres identificava-se como mulher (84,0%), 13,0% como homem e 3,0% ainda não tinha se definido (dados não mostrados em tabela).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, relativo ao consumo de substâncias de mulheres que fazem sexo com mulheres (n=100). Botucatu, 2015

| Variáveis | N | % |
|-------------------------------|----|------|
| Sociodemográficas | | |
| Idade | | |
| ≤ 19 | 15 | 15,0 |
| 20 –29 | 43 | 43,0 |
| 30-39 | 25 | 25,0 |
| 40-49 | 11 | 11,0 |
| ≥ 50 | 06 | 6,0 |
| Cor da pele branca | 74 | 74,0 |
| Não Casada/sem união estável | 60 | 60,0 |
| Anos de estudo concluído | | |
| 4 –7 | 5 | 5,0 |
| 8 –11 | 60 | 60,0 |
| ≥ 12 anos | 35 | 35,0 |
| Tem atividade remunerada | 75 | 75,0 |
| Consumo de substâncias | | |
| Uso de drogas ilícitas | 18 | 18,0 |
| Tabagista | 44 | 44,0 |

A mediana de idade da coitarca das MSM foi de 16 anos (10-36)(dados não mostrados em tabela). A maioria (66,0%) delas tinha história de relacionamento sexual com homens durante a vida e apenas com mulheres no último ano (86,0%) (dados não mostrados em tabela). Quanto ao número de parcerias sexuais na vida, 35,0% das MSM estudadas referiram nunca ter se relacionado sexualmente com homens, 15,0% relataram parceria sexual com um homem e 29,0% entre 2 a 5 homens. O número de mulheres com quem essas MSM se relacionaram na vida, em sua maioria (40,0%) ficou entre 2 a 5 e no último ano 66,0% das mulheres estudadas referiram apenas uma parceira sexual. Quanto ao número de parcerias sexuais nos últimos 3 meses, 93,0% das MSM referiram não ter se relacionado com homens e 83,0% com apenas uma mulher (Tabela 2).

A maioria das mulheres (61,0%) relatou ter tido parceria eventual durante a vida, quase um terço (27,0%) referiu esta prática no último ano, porém 87 mulheres (87,0%) tinham parceria fixa no momento da entrevista (Tabela 2).

Quanto às práticas sexuais, a maioria das MSM recebia sexo oral (89,0%), penetração vaginal (78,0%) e, apenas, 16 (16,0%) penetração anal. Quase um terço (27,0%) delas relatou uso de acessórios nas práticas sexuais. Destaca-se a elevada taxa de relação sexual após consumo de álcool (63,0%) e de drogas ilícitas (13,0%) (Tabela 2).

Dentre as 91 MSM que relataram prática de sexo vaginal, a grande maioria (85,7%) não utilizava preservativo (Tabela 2). Com relação à prática sexual oral observou-se, também, que a maioria não utilizava preservativo (86/89), entretanto, com relação à prática anal, a maioria (11/16) referiu seu uso (dados não mostrados em tabela).

Tabela 2. Perfil relativo ao comportamento e práticas sexuais de mulheres que fazem sexo com mulheres (n=100). Botucatu, 2015

| Variáveis | N | % |
|--|----|------|
| Comportamento e práticas sexuais | | |
| Histórico de relação sexual com homens na vida | 66 | 66,0 |
| Histórico de relação sexual com homens no último ano | 14 | 14,0 |
| Histórico de relação sexual com homens nos últimos 6 meses | 9 | 9,0 |
| Nº. de homens com quem se relacionou sexualmente na vida | | |
| 0 | 35 | 35,0 |
| 1 | 15 | 15,0 |
| 2-5 | 29 | 29,0 |
| 6-10 | 21 | 21,0 |
| Nº. de mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida | | |
| 1 | 17 | 17,0 |
| 2-5 | 40 | 40,0 |
| 6-10 | 43 | 43,0 |
| Nº. de homens com quem se relacionou sexualmente no último ano | | |
| 0 | 86 | 86,0 |
| 1 | 07 | 7,0 |
| 2-5 | 06 | 6,0 |
| 6-10 | 01 | 1,0 |
| Nº. de mulheres com quem se relacionou sexualmente no último ano | | |
| 0 | 03 | 3,0 |
| 1 | 66 | 66,0 |
| 2-5 | 28 | 28,0 |
| 6-10 | 03 | 3,0 |
| Nº. de homens com quem se relacionou sexualmente nos últimos 3 meses | | |
| 0 | 93 | 93,0 |
| 1 | 06 | 6,0 |
| 2-5 | 0 | 0 |
| 6-10 | 01 | 1,0 |
| Nº. de mulheres com quem se relacionou sexualmente nos últimos 3 meses | | |
| 0 | 09 | 9,0 |
| 1 | 83 | 83,0 |
| 2-5 | 08 | 8,0 |
| 6-10 | 0 | 0 |
| Histórico de parceria eventual na vida | 61 | 61,0 |
| Histórico de parceria eventual no último ano | 27 | 27,0 |
| Histórico de parceria eventual nos últimos 3 meses | 18 | 18,0 |
| Parceria fixa no momento da entrevista | 87 | 87,0 |
| Recebe penetração vaginal | 78 | 78,0 |
| Recebe penetração anal | 16 | 16,0 |
| Recebe sexo oral | 89 | 89,0 |
| Usa de acessórios | 27 | 27,0 |
| Relação sexual durante a menstruação (n=98) | 17 | 17,0 |
| Relação sexual após uso de drogas | 13 | 13,0 |
| Relação sexual após uso de álcool | 63 | 63,0 |
| Uso de preservativo em todas as relações sexuais vaginais (n=91) | 13 | 14,2 |
| Sofreu abuso sexual | 11 | 11,0 |
| Realiza ducha vaginal | 14 | 14,0 |

4.1.2 Características clínico-ginecológicas

Com relação às características clínico-ginecológicas, 13,0% das MSM referiram já terem tido uma IST, 42,0% apresentaram ao menos uma queixa ginecológica, sendo que as mais prevalentes foram o corrimento vaginal (38,0%), dor em baixo ventre (26,0%) e mau odor genital (19,0%). Ao exame ginecológico, a maioria (96,0%) não apresentou alteração à inspeção vulvar (Tabela 3), porém, três mulheres tinham lesões verrucosas aparentes. Conteúdo vaginal foi observado em 78,0% das mulheres, pH maior que 4,5 em 61,0% e a prova das aminas foi positiva em 31,0% delas (Tabela 3).

Tabela 3. Características clínico-ginecológicas de mulheres que fazem sexo com mulheres (n=100). Botucatu, 2015

| Variáveis | N | % |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| Antecedentes ginecológicos | | |
| História prévia de IST | 13 | 13,0 |
| Queixas ginecológicas | | |
| Referiu queixa ginecológica | 42 | 42,0 |
| Corrimento vaginal | 38 | 38,0 |
| Mau odor genital | 19 | 19,0 |
| Prurido genital | 09 | 9,0 |
| Ardência genital | 04 | 4,0 |
| Dor em baixo ventre | 26 | 26,0 |
| Dispareunia | 16 | 16,0 |
| Exame ginecológico | | |
| Inspeção vulvar sem alterações | 96 | 96,0 |
| Conteúdo vaginal presente | 78 | 78,0 |
| <i>whiff test</i> positivo | 31 | 31,0 |
| pH>4,5 | 61 | 61,0 |
| JEC* fora do orifício do colo uterino | 15 | 15,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

*JEC= junção escamo-colunar

4.2 PREVALÊNCIAS DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

A prevalência total de IST foi de 35,0%, sendo a mais prevalente a infecção pelo HPV(32,6%; IC 95%: 23,0-42,2), seguida da cervicite clamidiana (3,3%; IC 95%: 0,0-3,6). A prevalência de infecção pelo HIV foi de 2,0% (IC 95%: 0,0-2,7), *T. vaginalis* 1,1 % (IC 95%: 0,0-2,2) e Sífilis 1,0% (IC 95%: 0,0-1,9). Não foram encontrados casos de *N. gonorrhoeae* e Hepatite B. (Tabela 4).

Tabela 4. Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015

| IST | N | % | IC95% |
|--|----|------|-------------|
| Infecção pelo HPV (n=92) | 30 | 32,6 | (23,0-42,2) |
| Infecção pela <i>C. trachomatis</i> (n=91) | 03 | 3,3 | (0,0-3,6) |
| Infecção pelo HIV (n=100) | 02 | 2,0 | (0,0-2,7) |
| Infecção <i>T. vaginalis</i> (n=88) | 01 | 1,1 | (0,0-2,2) |
| Sífilis (n=99) | 01 | 1,0 | (0,0-1,9) |
| Hepatite B (n=100) | - | - | - |
| Infecção <i>N. gonorrhoeae</i> (n=91) | - | - | - |

Dentre as 30 MSM que apresentaram infecção pelo HPV, 28,0% tinham pelo menos um genótipo de alto grau de oncogenicidade, 16,0% pelo menos um genótipo de baixo grau e 11,6% genótipos múltiplos. Os genótipos de HPV encontrados foram: 6, 7, 16, 18, 31, 39, 53, 54, 56, 58, 59, 61, 62, 66, 70, 73, 83 e 84, sendo os mais prevalentes o 56 e 84 (5,5%) (Figura 1).

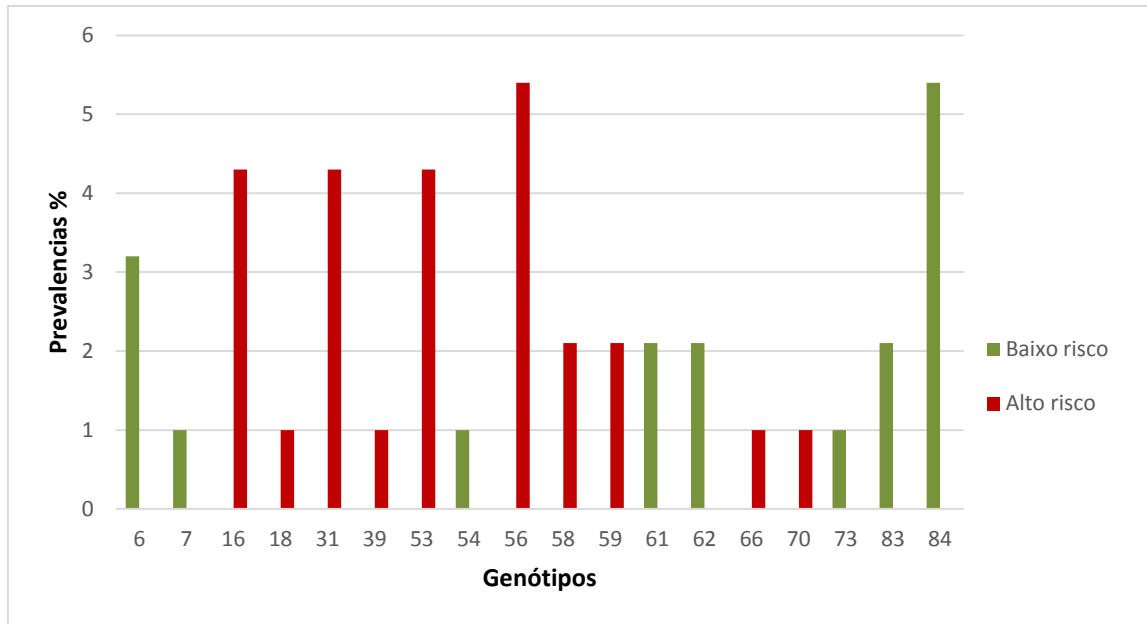


Figura 1. Prevalência de genótipos de HPV entre mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015

4.3 PREVALÊNCIAS DE ALTERAÇÕES DA MICROBIOTA VAGINAL

Quase a metade das mulheres incluídas no estudo (47,9%) apresentou alterações na microbiota vaginal. A alteração mais prevalente foi a VB (36,2%; IC95% 26,4-45,8), seguida da flora II (8,5%; IC95% 2,8-14,2). A prevalência de candidose vaginal foi de 4,2% (IC95% 0,1-8,3) (Tabela 5).

Tabela 5. Prevalência de alterações da microbiota vaginal em mulheres que fazem sexo com mulheres (n=94). Botucatu, 2015

| Padrão da Microbiota Vaginal | N | % | IC95% |
|------------------------------|----|-------|-------------|
| Flora I | 45 | 47,9 | (37,7-57,9) |
| Vaginose Bacteriana | 34 | 36,2 | (26,4-45,8) |
| Flora II | 08 | 8,5 | (2,8-14,2) |
| Flora I + Candidose vaginal | 04 | 4,2 | (0,1-8,3) |
| Outras* | 03 | 3,2 | (0,0-6,7) |
| Total | 94 | 100,0 | |

* Cocos, flora escassa

4.4 PREVALÊNCIA DE LESÕES PRECURSORAS DO COLO UTERINO

Considerando os antecedentes pessoais de realização da citologia oncótica cérvico-vaginal, 24 MSM (24,0%) relataram nunca ter realizado o exame e as demais realizaram em algum momento da vida. Entre as 76 MSM que referiram ter realizado o exame citológico anteriormente, três delas (3,9%) tinham antecedentes de lesões precursoras ou neoplásicas do colo uterino (dados não mostrados em tabela).

À citologia oncótica cérvico-vaginal convencional, a prevalência de lesões precursoras do câncer do colo do útero foi de 2,3% (02/88), sendo observada apenas lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau (LSIL) (dados não mostrados em tabela).

4.5 FATORES ASSOCIADOS ÀS IST

As variáveis que mais se associaram ao desfecho ter IST foram idade, não ser casada/sem união estável, idade da coitarca, número de homens com quem se relacionou sexualmente no último ano, uso de acessórios, relação sexual durante a menstruação, relação sexual após uso de álcool e positividade para VB.

Tabela 6. Modelo logístico para a chance de IST em mulheres que fazem sexo com mulheres ajustados por conjuntos de variáveis: sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais, antecedentes ginecológicos, queixas ginecológicas, exame ginecológico e diagnóstico. Botucatu, 2015

| Variável | P | OR | IC | 95% |
|---|-------|------|------|-------|
| Sociodemográficas | | | | |
| Idade (ref: ≤19) | 0,165 | | | |
| 20-49 | 0,086 | 0,31 | 0,08 | 1,18 |
| ≥ 50 | 0,130 | 0,14 | 0,01 | 1,79 |
| Cor não branca | 0,643 | 1,28 | 0,45 | 3,59 |
| Anos de estudo concluído | 0,887 | 1,02 | 0,83 | 1,25 |
| Não casada/Sem união estável | 0,109 | 2,25 | 0,83 | 6,06 |
| Tem atividade remunerada | 0,969 | 1,02 | 0,35 | 2,97 |
| Consumo de substâncias | | | | |
| Tabagista | 0,214 | 1,82 | 0,71 | 4,69 |
| Uso de drogas ilícitas | 0,320 | 0,52 | 0,14 | 1,89 |
| Comportamento e prática sexual | | | | |
| Idade da coitarca | 0,198 | 0,83 | 0,62 | 1,10 |
| Histórico de relação com homens na vida | 0,387 | 1,87 | 0,45 | 7,68 |
| Nº de homens com quem se relacionou sexualmente na vida | 0,924 | 1,00 | 0,99 | 1,01 |
| Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida | 0,395 | 0,97 | 0,89 | 1,05 |
| Nº de homens com quem se relacionou sexualmente no último ano | 0,131 | 3,23 | 0,71 | 14,76 |
| Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente no último ano | 0,228 | 1,61 | 0,74 | 3,46 |
| Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente nos últimos 3 meses | 0,221 | 0,29 | 0,04 | 2,10 |
| Histórico de parceria eventual na vida | 0,247 | 0,44 | 0,11 | 1,78 |
| Histórico de parceria eventual no último ano | 0,514 | 1,99 | 0,25 | 15,60 |
| Histórico de parceria eventual nos últimos 3 meses | 0,838 | 0,77 | 0,07 | 9,09 |
| Parceria fixa no momento da entrevista | 0,365 | 3,63 | 0,22 | 59,17 |
| Realiza ducha vaginal | 0,776 | 1,31 | 0,21 | 8,27 |
| Uso de acessórios | 0,184 | 2,42 | 0,66 | 8,91 |
| Uso de preservativo em todas relações sexuais vaginais | 0,619 | 1,64 | 0,23 | 11,66 |
| Recebe penetração anal | 0,358 | 2,27 | 0,40 | 12,98 |
| Recebe sexo oral | 0,441 | 3,59 | 0,14 | 92,44 |
| Relação sexual durante a menstruação | 0,164 | 0,35 | 0,08 | 1,54 |
| Relação sexual após uso de droga | 0,504 | 1,82 | 0,32 | 10,49 |
| Relação sexual após uso de álcool | 0,088 | 3,42 | 0,83 | 14,06 |
| Antecedentes ginecológicos | | | | |
| Menacme | 0,536 | 0,65 | 0,16 | 2,58 |
| Menopausa | 0,351 | 0,35 | 0,04 | 3,15 |
| Histórico positivo para IST | 0,525 | 1,31 | 0,57 | 3,04 |
| Queixas ginecológicas | | | | |
| Referiu queixa ginecológica | 0,609 | 0,76 | 0,27 | 2,15 |
| Corrimento vaginal | 0,254 | 1,82 | 0,65 | 5,11 |
| Dor em baixo ventre | 0,606 | 1,32 | 0,46 | 3,74 |
| Dispareunia | 0,233 | 2,09 | 0,62 | 7,00 |
| Exame ginecológico | | | | |
| Conteúdo vaginal presente | 0,887 | 1,11 | 0,25 | 4,96 |
| pH vaginal > 4.5 | 0,334 | 1,56 | 0,63 | 3,82 |
| JEC* fora do orifício do colo uterino | 0,261 | 1,93 | 0,61 | 6,10 |
| Diagnóstico | | | | |
| Positividade para VB | 0,126 | 2,04 | 0,82 | 5,06 |

*JEC= junção escamo-colunar

O modelo final da regressão logística multivariada apontou que não ser casada ou não ter união estável, número de homens com quem se relacionou sexualmente no último ano e usar acessórios sexuais constituíram-se em fatores independentemente associados à IST. Não ser casada ou não ter união estável aumentou em mais de três vezes a chance destas infecções [OR=3,76(IC:95%: 1,14–12,43); p=0,030], assim como o uso de acessórios sexuais [OR=3,87(IC:95%: 1,14–13,16); p=0,030]. A chance de ter IST foi quase oito vezes maior na medida em que aumentou o número de parceiros no último ano [OR=7,99 (IC:95%: 1,51–42,44); p=0,015] (Tabela 6).

Tabela 7. Modelo de Regressão logística múltipla para chance de IST em função das variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$) a infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015

| Variável | P | OR | IC | 95% |
|---|-------|------|------|-------|
| Idade (ref:≤19) | 0,365 | | | |
| 20-49 | 0,238 | 0,44 | 0,11 | 1,73 |
| ≥ 50 | 0,283 | 0,12 | 0,00 | 5,70 |
| Não casada/Sem união estável | 0,030 | 3,76 | 1,14 | 12,42 |
| Idade da coitarca | 0,257 | 0,87 | 0,68 | 1,11 |
| Nº de homens com quem se relacionou sexualmente no último ano | 0,015 | 7,99 | 1,51 | 42,44 |
| Uso de acessórios | 0,030 | 3,87 | 1,14 | 13,16 |
| Relação sexual durante a menstruação | 0,116 | 0,33 | 0,08 | 1,32 |
| Relação sexual após uso de álcool | 0,543 | 1,42 | 0,46 | 4,40 |
| Positividade para VB | 0,141 | 2,27 | 0,76 | 6,78 |
| Constant | 0,792 | 1,73 | | |

4.6 FATORES ASSOCIADOS AO HPV

As variáveis que mais se associaram ao desfecho ter a infecção pelo HPV foram: idade, não casada/sem união estável, idade da coitarca, número de mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida e nos últimos 3 meses, bem como ter relação sexual após uso de álcool. Entretanto, apenas as variáveis não casada/sem união estável e número de mulheres com quem se relacionou sexualmente nos últimos 3 meses teve significância estatística. As mulheres não casadas/sem união estável tiveram quase seis vezes mais chances de ter a infecção pelo HPV do que as unidas [OR=5,91 (IC 95%: 1,78–19,64), p=0,004] e ter menor número de parceiras sexuais nos últimos três meses foi fator protetor do desfecho [OR=0,11 (IC 95%: 0,02–0,76); p=0,025] (Tabela 7).

Tabela 8. Modelo logístico para a chance de HPV em mulheres que fazem sexo com mulheres ajustados por conjuntos de variáveis: sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais, antecedentes ginecológicos, queixas ginecológicas, exame ginecológico e diagnósticos . Botucatu, 2015

| Variável | P | OR | IC | 95% |
|---|-------|------|------|--------|
| Sociodemográficas | | | | |
| Idade (ref: ≤19) | 0,209 | | | |
| 20-49 | 0,077 | 0,27 | 0,06 | 1,15 |
| ≥ 50 | 0,404 | 0,31 | 0,02 | 4,93 |
| Cor não branca | 0,872 | 0,91 | 0,29 | 2,85 |
| Anos de estudo concluído | 0,775 | 1,03 | 0,83 | 1,29 |
| Não casada/Sem união estável | 0,004 | 5,91 | 1,78 | 19,64 |
| Tem atividade remunerada | 0,604 | 0,72 | 0,20 | 2,52 |
| Consumo de substâncias | | | | |
| Tabagista | 0,740 | 0,83 | 0,28 | 2,44 |
| Uso de drogas ilícitas | 0,353 | 0,51 | 0,12 | 2,10 |
| Comportamento e prática sexual | | | | |
| Idade da coitarca | 0,167 | 0,81 | 0,60 | 1,09 |
| Histórico de relação com homens na vida | 0,380 | 1,92 | 0,45 | 8,20 |
| Nº de homens com quem se relacionou sexualmente na vida | 0,515 | 0,98 | 0,91 | 1,05 |
| Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida | 0,772 | 0,99 | 0,92 | 1,06 |
| Nº de homens com quem se relacionou sexualmente no último ano | 0,605 | 1,06 | 0,86 | 1,31 |
| Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente no último ano | 0,180 | 1,66 | 0,79 | 3,47 |
| Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente nos últimos 3 meses | 0,025 | 0,11 | 0,02 | 0,76 |
| Histórico de parceria eventual na vida | 0,254 | 0,45 | 0,11 | 1,78 |
| Histórico de parceria eventual no último ano | 0,314 | 2,73 | 0,39 | 19,25 |
| Histórico de parceria eventual nos últimos 3 meses | 0,707 | 0,62 | 0,05 | 7,52 |
| Parceria fixa no momento da entrevista | 0,316 | 4,20 | 0,25 | 69,24 |
| Realiza ducha vaginal | 0,874 | 0,87 | 0,15 | 5,10 |
| Uso de acessórios | 0,375 | 1,81 | 0,49 | 6,67 |
| Uso de preservativo em todas as relações sexuais vaginais | 0,414 | 2,20 | 0,33 | 14,61 |
| Recebe penetração anal | 0,336 | 2,26 | 0,43 | 11,82 |
| Recebe sexo oral | 0,241 | 6,93 | 0,27 | 175,85 |
| Relação sexual durante a menstruação | 0,347 | 0,52 | 0,13 | 2,05 |
| Relação sexual após uso de droga | 0,497 | 1,81 | 0,33 | 10,11 |
| Relação sexual após uso de álcool | 0,158 | 2,64 | 0,69 | 10,18 |
| Antecedentes ginecológicos | | | | |
| Menacme | 1,000 | 1,00 | 0,09 | 11,51 |
| Menopausa | 0,676 | 0,50 | 0,02 | 12,90 |
| Histórico positivo para IST | 0,895 | 0,94 | 0,39 | 2,25 |
| Queixas ginecológicas | | | | |
| Referiu queixa ginecológica | 0,622 | 0,77 | 0,27 | 2,20 |
| Corrimento vaginal | 0,295 | 1,75 | 0,61 | 5,03 |
| Dor em baixo ventre | 0,805 | 1,14 | 0,39 | 3,33 |
| Dispareunia | 0,445 | 1,60 | 0,48 | 5,39 |
| Exame ginecológico | | | | |
| Conteúdo vaginal presente | 0,491 | 1,79 | 0,34 | 9,47 |
| pH vaginal > 4.5 | 0,999 | 1,00 | 0,40 | 2,51 |
| JEC* fora do orifício do colo uterino | 0,660 | 1,30 | 0,40 | 4,18 |
| Diagnóstico | | | | |
| Positividade para <i>C. Trachomatis</i> | 0,888 | 0,83 | 0,07 | 10,56 |
| Positividade para VB | 0,224 | 1,79 | 0,70 | 4,59 |

*JEC= junção escamo-colunar

O modelo final de regressão reafirmou a condição não casada/sem união estável como variável independentemente associada à infecção pelo HPV. As mulheres não casadas ou que não possuíam união estável apresentaram chance quase cinco vezes maior de ter infecção pelo HPV do que as casadas ou em união estável [OR=4,84 (IC 95%: 1,49–15,71), p=0,009] (Tabela 8).

Tabela 9. Modelo de Regressão logística múltipla para chance de HPV em função das variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$) a infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015

| Variável | p | OR | IC | 95% |
|---|-------|-------|------|-------|
| Idade (ref: ≤ 19) | 0,306 | | | |
| 20-49 | 0,127 | 0,35 | 0,09 | 1,34 |
| ≥ 50 | 0,712 | 0,57 | 0,03 | 11,25 |
| Não casada/Sem união estável | 0,009 | 4,84 | 1,49 | 15,71 |
| Idade da coitarca | 0,143 | 0,83 | 0,65 | 1,06 |
| Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente no último ano | 0,333 | 1,22 | 0,82 | 1,83 |
| Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente nos últimos 3 meses | 0,071 | 0,31 | 0,09 | 1,10 |
| Relação sexual após uso de álcool | 0,645 | 1,33 | 0,40 | 4,41 |
| Constant | 0,224 | 13,22 | | |

4.7 FATORES ASSOCIADOS À VB

Na análise das variáveis que mais influenciaram o desfecho ter VB foram: anos de estudo concluídos, não casada/sem união estável, tabagista, uso de drogas ilícitas, histórico de relação sexual com homens nos últimos 6 meses, realiza ducha vaginal, mau odor genital, *whiff test* positivo, pH vaginal > 4,5. Ser tabagista, ter *whiff test* positivo e pH<4,5 mostram significância estatística. As mulheres tabagistas e com pH vaginal maior que 4,5 tiveram chance quatro vezes maior de terem VB do que as demais [OR=4,53 (IC 95%: 1,41–12,17), p=0,009],[OR=4,63 (IC 95%: 1,19–18,01), p=0,027], respectivamente. Aquelas que apresentaram ao exame ginecológico *whiff test* positivo tiveram chance aumentada em quase 15 vezes de terem VB [OR=14,91 (IC 95%: 3,79–58,65), p=0,000] (Tabela 9).

Tabela 10. Modelo logístico para a chance de VB em mulheres que fazem sexo com mulheres ajustados por conjuntos de variáveis: sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais, antecedentes ginecológicos, queixas ginecológicas, exame ginecológico e diagnósticos. Botucatu, 2015

| Variável | p | OR | IC | 95% |
|---|-------|--------|-------|--------|
| Sociodemográficas | | | | |
| Idade (ref:≤19) | 0,444 | | | |
| 20-49 | 0,202 | 0,373 | 0,082 | 1,699 |
| ≥ 50 | 1,000 | 1,E+09 | 0,000 | . |
| Cor não branca | 0,398 | 1,633 | 0,524 | 5,089 |
| Anos de estudo concluído | 0,085 | 1,232 | 0,972 | 1,563 |
| Não casada/Sem união estável | 0,151 | 0,452 | 0,153 | 1,337 |
| Tem atividade remunerada | 0,562 | 0,702 | 0,213 | 2,318 |
| Consumo de substâncias | | | | |
| Tabagista | 0,009 | 4,153 | 1,417 | 12,170 |
| Uso de drogas ilícitas | 0,085 | 0,282 | 0,067 | 1,191 |
| Comportamento e prática sexual | | | | |
| Idade da coitarca | 0,210 | 0,81 | 0,58 | 1,13 |
| Histórico de relação com homens na vida | 0,298 | 2,15 | 0,51 | 9,10 |
| Sofreu abuso sexual | 0,507 | 2,34 | 0,19 | 28,57 |
| Histórico de relação sexual com homens nos últimos 6 meses | 0,199 | 0,09 | 0,00 | 3,47 |
| Nº de homens com quem se relacionou sexualmente na vida | 0,629 | 0,98 | 0,92 | 1,05 |
| Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida | 0,878 | 1,00 | 0,94 | 1,06 |
| Nº de homens com quem se relacionou sexualmente no último ano | 0,265 | 2,48 | 0,50 | 12,33 |
| Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente no último ano | 0,477 | 1,28 | 0,64 | 2,56 |
| Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente nos últimos 3 meses | 0,941 | 0,93 | 0,16 | 5,55 |
| Histórico de parceria eventual na vida | 0,352 | 2,06 | 0,45 | 9,42 |
| Histórico de parceria eventual no último ano | 0,922 | 0,91 | 0,14 | 6,09 |
| Histórico de parceria eventual nos últimos 3 meses | 0,277 | 0,30 | 0,03 | 2,65 |
| Parceria fixa no momento da entrevista | 0,815 | 0,75 | 0,07 | 8,39 |
| Realiza ducha vaginal | 0,157 | 3,45 | 0,62 | 19,18 |
| Recebe penetração vaginal | 0,907 | 1,17 | 0,09 | 15,06 |
| Uso de acessórios | 0,513 | 1,62 | 0,38 | 6,87 |
| Uso de preservativo em todas as relações sexuais vaginais | 0,583 | 1,69 | 0,26 | 11,01 |
| Recebe penetração anal | 0,496 | 0,50 | 0,07 | 3,62 |
| Recebe sexo oral | 0,748 | 1,58 | 0,10 | 25,79 |
| Relação sexual durante a menstruação | 0,635 | 1,40 | 0,35 | 5,69 |
| Relação sexual após uso de droga | 0,247 | 0,37 | 0,07 | 1,98 |
| Relação sexual após uso de álcool | 0,799 | 0,84 | 0,22 | 3,20 |
| Antecedentes ginecológicos | | | | |
| Menacme | 0,297 | 0,27 | 0,02 | 3,13 |
| Histórico positivo para IST | 0,352 | 1,74 | 0,54 | 5,57 |
| Queixas ginecológicas | | | | |
| Referiu queixa ginecológica | 0,722 | 0,82 | 0,28 | 2,43 |
| Corrimento vaginal | 0,539 | 1,50 | 0,41 | 5,41 |
| Mau odor vaginal | 0,171 | 2,64 | 0,66 | 10,64 |
| Prurido genital | 0,642 | 0,68 | 0,14 | 3,41 |
| Ardência genital | 0,328 | 1,80 | 0,55 | 5,86 |
| Dor em baixo ventre | 0,919 | 1,06 | 0,36 | 3,15 |
| Dispareunia | 0,883 | 1,10 | 0,31 | 3,96 |
| Exame ginecológico | | | | |
| Conteúdo vaginal presente | 0,271 | 0,25 | 0,02 | 2,97 |
| <i>whiff test</i> presente | 0,000 | 14,91 | 3,79 | 58,65 |
| pH vaginal > 4.5 | 0,027 | 4,63 | 1,19 | 18,01 |
| Constant | 0,208 | 0,22 | | |
| Diagnósticos | | | | |
| Positividade para <i>C. Trachomatis</i> | 0,286 | 3,82 | 0,33 | 44,83 |
| Positividade para HPV | 0,225 | 1,78 | 0,70 | 4,49 |

No modelo final da análise multivariada apenas as variáveis *whiff test* positivo e pH vaginal > 4,5 se mantiveram independentemente associadas à VB. As mulheres que apresentaram *whiff test* positivo tiveram chance 14 vezes maior de terem VB do que aquelas cujo teste foi negativo [OR=14,00 (IC 95%: 2,76-71,14), p=0,001] e as que tinham pH vaginal maior que 4,5 apresentaram nove vezes mais chance para este desfecho [OR=9,90 (IC 95%:1,57-62,33), p=0,015].

Tabela 11. Modelo de Regressão logística múltipla para chance de VB em função das variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$) a infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015

| Variável | p | OR | IC | 95% |
|--|-------|-------|------|-------|
| Anos de estudo concluído | 0,074 | 1,43 | 0,97 | 2,12 |
| Não casada/Sem união estável | 0,506 | 0,55 | 0,09 | 3,22 |
| Tabagista | 0,100 | 4,04 | 0,76 | 21,32 |
| Uso de drogas ilícitas | 0,139 | 0,22 | 0,03 | 1,64 |
| Histórico de relação sexual com homens nos últimos 6 meses | 0,431 | 2,81 | 0,22 | 36,74 |
| Realiza ducha vaginal | 0,653 | 1,55 | 0,23 | 10,53 |
| Mau odor vaginal | 0,097 | 5,26 | 0,74 | 37,39 |
| <i>whiff test</i> presente | 0,001 | 14,00 | 2,76 | 71,14 |
| pH vaginal > 4.5 | 0,015 | 9,90 | 1,57 | 62,33 |
| Constant | 0,007 | 0,00 | | |

5 DISCUSSÃO

A presente investigação permitiu identificar o perfil sociodemográfico, comportamental e clínico-ginecológico das MSM incluídas no estudo, prevalências de IST, alterações da microbiota vaginal, alterações pré-neoplásicas do colo uterino e fatores associados às IST, infecção pelo HPV e VB. Desta forma, contribui com o avanço do conhecimento nesta área, posto a escassez de literatura correlata, e poderá implicar em qualificação do cuidado prestado a esse grupo.

Tendo em vista o conceito de vulnerabilidade em saúde que se refere à chance de exposição que as pessoas possam ter de adoecer como resultado de aspectos multifatoriais, divididos em três componentes básicos interligados: o individual, o social e o programático ou institucional⁽⁶⁵⁾, foi possível observar elevada vulnerabilidade às IST/aids entre as MSM estudadas, visto que a maioria não fazia uso de preservativos e referia relações sexuais após consumo de álcool.

Estudos internacionais e nacional que avaliaram a utilização de preservativos e práticas sexuais em MSM, também fizeram referencia à baixa utilização de barreiras nas práticas sexuais, corroborando os dados obtidos na presente investigação^(52,55,57).

Outro fator importante de vulnerabilidade às IST/aids foi o alto percentual de mulheres que praticavam sexo após o consumo de álcool, destacando-se, também, que 13,0% delas mantinham relações sexuais após consumo de drogas ilícitas. Estudo brasileiro realizado em 2009, apontou a vulnerabilidade de MSM as IST/aids em função do uso mais frequente de drogas lícitas e ilícitas, aumentando, assim, a propensão de praticarem sexo inseguro pelas alterações do estado de consciência que as mesmas provocam⁽⁶⁶⁾.

Vale a pena destacar o consumo de drogas ilícitas e tabaco entre as MSM participantes desta pesquisa muito superiores aos da população em geral, fato que merece ser melhor investigado em futuros estudos. O consumo de maconha foi seis vezes maior (15,0% x

2,5%) e o de cocaína e tabaco mais de três vezes maior (6,0% X 1,7%) e (44,0% X 12,8%), respectivamente, do que o obtido em estudo nacional que avaliou o consumo de drogas lícitas e ilícitas na população em geral adulta, entre os anos 2006 a 2012⁽⁶⁷⁾.

Considerando-se as prevalências de IST, o presente estudo apontou a infecção pelo HPV como a mais prevalente (32,6%) entre as mulheres investigadas, sendo esta muito superior à obtida em outro estudo nacional, realizado no município de São Paulo/SP, em 2005, que demonstrou prevalência de 6,2% da infecção pelo HPV, entre MSM. A grande diferença entre as prevalências pode ser relacionada ao método diagnóstico, uma vez que o estudo anterior empregou a citologia oncótica⁽⁵⁵⁾. Estudo realizado na Inglaterra, em 2011, demonstrou prevalência pouco inferior (30,0%) de HPV entre as MSM participantes, também empregando a técnica de PCR para diagnóstico da infecção⁽⁵³⁾.

Quanto aos genótipos do HPV, destaca-se que grande parte das mulheres incluídas no estudo apresentavam algum tipo de genótipo oncogênico. Não foram encontrados estudos nacionais que apontassem os tipos de genótipos do HPV entre as MSM, porém, investigação internacional⁽⁵³⁾ demonstrou que os genótipos mais frequentemente encontrados entre as MSM estudadas foram os 6 e 16, contrapondo a presente investigação que demonstrou como mais prevalentes os genótipos 56 e 84.

A infecção pela *C. trachomatis* foi a segunda IST mais prevalente (3,3%) no presente estudo, mostrando-se superior à obtida em investigação nacional⁽⁵⁵⁾(1,8%) e a encontrada em estudo conduzido na Inglaterra⁽⁵⁴⁾, em 2004 (0,6%), ambas entre MSM e empregando como método diagnóstico o Imunoensaio enzimático pelo método ELISA⁽⁵⁵⁾. Por outro lado, foi inferior à prevalência apontada por estudo americano⁽⁶⁸⁾ de 2011 (13,5%) com MSM, que também utilizou a PCR para diagnóstico, porém, as participantes foram recrutadas em clínica especializada em IST, o que pode ter implicado em uma prevalência mais elevada.

A prevalência da infecção pelo HIV obtida nesta investigação foi muito próxima (2,0%) da encontrada em estudo nacional (2,9%)⁽⁵⁵⁾ e em estudo realizado no EUA (1,8%)⁽⁶⁸⁾, ambas com MSM. Destaca-se que a prevalência da infecção pelo HIV entre as MSM obtida no presente estudo é superior à da população brasileira, (0,4% a 0,7%) e feminina em geral (0,4%)^(69,70), que pode ser justificada pela não randomização da amostra da presente investigação.

A prevalência de tricomoníase (1,1%) entre as MSM investigadas no presente estudo foi inferior à demonstrada em outro estudo nacional (3,8%)⁽⁵⁵⁾, que não referiu o método diagnóstico e também empregou amostra de conveniência. Foi próxima da obtida em estudo Inglês⁽⁵⁴⁾(1,6%) que empregou como método diagnóstico a microscopia direta do conteúdo vaginal e bastante inferior à obtida em estudo americano⁽⁶⁸⁾ (15,3%) que utilizou a cultura para diagnóstico desta infecção e as participantes foram selecionadas em clínica especializada. A menor prevalência aqui obtida pode ser justificada em função do método de mais baixa sensibilidade empregado, além das características da amostra.

A prevalência de sífilis (1,0%) demonstrada nesta investigação foi semelhante à obtida em estudo nacional (0,7%)⁽⁵⁵⁾ também realizado com MSM, maior que a obtida em estudo americano⁽⁶⁸⁾(0,0%) e inferior a encontrada entre mulheres lésbicas investigadas em estudo Inglês 3,6%⁽⁵⁴⁾. Essa superioridade da prevalência encontrada no estudo internacional, pode ser explicada pela coleta de dados ter acontecido em clínica especializada em saúde sexual.

Apesar de ter-se empregado método padrão-ouro para o diagnóstico de gonorreia, não foram identificados casos desta infecção. Estudos internacionais que investigaram *N. gonorrhoeae* em MSM apontaram prevalência de 0,3%⁽⁵⁴⁾ e 2,7%⁽⁶⁸⁾. Considerando-se que pesquisa anterior realizada entre profissionais do sexo do município de Botucatu (SP)⁽⁷¹⁾

também não obteve casos de *N. gonorrhoeae*, pode-se supor que a prevalência desta infecção na população investigada seja muito baixa ou nula.

Neste estudo não foram obtidos casos positivos de Hepatite B, diferindo de investigação nacional⁽⁵⁵⁾, realizado no ano de 2005, que obteve prevalência de 7,0% deste agravo entre MSM. Essa diferença pode ser explicada em função da introdução da vacina contra Hepatite B no calendário vacinal em 1998⁽⁷²⁾, fato que levou a redução de indivíduos susceptíveis à infecção, com conseqüente impacto na prevalência da doença.

Considerando-se a prevalência total, os resultados mostraram alta taxa de microbiota vaginal alterada (47,5%), em concordância com outros estudos realizados com MSM^(54,58). A alteração da microbiota mais prevalente entre as MSM participantes do presente estudo foi a VB (36,2%) sendo muito próxima à obtida tanto em estudo nacional (33,8%)⁽⁵⁵⁾, quanto em estudo internacional (31,4%)⁽⁵⁶⁾, que empregaram os critérios de Amsel et. al.⁽⁷³⁾ para diagnóstico. A prevalência obtida nesta investigação foi superior à encontrada em estudo conduzido com MSM nos EUA (25,0%)⁽⁵⁸⁾ empregando os mesmos critérios diagnósticos.

A prevalência de VB entre as MSM incluídas na presente investigação, além de ser mais elevada do que a observada em outros estudos realizados com MSM, foi também superior à demonstrada em estudo realizado no mesmo município, com mulheres em geral em idade fértil (30,1%)⁽³⁹⁾. Essa diferença encontrada pode estar associada às práticas sexuais empregadas pelas MSM, fato que merece melhor investigação.

A prevalência de candidose vaginal observada nesta investigação foi de 4,2%, sendo inferior às obtidas em estudo nacional⁽⁵⁵⁾ (25,6%) e internacional⁽⁵⁴⁾ (18,4%) que empregaram, respectivamente, cultura para fungos e método de gram para obtenção dos resultados. O método diagnóstico empregado na investigação nacional pode explicar a prevalência mais elevada do que a obtida no presente estudo.

A prevalência de citologia oncótica alterada demonstrada na presente investigação foi de 2,3%, sendo casos de lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau ,inferior à obtida em estudo nacional (7,7%) que identificou prevalência de 2,8% de alterações atípicas em células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) e 4,9% de lesões de alto e baixo graus.⁽⁵⁵⁾

Estudo de revisão sistemática da literatura⁽⁵³⁾ realizado em 2011, apontou prevalência de lesão intra-epitelial escamosa de baixo grau variando de 4,0% a 13,0% entre MSM, superiores às obtidas no presente trabalho. Outro estudo realizado em 2014⁽⁷⁴⁾ que comparou prevalência de alterações na citologia oncótica entre MSM HIV positivas e MSM HIV negativas obteve prevalências de 21,0% e 9,0%, respectivamente, mostrando-se, também, superior à demonstrada na presente investigação.

Destaca-se que nos estudos de prevalência as diferenças podem ser atribuídas ao desenho do estudo, fatores socioeconômicos, comportamentais e clínicos da população investigada, além do método diagnóstico empregado.

Foram fatores independentemente associados às IST não ser casada ou não ter união estável, número de homens com quem se relacionou no último ano e uso de acessórios sexuais.

O estado conjugal não foi associado às IST em outros estudos^(53,54) realizados com MSM. A maior chance das MSM participantes desta investigação não casadas ou que não possuíam união estável de ter uma IST pode ser devido à possibilidade de um número de parcerias sexuais maior.

O aumento da chance das mulheres aqui investigadas apresentarem uma IST relacionado ao número de homens com quem se relacionou no último ano é corroborado por estudos internacionais que já havia demonstrado associação dessas infecções com histórico de parcerias masculinas entre MSM^(54,75,76).

A associação do uso de acessório sexual com IST entre MSM já havia sido comprovada em estudo nacional anterior⁽⁵⁵⁾ e em estudos realizados nos EUA em 2005⁽⁵²⁾ e 2013⁽⁵⁷⁾, corroborando resultado da presente pesquisa.

O único fator independentemente associado à infecção pelo HPV na presente investigação foi o estado conjugal, que implicou em chance cinco vezes maior de as mulheres não casadas/sem união estável terem a infecção, diferindo de estudo nacional⁽⁵⁵⁾ anterior que não obteve associação desta infecção com as variáveis investigadas. Estudo internacional realizado nos EUA em 2011⁽⁵³⁾ apontou como único fator associado à positividade para a infecção pelo HPV entre as MSM o uso do tabaco, também diferindo dos achados da presente investigação.

Com relação à VB, esta não foi associada na presente investigação com variáveis sociodemográficas, comportamentos, práticas sexuais e sintomas referidos. Esta se associou, apenas, com os achados do exame ginecológico: *whiff test* positivo e pH vaginal maior que 4,5, incluídos entre os critérios diagnósticos de Amsel⁽⁷³⁾ para esta condição, também apontados em estudo nacional com gestantes atendidas na rede pública de atenção primária à saúde do interior do Estado de São Paulo⁽³⁷⁾.

Estudos internacionais realizados nos EUA^(58,77) e na Inglaterra⁽⁵⁴⁾ com MSM apontaram associação de VB com número de parcerias sexuais na vida⁽⁵⁴⁾ e nos últimos três meses⁽⁷⁷⁾, uso de tabaco^(54,58,77), ducha vaginal^(58,77), relação sexual com homens⁽⁷⁷⁾, práticas sexuais⁽⁷⁷⁾ ciclo menstrual⁽⁷⁷⁾ e com parceira com diagnóstico confirmado de VB^(58,77).

Apresenta-se como limitação deste estudo o fato de ter sido realizada em nível local, com amostra não randomizada e captada por procura espontânea ou por indicação de pessoas de seu convívio, fato que pode ter selecionado o perfil aqui apresentado.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu demonstrar características sociodemográficas, comportamentais, relacionadas às práticas sexuais e clínico-ginecológicas das MSM participantes que contribuíram para sua vulnerabilidade às IST/aids.

Com relação às características comportamentais e práticas sexuais, destacou-se o alto percentual de mulheres que fazia uso de drogas ilícitas, que não utilizavam proteção nas relações sexuais e que praticavam sexo após consumo de álcool e drogas ilícitas.

Destacou-se, ainda, o alto percentual de alterações da microbiota vaginal (47,5%) apontando para a vulnerabilidade biológica às IST/aids entre as mulheres incluídas no estudo. A vaginose bacteriana foi a alteração da microbiota vaginal mais prevalente (36,2%).

Identificou-se alta prevalência de IST entre as MSM participantes do estudo, destacando-se a infecção pelo HPV (32,6%) e pelo HIV (2,0%).

A prevalência de lesões precursoras do câncer de colo uterino (2,3%) foi menor que as demonstradas na literatura nacional e internacional, entre MSM.

Não ser casada ou não ter união estável, o número de homens com quem se relacionou no último ano e o uso de acessórios sexuais foram fatores independentemente associados às IST.

O único fator independentemente associado à infecção pelo HPV na presente investigação foi o estado conjugal, que implicou em chance cinco vezes maior de as mulheres não casadas/sem união estável terem a infecção.

Os fatores independentemente associados à VB foram *whiff test* positivo e pH vaginal acima de 4,5, constituindo-se em importantes indicadores desta alteração da microbiota vaginal, também entre MSM.

Tomados em conjunto, os dados deste estudo permitem concluir que as MSM participantes tinham elevada vulnerabilidade às IST/aids, confirmada pelas elevadas prevalências de algumas infecções e alterações da microbiota vaginal. Sugere a necessidade de assistência à saúde dessas mulheres de maneira individualizada, voltada para saúde sexual e reprodutiva, pautada em ações preventivas e educativas, com vistas ao seu cuidado integral.

Neste sentido, com base nos resultados obtidos foi elaborado E-book educativo, em forma de história em quadrinhos, contendo informações sobre IST, formas de prevenção específicas para MSM, cuidados com a higiene íntima, importância de realizarem exames ginecológicos de rotina, que permitirão diagnóstico e tratamento precoce de IST e direitos sexuais e reprodutivos. Este pode ser acessado no link: <http://www.hcfmb.unesp.br/pesquisas/informacoespaciente/>(Apêndice III).

Ressalta-se, também, a necessidade de aprofundamento científico gerado por maiores estudos na área, para melhor caracterização das reais necessidades de saúde dessa população tão específica, que por vezes não se percebe em risco para aquisição de IST/aids e suas possíveis complicações.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osís MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saúde Pública. 1998;14(1):25-32.
2. Leão EM, Marinho LFB. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. RevPromocSaude. 2002;3(6):31-6.
3. D'Oliveira AFPL. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. Interface (Botucatu). 1999;3(4):105-22.
4. Carrara S, Ramos S, Simões JA, Facchini R. Política, direitos, violência e homossexualidade pesquisa 9ª parada do orgulho GLBT. São Paulo: Centro Latino Americano de Sexualidade e Direitos Humanos; 2005.
5. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009;25 Supl 2:291-300.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) 21 anos depois. Brasília; 2005.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos - uma prioridade do governo. Brasília; 2005.
8. Ministério da Saúde (BR). Chegou a hora de cuidar da saúde - um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais. Brasília; 2006.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de atenção básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília; 2009.
10. Ministério da saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília; 2013.
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; 2011.
12. Ministério da Saúde (BR). Portal da saúde [Internet]. 2016 [acesso 09 Dez 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/19578-saude-lanca-campanha-sobre-saude-de-mulheres-lesbicas-e-bissexuais>.
13. WHO. World Health Organization. Global Strategy for Intervention an Control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015: breaking the chain of transmission. *World Health Organization*, Geneva, 61p, 2007. Disponível em: [http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/stis_strategy\[1\]en.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/stis_strategy[1]en.pdf)
14. Ministério da Saúde. Manual de controle das doençassexualmente transmissíveis. 3a ed. Brasília (DF); 1999.

15. World Health Organization [Internet]. Sexually transmitted infection. Geneva; 2015 [acesso 04 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
16. UNAIDS. Aids by the numbers. Geneva; 2015.
17. World Health Organization. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008. Geneva; 2012.
18. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico AIDS e DST. Brasília; 2015.
19. Ministério da Saúde (BR). Prevalências e frequências relativas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005. Brasília; 2008.
20. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico - hepatites virais. Brasília; 2015.
21. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. (2013) Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLoS Med* 10(2): e1001396. doi:10.1371/journal.pmed.1001396
22. Del Mistro A, Bianchi LC. HPV-related neoplasias in HIV-infected individuals. *Eur J Cancer*. 2001;37:1227-35.
23. International Agency for Research on Cancer: All Cancers (excluding non-melanoma skin cancer) Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. (http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx). Accessed 8 December 2015.
24. Ministério da Saúde (BR). Programa nacional para prevenção e o controle das hepatites virais. Brasília; 2005.
25. World Health Organization. Draft global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021 [Internet]. Geneva; 2015. [acesso 04 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/STIs-global-strategy-Dec2015.pdf?ua=1>
26. Helfgott A, Eriksen N, Bundrick M, Lorimor R, Eckhout V. Vaginal infections in human immunodeficiency virus-infected women. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:347-55.
27. Duerr A, Heilig CM, Meikle SF, Cu-Uvin S, Klein RS, Rompalo A, et al. Incident and persistent vulvovaginal candidiasis among human immunodeficiency virus-infected women: risk factors and severity. *Obstet Gynecol*. 2003;101:548-56.
28. Risser WL, Bortot AT, Benjamins LJ, Feldmann JM, Barratt MS, Eissa M, et al. The epidemiology of sexually transmitted infections in adolescents. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005;16:160-7.
29. Hanson J, Posner S, Hassig S, Rice J, Farley TA. Assessment of sexually transmitted diseases as risk factors for HIV seroconversion in a New Orleans sexually transmitted disease clinic, 1990-1998. *Ann Epidemiol*. 2004;15:13-20.

30. Klebanoff SL, Coombs RW. Virucidal effect of *Lactobacillus acidophilus* on human immunodeficiency virus type-1: possible role in heterosexual transmission. *J Exp Med*. 1991;174:289-92.
31. Marazzo JM. Evolving issues in understanding and treating bacterial vaginosis. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2004;2(6):913-22.
32. Rotstein OD, Pruett TL, Fiegel VD, Nelson RD, Simmons RL. Succinic acid, a metabolic by-product of bacteroides species, inhibits polymorphonuclear leukocyte function. *Infect Immun*. 1985;48(2):402-8.
33. Zariffard MR, Saifuddin M, Sha BE, Spear GT. Detection of bacterial vaginosis-related organisms by real-time PCR for Lactobacilli, Gardnerellavaginalis and Mycoplasma hominis. *FEMS Immunol Med Microbiol*. 2002;277:281-34.
34. Simões JA, Discacciati MG, BrolazoEM, et al. Clinical diagnosis of bacterial vaginosis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2006;28:32-94.
35. Koumans EH, Sternberg M, Bruce C, Mcquillan G, Kendrick J, Sutton M, et al. The prevalence of bacterial vaginosis in the United States, 2001–2004; associations with symptoms, sexual behaviors, and reproductive health. *Sex Transm Dis*. 2007;34(11):864-9.
36. Mascarenhas RE, Machado MS, Costa e Silva BF, Pimentel RF, Ferreira TT, Leoni FM, et al. Prevalence and risk factors for bacterial vaginosis and other vulvovaginitis in a population of sexually active adolescents from Salvador, Bahia, Brazil. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;378640. doi: 10.1155/2012/378640.
37. Gondo DCAF, Duarte MTC, Silva MG, Parada CMG. Alteração de flora vaginal em gestantes de baixo risco, atendidas em serviço público de saúde: prevalência e associação à sintomatologia e achados do exame ginecológico. *Rev Latino-Am Enferm*. 2010;18(5):919-27.
38. Caixeta RC, Ribeiro AA, Segatti KD, Saddi VA, Figueiredo Alves RR, dos Santos Carneiro MA, et al. Association between the human papillomavirus, bacterial vaginosis and cervicitis and the detection of abnormalities in cervical smears from teenage girls and young women. *Diagn Cytopathol*. 2015;43(10):780-5. doi: 10.1002/dc.23301.
39. Marconi C, Duarte MT, Silva DC, Silva MG. Prevalence of and risk factors for bacterial vaginosis among women of reproductive age attending cervical screening in southeastern Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131(2):137-41. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.05.016.
40. Sobel JD. What's new in bacterial vaginosis and trichomoniasis? *Infect Dis Clin North Am*. 2005;19(2):387-406.
41. Wiesenfeld HC, Hillier SL, Krohn MA, Landers DV, Sweet RL. Bacterial vaginosis is a strong predictor of Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis infection. *Clin Infect Dis*. 2003;36:663-8.

42. Myer L, Denny L, Telerant R, Souza MD, Wright TC Jr, Kuhn L. Bacterial vaginosis and susceptibility to HIV infection in South African women: a nested case-control study. *J Infect Dis*. 2005;192:1372-80.
43. Sewankambo N, Gray RH, Wawer MJ, Paxton L, McNaim D, Wabwire-Mangen F, et al. HIV-1 infection associated with abnormal vaginal flora morphology and bacterial vaginosis. *Lancet*. 1997;350:546-50.
44. Nardis C, Mosca L, Mastromarino P. Vaginal microbiota and viral sexually transmitted diseases. *Ann Ig*. 2013;25:443-56.
45. Wilks M, Wiggins R, Whiley A, Hennessy E, Warwick S, Porter H, et al. Identification and H₂O₂ production of vaginal lactobacilli from pregnant women at high risk of preterm birth and relation with outcome. *J Clin Microbiol*. 2004;713:717-42.
46. Larsen B, Monif GRG. Understanding the bacterial flora of the female genital tract. *Clin Infect Dis*. 2001;32:69-77.
47. Simões JA, Giraldo PC, Cecatti JG, Camargo RPS, Faundes A. Complicações perinatais em gestantes com e sem vaginose bacteriana. *RBGO*; 1998;437:441-8.
48. Ministério da Saúde (BR). AIDS no Brasil [Internet]. Brasília; 2012 [acesso 01 Out 2014]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/36364/aids_no_brasil_2012_17137.pdf
49. Instituto Nacional de Câncer (Br). Controle do câncer de colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro; 2015 [acesso 04 Jan 2016]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/prevencao
50. Barbosa RM, Koyama MAH. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [acesso 13 Ago 2013]; 22(7):1511-5. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n7/15.pdf>
51. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2006 [acesso 13 Ago 2013]; 25 Supl2:S291-300. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/11.pdf>
52. Marrazzo JM, Coffey P, Bingham A. Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2005;37(1):6-12.
53. Gorgos LM, Marrazzo JM. Sexually Transmitted Infections Among Women Who Have Sex With Women. *Clin Infect Dis*. 2011;53(S3):S84-91.
54. Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Mangtani P. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sex Transm Infect*. 2004;80:244-6. doi:10.1136/sti.2003.007641.

55. Pinto VM, Tancredi MV, Neto AT, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behavior among women who have sex with women. *AIDS*. 2005;19Suppl 4:S64-9.
56. Chan SK, Thornton LR, Chronister KJ, Meyer J, Wolverson M, Johnson CK, et al. Likely female-to-female sexual transmission of HIV-Texas, 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63(10):209-12.
57. Rowena TS, Breyer BN, Linc TC, Lid CS, Robertson PA, Shindele AW. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;120(1):42-5. doi: 10.1016/j.ijgo.2012. 08.011.
58. Marrazzo JM. Elusive aetiology of bacterial vaginosis. Do lesbians have a clue? *Sex Transm Infect* 2007;83:424-5. doi: 10.1136/sti.2007.026989.
59. Duarte MTC, Godoy I, Silva MGS, Andrade J, Ignacio MAO, Freitas APF. Acesso a serviços de saúde e saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres [projeto de pesquisa]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2014.
60. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades região de São Paulo [Internet]. Rio de Janeiro; 2015 [acesso 13 Jan 2016]. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350750&search=s_aopaulo|botucatu
61. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades região de São Paulo [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 [acesso 13 Ago 2014]. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=350750&search=s_aopaulo|botucatu
62. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J ClinMicrobiol*. 1991;29:297-301.
63. Centro de Testagem e Aconselhamento. Guia de referências técnicas e programáticas para as ações do plano de eliminação da sífilis congênita. São Paulo; 2012.
64. National Cancer Institut. Bethesda 2001: a revised system for reporting pap test results aims to improve cervical cancer screening [Internet]. Bethesda: NationalCancerInstitut; 2001 [acesso 24 Out 2009]. Disponível em: <http://www.cancer.gov/newscenter/bethesda2001>
65. Ayres JRJM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 117-39.

66. Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto definem como lésbicas. *PhysisRev Saúde Colet.* 2009;19(2):301-31.
67. Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia para Políticas Públicas do Alcool e outras Drogas (BR). Segundo Levantamento Nacional de Alcool e Drogas (LENAD). São Paulo; 2014.
68. Muzny CA, Sunesara IR, Martin DH, Mena LA. Sexually transmitted infections and risk behaviors among africanamerican women who have sex with women: does sex with men make a difference? *Sexy TransmDis.* 2011;38(12):1118-25.
69. UNAIDS Brasil [Internet]. Estatísticas. Brasília; 2014 [acesso 15 Jan 2016]. Disponível em: <http://unaid.org.br/estatisticas/>
70. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico AIDS e DST. Brasília; 2014.
71. Dal Pogetto MRB, Silva MG, Parada MCGL. Prevalence of sexually transmitted diseases in female sex workers in a city in the interior of São Paulo, Brazil. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19(3):493-9.
72. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica. Divisão de Imunização. Calendário de vacinação no estado de São Paulo. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/imuni_shcalen.htm
73. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med.* 1983;74(1):14-22.
74. Massad LS, Xie X, Minkoff H, Darragh TM, D'Souza G, Sanchez-Keeland L, et al. Abnormal pap tests and human papillomavirus infections among HIV infected and uninfected women who have sex with women. *J Low Genit Tract Dis.* 2014;18(1):50-6. doi:10.1097/LGT.0b013e3182942733.
75. Diamant AL, Schuster MA, McGuigan k, Lever J. Lesbians' sexual history with men implications for taking a sexual history. *Arch Intern Med.* 1999;159(22):2730-6. doi:10.1001/archinte.159.22.2730.
76. Robertson P, Schachter J. Failure to identify venereal disease in a lesbian population. *SexuTransm Dis.* 1981;8(2):75-6.
77. Forcey DS, Vodstrcil LA, Hocking JS, Fairley CK, Law M, McNair RP, et al. Factors associated with bacterial vaginosis among women who have sex with women: a systematic review. *Plos One.* 2015;10(12):e0141905. doi: 10.1371/journal.pone.0141905.

Apêndice I

Número: _____

Instrumento de Coleta de Dados

Entrevistador: _____ Coletor: _____

Nome: _____ MAT: _____

Contato: (1)

Endereço: _____ Municipio _____

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

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

1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

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

Até que série estudou? Escolaridade (anos de estudo concluído): _____

Qual seu estado civil? (0) casada no cartório (1) união estável (2) solteira (3) separada/divorciada (4) viúva

Tem alguma atividade remunerada (que ganha dinheiro)? (0) não (1) sim

Qual _____ sua ocupação? _____

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

Qual a renda de sua família? Renda familiar- em salários mínimos-: R\$ _____

Qual o número de pessoas que dependem dessa renda? _____

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

2 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Você frequenta algum serviço de saúde (posto de saúde, pronto-socorro, seja publico ou privado)?

(0) não (1) sim

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 CONHECIMENTO SOBRE DST/AIDS

O que são doenças sexualmente transmissíveis? _____

Quais doenças sexualmente transmissíveis você conhece? _____

Como se pega uma doenças sexualmente transmissíveis? _____

Como elas podem se manifestar (sintomas)? _____

O que é aids? _____

Uma pessoa infectada pelo HIV tem
aids? _____

Como o HIV pode ser
transmitido? _____

Como se
previne DST/aids? _____

Como ficou sabendo dessas
informações? _____

4 CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

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

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

Você faz uso de álcool? (0) uso diário (1) 1 a 2 X/ semana (2) 3 a 4 X/semana (3) eventual(4) não usa
(*12 meses anteriores à inclusão no estudo) **Outra droga**(0) não (1) sim qual _____(ex:
lança perfume....)

5 COMPORTAMENTO SEXUAL

Com que idade você teve sua 1ª relação sexual? _____anos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E no último ano? (0) não (1) sim

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

Frequência:_____

6 PRÁTICAS SEXUAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7 REPRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

Como você pensa realizasse desejo?(0)sexo com homem(1)autoinseminação(2)inseminação artificial(3)adoção(4)nãose aplica

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

8 DADOS CLÍNICOS

Qual a última vez que você procurou atendimento ginecológico? _____

Por que procurou? _____

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

Se _____ não, _____ por
 quê? _____

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EXAME DA CAVIDADE ORAL

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

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

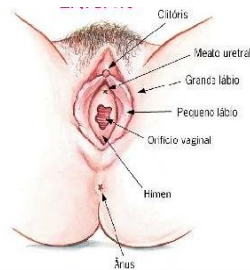
Palato anterior: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão. Característica da lesão: _____

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

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

EXAME GINECOLÓGICO

DURS: _____ **DUM:** __/__/____



Exame:

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

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

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

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

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

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

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

9 DADOS LABORATORIAIS

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

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

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

Candidose vaginal: (0) não (1) sim

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

Infecção pelo HPV: (0) não (1) sim

Genótipos:_____

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

Resultado do exame da cavidade oral

Infecção pelo HPV: (0) não (1) sim

Genótipos:_____

Apêndice II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

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

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

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

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

Botucatu, ____ de _____ de 20__

Assinatura da paciente

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

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

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

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

Apêndice III

Produto- eBook

Cuidando da saúde da Mulher

<http://www.hcfmb.unesp.br/pesquisas/informacoespaciente/>

MARIANA ALICE DE OLIVEIRA IGNACIO
MARLI TERESINHA CASSAMASSIMO DUARTE

Cuidando da saúde das mulheres



2016

CUIDANDO DA SAÚDE DAS MULHERES

FICHA CATALOGráfICA ELABORADA PELA SEÇÃO T C. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM. DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTA O - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE - CRB 85651

Ignacio, Mariana Alice de Oliveira.

Cuidando da saúde das mulheres [recurso eletr nico] / Mariana Alice de Oliveira Ignacio, Marli Teresinha Cassamassimo Duarte. - Botucatu : NEAD.TIS, 2016

1 E-book

1. Mulheres. 2. Homossexualidade feminina. 3. Doenças sexualmente transmissíveis - Prevenção. 5. Saúde sexual. 6. Saúde reprodutiva. 7. Núcleo de Educa o a Distância e Tecnologias da Informa o em Saúde. I. Título. II. Duarte, Marli Teresinha Cassamassimo.

CDD 616.951



Cuidando da saúde das mulheres



Cuidando da saúde das mulheres



Cuidando da saúde das mulheres

4



Cuidando da saúde das mulheres

5



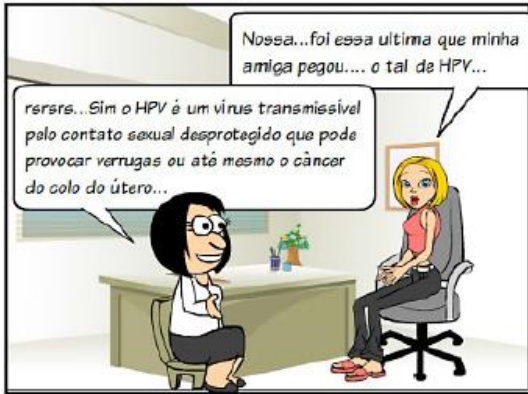
Cuidando da saúde das mulheres

6



Cuidando da saúde das mulheres

7



Cuidando da saúde das mulheres



- * Lavar as calcinhas com sabão de pedra (preferência o de coco)
- * Enxaguar bem até sair todo o sabão
- * NÃO deixar as calcinhas de molho em sabão em pó, amaciante ou água sanitária.
- * Deixar secar no sol (dias de chuva no coberto).
- * Após seca, passar o fundo da calcinha com ferro e guardar separado das outras roupas.
- * Dormir sem calcinha.
- * Usar calcinha de algodão, de preferência da cor branca
- * NÃO usar absorvente sem estar menstruada, e também NÃO usar absorvente ou papel higiênico com cheiro.
- * Usar sabonete de glicerina para lavar a vulva, enxaguar bem. NÃO fazer ducha íntima.
- * SEMPRE se limpar no sentido da vulva para o ânus e nunca ao contrário.
- * Fazer xixi após as relações sexuais.
- * Uso de preservativo em todas as relações sexuais.

Cuidando da saúde das mulheres



Cuidando da saúde das mulheres

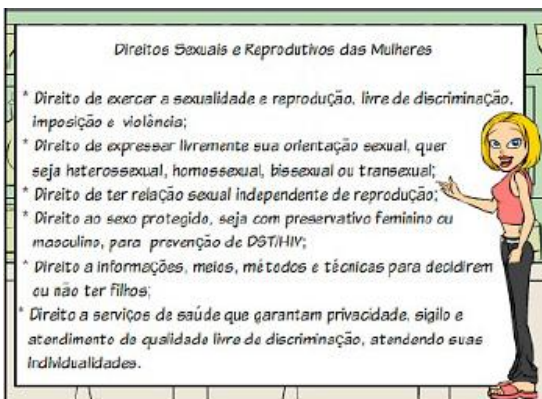


Cuidando da saúde das mulheres



Cuidando da saúde das mulheres

12



Referências

1. Ministério da Saúde. AIDS no Brasil [internet]. Brasília 2012. [atualização em 2014 acesso em 2014 out 01] Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/36364/aids_no_brasil_2012_17137.pdf
2. Marrazzo JM, Coffey P, Bingham A. Sexual Practices, Risk Perception and Knowledge Of Sexually Transmitted Disease Risk Among Lesbian and Bisexual Women. *Perspect Sex Reprod Health*. 2005 March ; 37(1): 6-12.
3. Ministério da Saúde. Guia prático sobre o HPV. Perguntas e respostas. Brasília 2014.
4. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS-SP. Centro de referencia e treinamento em DST/AIDS. São Paulo
5. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS-SP. Centro de referencia e treinamento em DST/AIDS. Con-jugalidade e prevenção as DST/AIDS. São Paulo 2011.

Apoio



Cuidando da saúde das mulheres

13