



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**PRISCILLA NUNES PORTO**

COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO E PADRÃO DO CONSUMO DE  
DROGAS DE MULHERES DE UMA COMUNIDADE RURAL

SALVADOR  
2021

**PRISCILLA NUNES PORTO**

**COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO E PADRÃO DO CONSUMO DE  
DROGAS DE MULHERES DE UMA COMUNIDADE RURAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de doutora em Enfermagem e Saúde na área de concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “Cuidado à saúde das mulheres, relações de gênero e etnicorraciais”.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jeane Freitas de Oliveira

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

P853 Porto, Priscilla Nunes.

Comportamento sexual e reprodutivo e padrão do consumo de drogas de mulheres de uma comunidade rural/Priscilla Nunes Porto. – Salvador, 2021.

144 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jeane Freitas de Oliveira.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, 2021.

Inclui referências.

CDU

**PRISCILLA NUNES PORTO**

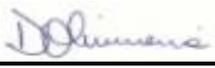
**COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO E PADRÃO DO CONSUMO DE  
DROGAS DE MULHERES DE UMA COMUNIDADE RURAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de doutora em Enfermagem e Saúde na área de Concentração “Enfermagem, Cuidado e Saúde”, na linha de pesquisa “Cuidado à saúde das mulheres, relações de gênero e etnicorraciais”.

**Aprovada em 27 de dezembro de 2021**

**BANCA EXAMINADORA**

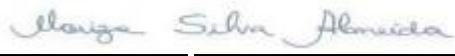
**Jeane Freitas de Oliveira**   
Doutora em Saúde Coletiva e Professora da Universidade Federal da Bahia

**Dejeane de Oliveira Silva**   
Doutora em Enfermagem e Saúde e Professora da Universidade Estadual de Santa Cruz

**Cleuma Sueli Santos Suto**   
Doutora em Enfermagem e Saúde e Professora da Universidade do Estado da Bahia

**Cátia Suely Palmeira**   
Doutora em Enfermagem e Professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

**Mirian Santos Paiva**   
Pós-Doutora em Psicologia Social e Professora da Universidade Federal da Bahia

**Mariza Silva Almeida**   
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

## DEDICATÓRIA

À todas as mulheres da minha vida, em especial à minha avó, **Maria Porto**, exemplo de força, resiliência e doçura. Obrigada por todos os ensinamentos.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, que me permitiu chegar até aqui e por todas as vezes que pensei em desistir, e o Senhor me amparou e me deu forças para continuar.

Ao meu pai, Átila Porto, que me apoiou até aqui, que esteve presente mesmo na distância, sendo minha base e meu alicerce, e meu exemplo diário de persistência e crença numa vida melhor.

À matriarca da família, minha vozinha, Maria Porto, por todo carinho e amor que sempre me dedicou. Dizem que vó é mãe com açúcar, e a senhora me faz ter certeza disso todos os dias.

À tia Vânia, que por tantas vezes assumiu o papel de mãe, me dando apoio, amor e conforto nos momentos que mais precisei. Obrigada por tanto.

Às mulheres incríveis da minha família, símbolos de força e resistência, por toda a sua luta e garra, e por terem tornado o caminho um pouco mais fácil.

Aos meus irmãos, Átila Júnior e Thayná Porto, meus motivos para continuar. Toda essa jornada não teria sentido se não fosse por vocês.

À minha querida orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jeane Freitas de Oliveira, exemplo de pessoa e profissional, por todos os ensinamentos, trocas e principalmente por toda a paciência. Sei que o caminho não foi fácil, mas a sua orientação tornou o fardo um pouco mais leve. Novamente eu digo, sem você, nada disso seria possível.

Às docentes da Escola de Enfermagem da UFBA, sobretudo à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Mirian dos Santos Paiva, por todo o conhecimento compartilhado e pelas valiosas contribuições nesse percurso.

Ao Grupo de Pesquisa Sexualidade, Vulnerabilidade, Drogas e Gênero, por todas as trocas e momentos compartilhados. Em especial ao subgrupo de mulheres rurais, Daine, Georgiane, Bianca e Laís, companheiras de conquistas e frustrações. O companheirismo e a amizade de vocês fizeram toda a diferença.

Às amigadas que se iniciaram no Mestrado e se solidificaram no Doutorado, em especial, às minhas amigas queridas Carle e Daiane. Carle, obrigada por todos os momentos de escuta, carinho e cuidado. Poder dividir essa trajetória com você tornou o

processo menos árduo. Dai, obrigada por estar presente, mesmo na ausência. Seu fez o percurso um pouco mais doce.

À Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Camaçari, que permitiu o desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos amigos da Unidade de Saúde da Família Coqueiro de Monte Gordo, meus companheiros na luta pela melhor assistência à população rural. Em especial às Agentes Comunitárias, por terem contribuído no processo de coleta, facilitando a aproximação das pesquisadoras com as mulheres da comunidade.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, por tornar esse um sonho possível.

E em especial, às mulheres rurais da comunidade de Coqueiro de Monte Gordo, pela participação na pesquisa e por serem símbolo de força e resistência. Obrigada por compartilharem um pouco da vida de vocês comigo. Essa conquista também é de vocês.

## **AGRADECIMENTO A AGÊNCIA DE FOMENTO**

Meu imenso agradecimento a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, por intermédio de bolsa de estudo durante a realização do Doutorado na Universidade Federal da Bahia - UFBA, Brasil.

**PORTO, Priscilla Nunes. Comportamento sexual e reprodutivo e Padrão do consumo de drogas de mulheres de uma comunidade rural.** Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2021. (Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jeane Freitas de Oliveira).

## RESUMO

O ambiente rural assume novas configurações, a partir da influência de construções sociais e de gênero. Nesse contexto, destaca-se as mulheres rurais, marcadas pela exclusão, desvalorização, duras jornadas de trabalho, subordinação, dentre outros fatores que tem contribuído para riscos e agravos à saúde. Além disso, diante do contexto que vivem, muitas recorrem ao álcool e outras drogas como forma de enfrentamento de sua condição social. Assim, o presente trabalho parte do pressuposto que a ruralidade interfere no seu contexto social para o seu processo de saúde e adoecimento, sobretudo no que concerne o exercício da sua sexualidade e o consumo de álcool e outras drogas. Diante disso, a presente pesquisa teve como objetivos: estabelecer diagnóstico de saúde no tocante ao comportamento sexual e reprodutivo e ao consumo de álcool e outras drogas de mulheres de uma comunidade rural; analisar o perfil sociodemográfico de mulheres que vivem em uma comunidade rural; caracterizar o comportamento sexual e reprodutivo; verificar o padrão de consumo de álcool e outras drogas; desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Participaram do estudo 259 mulheres que vivem na comunidade rural de Monte Gordo, Camaçari-BA. Os dados foram organizados e processados no software Statistical Package of Social Science (SPSS) versão 20.0, onde foram realizadas análises descritivas e inferenciais. Os resultados identificados na fase do diagnóstico apontam que as mulheres se concentravam majoritariamente com idade entre 30 e 49 anos (48,3%), pretas ou pardas (89,2%), católicas ou evangélicas (74,5%), com até 9 anos de estudo (46,3%) e renda familiar de até um salário-mínimo (68%). No que concerne ao comportamento sexual e reprodutivo houve maior proporção de mulheres que já haviam gestado (91,9%), que usavam algum tipo de método contraceptivo (67,2%), que não sabiam como ocorre a transmissão das infecções sexualmente transmissíveis (62,2%) e que não conhecem serviço de aconselhamento e testagem para as infecções (65,6%). Quanto ao padrão do consumo de álcool e outras drogas, as substâncias mais usadas foram o álcool (83,4%) e o tabaco (36,7%), seguidas pelos sedativos/hipnóticos (7,7%), maconha (5,4%) e anfetaminas (5,4%). A fase da ação teve que ser adaptada, visto que atividades coletivas foram inviabilizadas pelo contexto de Pandemia de COVID-19 no Brasil e no mundo. Para tanto, foram priorizadas atividades de educação em saúde de forma individual para as mulheres e seus companheiros, com aumento da oferta de métodos contraceptivos, do exame citopatológico e exames complementares. Foram produzidos materiais educativos acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis, sobre como tornar o uso do Preservativo mais prazeroso e sobre mecanismos de Redução de Danos. Os achados contribuem para a ampliação do olhar sobre as especificidades das mulheres rurais, considerando o impacto que o meio rural tem sobre os aspectos sociais, familiares e de saúde dessas mulheres. Assim, o estudo colabora para o conhecimento no campo da Enfermagem e da Saúde por possibilitar o compartilhamento de elementos que garantam a integralidade da assistência em saúde, contribuindo para minimizar as vulnerabilidades dessa população.

**Palavras-chave:** Mulheres. População rural. Drogas. Comportamento sexual. Pesquisa-ação.

PORTO, Priscilla Nunes. **Sexual and reproductive behavior and drug consumption pattern of a rural community**. Thesis (Doctorate degree in Nursing Practice and Healthcare). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2021. (Counselor Professor Doctor Jeane Freitas de Oliveira).

## ABSTRACT

However, the rural environment takes over new settings, resulting from the influence of social and gender constructions. In this context, emphasis is given to rural women, characterized by exclusion, depreciation, tough working hours, subordination, among other factors that have contributed toward health risks and diseases. In addition, in view of the context in which they live, many resort to alcohol and other drugs as a means to face their social condition. Thus, the present paper is based on the assumption that rurality interferes in the social context and health and illness process, mainly in relation to the exercise of one's sexuality and consumption of alcohol and other drugs. Accordingly, the present research had the following objectives: to establish a health diagnosis in relation to the sexual and reproductive behavior and the consumption of alcohol and other drugs of women from a rural community; analyze the sociodemographic profile of women living in a rural community; characterize sexual and reproductive behavior; verify the consumption pattern of alcohol and other drugs; develop actions for health promotion, protection and recovery. There were 259 women who took part in the study, living in the Monte Gordo, Camaçari-Ba. rural community. The data were organized and processed in the software Statistical Package of Social Science (SPSS) version 20.0, where descriptive and inferential analyses were carried out. The results identified during the diagnostics phase indicate that the women were mostly of ages between 30 and 49 years (48.3%), black or brown (89.2%), catholic or evangelical (74.5%), with up to 9 years of schooling (46.3%), and family income of up to one minimum wage (68%). In relation to sexual and reproductive behavior, there was a higher proportion of women had already given birth (91.9%), used some form of contraceptive method (67.2%), who did not know how transmission of sexually transmitted infections occur (62.2%) and who are not aware of counseling and testing services for infections (65.6%). As to the pattern of consumption of alcohol and other drugs, the substances most commonly used were alcohol (83.4%) and tobacco (36.7%), followed by sedatives/hypnotics (7.7%), marihuana (5.4%), and amphetamines (5.4%). It was necessary to adapt the action phase due to the fact that collective activities were not possible due to the COVID-19 Pandemic in Brazil and worldwide. Thus, priority was given to individual health education for women and their partners, with a higher offer of contraceptive methods, cervical-vaginal tests and complementary exams. Educational materials were produced related to sexually transmitted infections, on how to render the use of preservatives more pleasurable and on mechanisms for Damage Mitigation. The findings contribute towards enhancing the outlook on the specificities of rural women, considering the impacts that rural settings have on social, family and health aspects for these women. Accordingly, the study collaborates towards knowledge in Nursing and Healthcare, enabling the sharing of elements that guarantee the integrality of healthcare, contributing towards mitigating vulnerabilities regarding this population.

**Key-words:** Women. Rural population. Drugs. Sexual behavior. Research-action.

PORTO, Priscilla Nunes. **Comportamiento sexual y reproductivo y nivel de consumo de drogas de mujeres en una comunidad rural**. Tesis (Doctorado en Enfermería y Salud). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2021. (Orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jeane Freitas de Oliveira).

## RESUMEN

. Sin embargo, el entorno rural toma nuevas configuraciones a partir de construcciones sociales y de género. En ese contexto, se destacan las mujeres rurales, marcadas por la exclusión, desvalorización, duras jornadas de trabajo, subordinación, entre otros factores que han aportado a los riesgos y daños para la salud. Además, frente al contexto que viven, muchas de ellas recurren al alcohol y otras drogas como forma de enfrentamiento de su condición social. Así, el presente trabajo parte del presupuesto que la ruralidad interfiere en el contexto social y para el proceso de salud y enfermedad, mayoritariamente en lo relativo al ejercicio de la sexualidad y el consumo de alcohol y otras drogas. Frente a esto, la presente investigación tuvo como objetivos: establecer diagnóstico de salud en cuanto al comportamiento sexual y reproductivo y al consumo de alcohol y otras drogas de mujeres de una comunidad rural; analizar el perfil sociodemográfico de mujeres que viven en una comunidad rural; caracterizar el comportamiento sexual y reproductivo; verificar el nivel de consumo de alcohol y otras drogas. Desarrollar acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Participaron en el estudio 259 mujeres que viven en la comunidad rural de Monte Gordo, Camaçari-BA. Los datos fueron organizados y procesados en el software estadístico *Statistical Package of Social Science* (SPSS) versión 20.0, donde fueron realizados análisis descriptivos e inferenciales. Los resultados identificados en la fase de diagnóstico señalan que las mujeres se concentraban mayoritariamente con edad entre 30 y 49 años (48,3%), negras o pardas (89,2%), católicas o evangélicas (74,5%), con hasta 9 años de escolaridad (46,3%), y ingreso familiar de hasta un sueldo mínimo (68%). En lo relativo al comportamiento sexual y reproductivo, hubo una proporción más alta de mujeres que ya habían gestado (91,9%), que usaban algún tipo de método contraceptivo (67,2%), que no sabían cómo ocurre la transmisión de las infecciones por transmisión sexual (62,2%) y que no conocen el servicio de orientación y verificación para las infecciones (65,6%). Con relación al nivel de consumo de alcohol y otras drogas, las sustancias más usadas fueron el alcohol (83,4%) y el tabaco (36,7%), seguidas por sedativos/hipnóticos (7,7%), marihuana (5,4%), y anfetaminas (5,4%). La fase de acción tuvo que ser adaptada, puesto que las actividades colectivas fueron inviabilizadas por el contexto de la pandemia del COVID-19 en Brasil y en el mundo. Debido a esto, fueron priorizadas actividades de educación en salud de forma individual para las mujeres y sus parejas, con aumento en la oferta de métodos contraceptivos, del examen citopatológico y exámenes complementares. Fueron producidos materiales educativos acerca de las infecciones por transmisión sexual sobre como tornar el uso del preservativo más placentero y sobre mecanismos de reducción de daños. Los hallados contribuyen para la ampliación de la mirada sobre las particularidades de mujeres rurales, considerando el impacto que el medio rural tiene sobre los aspectos sociales, familiares y de salud de esas mujeres. Así, la investigación colabora para el conocimiento en el ámbito de la enfermería y de la salud por posibilitar el intercambio de elementos que garantizan la integralidad de la asistencia en salud, contribuyendo para minimizar las vulnerabilidades de esa población.

**Palabras-clave:** Mujeres. Población rural. Drogas. Comportamiento sexual. Investigación-acción.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características sociodemográficas de mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.	47
<b>Tabela 2</b> – Relações interpessoais de mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.	49
<b>Tabela 3</b> – Características sexuais e reprodutivas de mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.	52
<b>Tabela 4</b> – Vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis de mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.	55
<b>Tabela 5</b> – Uso de Preservativo entre mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.	58
<b>Tabela 6</b> – Associação entre manutenção da prática sexual na ausência de preservativo e variáveis sociodemográficas e de saúde sexual e reprodutiva de mulheres rurais de Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020, n=256.	59
<b>Tabela 7</b> – Associação entre a manutenção da prática sexual na ausência de preservativo e negociação da contracepção por mulheres rurais de Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020.	61
<b>Tabela 8</b> – Consumo de drogas, segundo ASSIST, por mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.	64
<b>Tabela 9</b> – Consumo de álcool, segundo AUDIT, por mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.	66
<b>Tabela 10</b> – Associação entre necessidade de intervenção sobre o consumo de tabaco e álcool e características sociodemográficas de mulheres rurais de Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020, n=256.	69

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Fluxograma coleta de dados	42
<b>Gráfico 1</b> – Consumo de álcool e outras drogas na vida por mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.	62
<b>Figura 2</b> – Hierarquização dos problemas identificados pela Equipe de Saúde da Família referente às mulheres de uma comunidade rural. Camaçari-BA, 2020.	71
<b>Quadro 1</b> - Problemas identificados pela Equipe de Saúde da Família referente às mulheres de uma comunidade rural e propostas prioritárias para intervenção – Camaçari-BA, 2020.	73

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
APS	Atenção Primária à Saúde
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
ASSIT	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONDRAF	Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural
COVID	Corona Virus Disease
CPF	Cadastro de Pessoa Física
DAB	Diretoria de Atenção Básica
DIU	Dispositivo Intrauterino
DPMR	Diretoria de Políticas para as Mulheres Rurais
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MAPP	Método Altadir de Planificação Popular
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PAA	Programa de Humanização do Pré-natal
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PETab	Pesquisa Especial de Tabagismo
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNCF	Programa Nacional de Crédito Fiduciário
PNDTR	Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
POPMR	Programa de Organização Produtiva de Mulheres Rurais
PRONAF	Redução de Danos
RD	Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SESAU	Secretaria de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
SPSS	Statistical Package of Social Science
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Teste Rápido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliar
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	17
2 OBJETIVOS	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	21
3.1 MULHERES RURAIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS	21
3.2 ASPECTOS SOCIAIS, DE SAÚDE E VULNERABILIDADE FEMININA NO CONTEXTO RURAL	25
3.2.1 Conjuntura da saúde sexual e reprodutiva das mulheres	27
3.2.2 Envolvimento feminino com Álcool e Outras Drogas	30
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS</b>	32
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	32
4.2 LÓCUS DA PESQUISA	35
4.3 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	36
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS	37
4.4.1 Formulário comportamento sexual e reprodutivo	37
4.4.2 ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)	38
4.4.3 AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	38
4.4.4 Questionário norteador das atividades de retorno	39
4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	39
4.5.1 Aproximação do lócus e teste do instrumento	39
4.5.2 Aplicação dos instrumentos: Fase I – Diagnóstico	40
4.5.3 Fase II – Planejamento	41
4.5.4 Fase III – Ação	41
4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	42
4.7 PRECEITOS ÉTICOS	43
<b>5 RESULTADOS</b>	44
5.1 FASE I – DIAGNÓSTICO	44

<b>5.1.1 Características individuais e sociais das mulheres rurais</b>	44
<b>5.1.2 Comportamento sexual e reprodutivo e vulnerabilidade às IST demulheres rurais</b>	50
<b>5.1.3 Padrão do consumo de álcool e outras drogas por mulheres rurais</b>	61
<b>5.2 FASE II – PLANEJAMENTO</b>	70
<b>5.2.1 Primeira etapa: identificação dos problemas</b>	70
<b>5.2.2 Segunda etapa: hierarquização dos problemas</b>	71
<b>5.2.3 Terceira etapa: Propostas prioritárias</b>	72
<b>5.3 FASE III – AÇÃO</b>	75
<b>5.3.1 Mudanças no processo de trabalho e enfrentamento da Pandemia do Covid- 19</b>	75
<b>5.3.2 Retorno para unidade e levantamento sobre as condições de saúde dapopulação</b>	80
<i>5.3.2.1 Isolamento social e mudança na rotina familiar</i>	81
<i>5.3.2.2 Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e manutenção do cuidado</i>	83
<i>5.3.2.3 Diagnóstico e enfrentamento ao COVID-19 no contexto familiar</i>	84
<b>5.3.3 Implementação das intervenções propostas</b>	85
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	92
<b>REFERÊNCIAS</b>	95
<b>APÊNDICES</b>	117
<b>APÊNCIDE A – Formulário comportamento sexual e reprodutivo</b>	117
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	120
<b>APÊNDICE C – Cartilha “O que preciso saber sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis?”</b>	122
<b>APÊNDICE D – Folheto “Vamos falar sobre a camisinha?”</b>	135
<b>APÉNDICE E – Folder “Redução de Danos para o Álcool e Outras Drogas”</b>	136
<b>APÉNDICE F – Questionário norteador das atividades de retorno</b>	138
<b>ANEXOS</b>	139
<b>ANEXO A - ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)</b>	139
<b>ANEXO B - AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)</b>	140
<b>ANEXO C – Parecer Consubstanciado CEP</b>	142

## 1 INTRODUÇÃO

Existem grupos populacionais que por diversos fatores são considerados vulneráveis. Esta vulnerabilidade geralmente está atrelada à negação de direitos sociais como o acesso econômico, social, cultura e à saúde. Dentre estes grupos, destaca-se a comunidade rural.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 15,6% da população brasileira vivem em comunidades rurais. A zona rural abrange populações e domicílios situados fora dos limites do urbano, contemplando os povoados, os núcleos e os aglomerados rurais de extensão urbana, (IBGE, 2012). Deste modo, o espaço rural é definido a partir das suas carências e por critérios de exclusão e não pelas suas características individuais (SIGAUD, 1992).

Entretanto, para classificar um território como rural ou urbano, além da geografia, cabe considerar as características da população. Geralmente, a população rural desenvolve-se em um contexto de simplicidade, com escassas opções de lazer e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, educação e assistência social (CELLA; QUEDA; FERRANTE, 2019; XIMENES; MOURA JÚNIOR, 2013).

Todavia, cabe ressaltar que por se tratar de um espaço geográfico que sofre influência das construções sociais, o meio rural passa por constantes mutações. Com o processo de modernização e globalização, mudanças significativas ocorreram no contexto rural, deixando este de ser necessariamente um lugar rústico e isolado (TUBALDINI et al., 2009; SABOURIN, 2000).

Diante disso, destaca-se o protagonismo das mulheres rurais, cujo contexto de vida é influenciado pelo gênero e pelo lugar de moradia e trabalho, o espaço rural. No geral, congregam as diferentes expressões, identidades e características do seu contexto social (FILIPAK, 2017).

A discussão da saúde da mulher rural perpassa pela análise das relações de poder que permeiam as esferas do público e do privado, articulando as várias instituições envolvidas nesse processo. As relações de poder interferem nos padrões de consumo de drogas e no comportamento sexual das mulheres rurais.

É de conhecimento geral que o consumo de substâncias psicoativas (SPA) e as infecções sexualmente transmissíveis (IST) são problemas sociais e de saúde de âmbito mundial. Esses problemas afetam a vida dos indivíduos e coletividade, sobretudo em grupos populacionais

considerados vulneráveis (AYRES et al., 2003; FIQUEIREDO; PEIXOTO, 2010; RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014). Suas principais causas estão relacionadas as desigualdades de diversas ordens estabelecidas histórica e culturalmente, tais como as desigualdades de gênero, raça, classe, dentre outras. Nessa perspectiva, as mulheres e, sobretudo as mulheres negras, pobres, residentes em zonas rurais constituem um grupo populacional com múltiplas vulnerabilidades que se interseccionam.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) ocorrem anualmente, cerca de 376 milhões de casos de IST curáveis no mundo (WHO, 2016). A liberdade de escolha é fundamental na área do controle da fecundidade, entretanto, pela dificuldade de negociação com seus parceiros, as mulheres acabam vivenciando muitas vezes gestações indesejadas o que pode repercutir em abortamentos ilegais e até mesmo aumento na mortalidade materna, bem como as IST (NICOLAU et. al, 2012).

No que concerne ao consumo de substâncias, as mulheres têm assumido protagonismo no fenômeno das drogas. Entretanto, ainda vivenciam um processo de exclusão e invisibilização social, sobretudo quando fazem uso abusivo. Estudo realizado em Salvador- BA com 19 profissionais de saúde identificou que a questão de gênero interfere nas representações sociais e estratégias assistenciais implementadas para mulheres que fazem uso de drogas (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2007).

Essa invisibilização fica ainda mais evidente quando as mulheres estão grávidas. Em um estudo realizado com 268 gestantes para verificar a associação entre o envolvimento com o álcool e outras drogas e as características sociodemográficas de gestantes, observou-se que aspectos como escolaridade, condição de moradia e raça se relacionam ao envolvimento (PORTO et al., 2018). Cabe ressaltar que as mulheres rurais apresentam características sociodemográficas adversas, o que pode contribuir para o maior envolvimento com o álcool e outras drogas. Isso pôde ser observado em um estudo realizado com mulheres que vivem uma comunidade rural, no qual observou-se que as características sociodemográficas estão associadas ao maior consumo do álcool (NASCIMENTO et al., 2020).

De tal modo, ressalta-se que a vulnerabilidade a danos e agravos sociais e de saúde está atrelada questões de ordem individual, mas também ao contexto no qual o sujeito está inserido, e relaciona-se com os fatores econômicos, de moradia, saúde, lazer, educação e gênero. Deste modo, questões de ordem social como baixa escolaridade, grande mobilidade geográfica, dificuldade de acesso aos bens, barreiras relacionadas ao gênero, estigma e dificuldades no

acesso aos serviços de saúde acarretam vulnerabilidades para estas mulheres (CARDOSO; MALBERGIER; FIGUEIREDO, 2008).

Nessa perspectiva, as mulheres no contexto rural estão expostas a desigualdades resultantes de um conjunto de aspectos individuais, sociais e programáticos, onde a vulnerabilidade pode ser identificada a partir dos potenciais de adoecimento e não-adoecimento e da capacidade de enfrentamento do indivíduo aos agravos (AYRES, 2006; MUNOZ SANCHEZ; BERTOLOZZI., 2007).

Vale salientar que as produções científicas relacionadas a comunidade rural estão voltadas majoritariamente para as questões do trabalho rural e renda. A escassez de estudos relacionadas as comunidades rurais podem estar atreladas a dificuldades de acesso, vinculadas a questões logísticas e financeiras, como isolamento, ausência de transporte público, inexistência ou instabilidade de sinal telefônico, dentre outros, o que repercute no tempo de desenvolvimento do estudo e custo financeiro (GONÇALVES et al., 2018).

O desconhecimento sobre os aspectos da vida e da saúde da população rural, sobretudo das mulheres rurais, contribui para a escassez da formulação e execução de políticas e ações voltadas para suas especificidades. Assim, observa-se a ausência de políticas públicas e de cuidados específicos voltados para a atenção à saúde das mulheres rurais. Por se tratar de população vulnerável e estigmatizada, pouca atenção tem sido dispensada aos problemas inerentes a esse público.

Nesse contexto, e a partir da minha inserção em uma Unidade de Saúde da Família, numa comunidade rural do município de Camaçari-Ba, em fevereiro de 2018, surge o meu interesse em desenvolver atividades voltadas para esta população, com atenção para as mulheres, grupo com o qual trabalho desde a pesquisa desenvolvida no mestrado (PORTO, 2015). Desde o início da minha atuação na unidade, por ser a única Enfermeira da equipe, meu atendimento foi destinado prioritariamente para as mulheres. No decorrer dos primeiros meses observei que as demandas de saúde se misturavam com demandas sociais e de gênero permeadas pelo contexto rural.

Durante as consultas, conversas em sala de espera ficava cada vez mais evidente a anulação das mulheres nas relações com seus companheiros, filhos e familiares de modo geral. Estavam sempre voltadas para as necessidades de seus filhos, companheiro e/ou outros familiares, deixando suas necessidades e desejos em segundo plano. Queixas relacionadas a esfera sexual e reprodutiva eram comuns, assim como relatos de envolvimento com a problemática das drogas, algumas vezes mencionando o próprio consumo de álcool e noutras,

o consumo de álcool e outras drogas pelo parceiro e/ou familiares. Nesse processo, surgiu o meu interesse em realizar atividades de intervenção relacionadas ao comportamento sexual e reprodutivo, no tocante as Infecções Sexualmente Transmissíveis, e ao consumo de álcool e outras drogas visando minimizar danos e agravos a saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das mulheres da comunidade.

Frente ao exposto, somou-se a necessidade de, na condição de Enfermeira da Unidade de Saúde da Família (USF), levantar problemas de saúde da população para planejar, executar, implantar e implementar estratégias e ações de cuidados destinados a necessidades e especificidades da população feminina. Assim, com base no princípio da integralidade do cuidado que rege o Sistema Único de Saúde, optei em realizar uma pesquisa de intervenção tomando como eixos questões relacionadas ao comportamento sexual e reprodutivo e ao consumo de álcool e outras drogas visando desenvolver ações de prevenção de danos e agravos e de promoção da saúde de mulheres rurais.

Deste modo, o presente trabalho parte do pressuposto de que a ruralidade interfere no contexto social de mulheres e para o seu processo de saúde e adoecimento, sobretudo no que concerne ao exercício da sua sexualidade e o consumo de álcool e outras drogas, temas invisibilizados em estudos realizados com essas populações.

Vale salientar que durante a execução do estudo, vários desafios foram enfrentados. Entretanto, os desafios foram minimizados com a participação de componentes do grupo de pesquisa em Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG), regularmente matriculadas no curso de mestrado e de graduação em Enfermagem. Assim foi formada uma equipe composta por mim e mais duas mestrandas e duas graduandas. A articulação da equipe possibilitou o desenvolvimento de duas dissertações que abordaram o padrão do consumo de álcool e outras drogas entre mulheres rurais (NASCIMENTO, 2020) e os fatores de risco para a sífilis e os determinantes sociais em saúde de mulheres rurais (MOTA, 2020), com publicações em periódicos indexados (NASCIMENTO et al, 2020; MOTA et al.,2021). Ademais, o trabalho em equipe possibilitou ainda a aprovação da pesquisa no edital PIBIC com duas bolsas, oportunizando a participação de graduandas.

Importante ressaltar que o desenvolvimento deste estudo foi atravessado pelo advento da pandemia do COVID-19, na fase final da coleta de dados, para o estabelecimento do diagnóstico. Com isso, algumas intervenções foram destinadas ao enfrentamento da pandemia, embora não tenham sido planejadas no desenho inicial da pesquisa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Estabelecer diagnóstico de saúde no tocante ao comportamento sexual e reprodutivo e ao padrão consumo de álcool e outras drogas de mulheres de uma comunidade rural.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analisar o perfil sociodemográfico de mulheres que vivem em uma comunidade rural de Camaçari-BA;
- Caracterizar o comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural;
- Verificar o padrão de consumo de álcool e outras drogas de mulheres de uma comunidade rural;
- Desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde no tocante ao comportamento sexual e reprodutivo e ao padrão consumo de álcool e outras drogas para mulheres de uma comunidade rural.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Para contextualização dos elementos teóricos que compõem o objeto do estudo, esse capítulo foi organizado com os seguintes tópicos: “Mulheres rurais: aspectos epidemiológicos e políticas públicas” e “Aspectos sociais, de saúde e vulnerabilidade feminina no contexto rural”.

### **3.1 MULHERES RURAIS: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E POLÍTICAS PÚBLICAS**

A condição de vida dos indivíduos é influenciada por diversos aspectos como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No

contexto feminino, problemas relacionados ao contexto de vida, podem ser ampliados pelas relações de gênero (BRASIL, 2004a).

Estima-se que o número de mulheres no Brasil seja de aproximadamente 103,5 milhões, o que corresponde há cerca de 51,4% da população brasileira (IBGE, 2014). Entretanto, apesar de representarem a maior parte da população do país, as mulheres se apresentam em condições de desigualdade quando comparadas aos homens. Assumem responsabilidades sociais mais cedo, com importantes mudanças nos modos de vida. Além disso, possuem os menores salários, alocadas em subempregos, com duplas ou triplas jornadas de trabalho, menor acesso aos espaços de decisão, e, portanto, as mais penalizadas pelo sucateamento de serviços e políticas sociais (TAVARES; ANDRADE; SILVA, 2009; OLIVEIRA, 2009).

Considerando as desigualdades de gênero, intensifica-se a necessidade de ações e políticas voltadas para as especificidades das mulheres, no intuito de solucionar as necessidades específicas dessa população. Para isso, houve necessidade de elaboração e reestruturação das políticas pública brasileiras.

A atenção à saúde da mulher no Brasil, que até então esteve voltada exclusivamente ao cuidado da saúde materno-infantil, começa a ganhar um novo olhar com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983. Surge, então, uma nova proposta de atenção baseada na integralidade do cuidado em todos os ciclos da vida da mulher. Contudo, apesar do avanço teórico, as ações permaneceram voltadas para a atenção clínico-ginecológica, ao pré-natal, parto e puerpério, controle das IST, do câncer cérvico-uterino e mamário, e para a concepção e contracepção (OSIS, 1998).

Com isso, em 2004 o PAISM evolui e torna-se a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que possui como objetivo promover a ampliação do conceito de saúde da mulher a partir da incorporação de questões como a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e iniciativas nas áreas do Trabalho e Economia, Direitos Humanos e Legislativo. Além disso, prevê a atenção à grupos específicos como as mulheres negras, lésbicas, trabalhadoras rurais, indígenas e em situação prisional (BRASIL, 2004a).

De tal modo, a criação da PNAISM, representa mudança no formato de assistência às mulheres em diversos aspectos, propondo um foco integral com valorização das questões de gênero e para as necessidades de grupos específicos. Entretanto, apesar do avanço significativo para o cuidado e atenção à saúde das mulheres, essas mudanças não atingiram a todas de forma igualitária, grupos específicos como o de mulheres rurais continuaram invisibilizados. As

especificidades das mulheres que vivem em comunidades rurais não foram contempladas pela PNAISM, e ainda não existem políticas públicas voltadas para a sua saúde.

Deste modo, a análise das condições de vida e saúde das mulheres rurais deve levar em conta as desigualdades vivenciadas, a dificuldade de acesso às políticas públicas, principalmente nas regiões mais pobres do país, aprofundando o seu contexto de vulnerabilidade (HEREDIA; CINTRÃO, 2006). Assim, o contexto feminino no ambiente rural possui características peculiares, com interações familiares, de trabalho e sociais muito próprias (TONET et al., 2016).

No Brasil, existem cerca de 14 milhões de mulheres que vivem nas comunidades rurais, representando 48% da população destas áreas (IBGE, 2012). São mulheres imbricadas pela limitação da sua situação pela perspectiva da reprodução, cuidado com a família e com a terra. Assumem papéis definidos pelas questões de gênero e vivenciam um duplo processo de opressão e exclusão, impostos pela situação de produção e reprodução e pela condição de ser mulher (PIRES, 2017). O contexto de vida dessas mulheres é marcado por características de vulnerabilidades para além do contexto geográfico em que residem, relações desiguais de gênero, raça e classe social, o que apresenta implicações para a sua saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2015).

Essas desigualdades resultam em um cenário de dependência financeira, seja de um familiar, companheiro ou de programas de transferência de renda do governo. Esses programas, sobretudo o Bolsa Família, são considerados instrumentos políticos para emancipação feminina. Entretanto, com o contexto de extrema pobreza, o benefício torna-se a única fonte de renda familiar, o que reforça o papel feminino de cuidado e manutenção do lar (SOUZA, 2017).

Na tentativa de melhorar a qualidade de vida da população rural, sobretudo das mulheres que vivem nessas comunidades, alguns programas e políticas foram criados. O Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA) por meio da Diretoria de Políticas para as Mulheres Rurais (DPMR) tem implementado e ampliado as políticas voltadas para as mulheres que vivem em comunidades rurais (BRASIL, 2015).

Um marco importante para as mulheres rurais foi a garantia de participação no Conselho Nacional de Desenvolvimento Rural (CONDRAF) que, por meio do Comitê de Políticas para Mulheres Rurais, discute estratégias para o desenvolvimento rural com igualdade de gênero (DEERE, 2004).

Em 2003 é lançado o Programa Nacional de Crédito Fundiário (PNCF), que garante às mulheres o título dos imóveis rurais. Neste caso, o imóvel não pode ser desapropriado, sendo

destinado para exploração em regime de economia familiar, garantido a essas mulheres, maior estabilidade no que se refere à moradia (BRASIL, 2006).

Também em 2003, é criado o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), para fortalecer e garantir a comercialização de produtos da agricultura familiar, onde a participação das mulheres deve ser considerada prioridade na seleção das propostas. Em 2011, estabeleceu-se a resolução 44/2011 que assegura o percentual mínimo de 5% do orçamento para as organizações de mulheres ou organizações mistas com pelo menos 70% de mulheres em sua composição (BRASIL, 2013; BRASIL, 2011a).

Ainda como forma de empoderamento das mulheres rurais, é criado também em 2003 o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – PRONAF Mulher, que fornece crédito para as mulheres trabalhadoras rurais e tem por objetivo fortalecer o trabalho das mulheres rurais em atividades agrícolas ou não agrícolas (ARAÚJO et. al, 2016).

Em 2007, cria-se o Programa Nacional de Documentação da Trabalhadora Rural (PNDTR) que busca assegurar às mulheres rurais o acesso a documentos como carteira de identidade, carteira de trabalho, Cadastro de Pessoa Física (CPF), dentre outros. Além da emissão de documentos, o programa propõe a realização de atividades educativas relacionadas às políticas públicas e os direitos das mulheres (BRASIL, 2006).

Posteriormente, no ano de 2008, é criado o Programa de Organização Produtiva de Mulheres Rurais (POPMR) que tem por objetivo fortalecer a economia e a organização econômica das mulheres rurais, promovendo a troca de saberes, conhecimentos técnicos, culturais, de gestão e comercialização, propiciando estratégias de organização para a produção de renda (GÓES; SCHAEFER; GEMAQUE, 2015).

Ainda na tentativa de melhorar as condições de vida da população rural, é lançada em 2011 a Portaria nº 2.866, que versa sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Essa portaria visa garantir às comunidades rurais acesso aos serviços de saúde com resolutividade, qualidade e humanização. Preconiza o cuidado na atenção primária e na média e alta complexidade incluindo serviços de urgência e emergência, considerando as demandas apresentadas de acordo com o perfil epidemiológico da população atendida (BRASIL, 2011b).

Essa política foi desenvolvida em amplo diálogo entre governo e lideranças dos movimentos sociais e baseou-se nas evidências de desigualdades e necessidades da população para buscar resolver o desafio de incluir as peculiaridades e especificidades de saúde das

peças que vivem em comunidades rurais (BRASIL, 2011b). No entanto, diante do contexto do país, ainda apresenta dificuldades em desenvolver o que foi proposto.

Observa-se que as diversas políticas voltadas para as mulheres rurais visam garantir direitos como acesso à documentação, à terra, ao crédito, à organização produtiva, à participação na gestão, dentre outros. Deste modo, a análise do contexto histórico revela que apesar de não existir uma política específica voltada para as demandas de saúde das mulheres rurais, existem inúmeros programas e políticas voltados para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres e conseqüentemente para o cuidado à saúde, conforme conceito ampliado.

### 3.2 ASPECTOS SOCIAIS, DE SAÚDE E VULNERABILIDADE FEMININA NO CONTEXTO RURAL

A vulnerabilidade às doenças e as situações adversas da vida estão presentes em contextos diferentes segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais e relaciona-se com as condições econômicas, de moradia, saúde, lazer, educação e gênero. Quando aplicado ao contexto feminino, mostra-se de grande relevância devido, sobretudo, às relações de desigualdade, subordinação e inferioridade aos homens. As relações entre homens e mulheres são marcadas por papéis diferenciados, nos quais as oportunidades são desiguais e favorecem aos homens (BERTOLOZZI *et al.*, 2009; SILVA; VARGENS, 2009).

O conceito de vulnerabilidade considera os fatores que podem influenciar na susceptibilidade dos indivíduos aos agravos. Os aspectos podem ser individuais, à exemplo do nível de conhecimento e da capacidade de enfrentamento aos agravos, ou coletivos, como o acesso à bens e serviços (AYRES, 2003; BERTOLOZZI *et al.*, 2009; ROGERS; BALLANTYNE, 2008).

A vulnerabilidade abrange três dimensões: individual, social e programática. As dimensões são interdependentes, e determinam o grau de vulnerabilidade dos indivíduos e comunidades aos agravos (MANN; TARANTOLA; NETTE, 1992). A dimensão individual envolve fatores como idade, raça e sexo, o nível de conhecimento e a capacidade de enfrentamento às situações adversas. Na dimensão social, estão envolvidos fatores como escolaridade, acesso aos recursos materiais, acesso aos meios de comunicação, e a capacidade de participação nas decisões políticas e institucionais. A dimensão programática abrange ações institucionais, ações de prevenção e controle dos problemas e os recursos sociais existentes (AYRES *et al.*, 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012; NICHATA *et al.*, 2008;

MANN; TARANTOLA; NETTE, 1992).

Para analisar a conjuntura da vulnerabilidade feminina é importante considerar ações vinculadas às desigualdades de gênero, étnico-raciais e socioeconômicas (SILVA; VARGENS, 2009; PINTO et al., 2011). Condições precárias de moradia e a exposição excessiva a diferentes formas de violência de ordem racial, de gênero, física, sexual, econômica, psicológica, moral e/ou simbólica potencializam as vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres (GIFFIN, 2002).

Observa-se que as condições de desigualdade e exclusão favorecem o desenvolvimento de agravos, bem como a falta da capacidade de enfrentamento aos mesmos, contribuindo para o adoecimento. Nesse contexto, a vulnerabilidade de pessoas que pertencem a segmentos sociais marginalizados pode ser potencializada ou suprida através da ausência ou presença de programas sociais, acesso a bens e serviços (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012; AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Estes fatores permeiam os contextos de vida das mulheres e contribuem para a manutenção das desigualdades, sobretudo no contexto das mulheres rurais. Estas mulheres estão imersas em um contexto de vulnerabilidade pela associação entre a desigualdade de gênero às desigualdades sociais resultantes da pobreza, escassez de recursos, falta de acesso à informação e não efetivação de políticas públicas (GIFFIN, 2002; KERGOAT, 1996).

Portanto, a análise da situação do contexto de vida, baseada no conceito de vulnerabilidade, amplia o olhar para o reconhecimento e a compreensão dos fenômenos da saúde, resultante da associação de fatores comportamentais, das condições e dos contextos políticos, culturais, sociais e institucionais, possibilitando a inserção de ações de saúde mais efetivas voltadas para realidade experienciada pelas comunidades (NICHIATA; BERTOLOZZI; TAKAHASHI; FRACOLLI, 2008).

Evidencia-se, assim, a necessidade de observar a saúde das mulheres que vivem nas zonas rurais ponderando os diferentes contextos de vida, trabalho e saúde da população, considerando ainda a capacidade de enfrentamento aos agravos e da promoção do autocuidado. Para a promoção da saúde destas mulheres faz-se necessário conhecer o espaço, estrutura e dinâmica em que estão inseridas, abarcando suas individualidades como crenças, religião, etnias e hábitos de saúde (THUM et al., 2011).

Nesse contexto, o principal desafio para o enfrentamento das vulnerabilidades é a dificuldade de mudança no contexto dos indivíduos, no qual prevalece o cenário de desigualdade social, deterioração das condições de vida, aumento dos riscos e agravos à saúde e diminuição do poder de enfrentamento. A promoção da saúde está intrinsecamente ligada à

melhoria da qualidade de vida, portanto, é necessário investimento em questões como educação, lazer, transporte, renda, habitação, dentre outros (HEIDMANN et al, 2006).

Portanto, o acesso à informação e o empoderamento pode atuar como fator redutor da vulnerabilidade (MANN; TARANTOLA, NETTE, 1992). Esse processo ocorre por meio da oferta de informações, serviços sociais e de saúde aos indivíduos e comunidades de forma a permitir-lhes fazer escolhas e mantê-las. Assim, o empoderamento das populações é uma importante ferramenta para a efetivação da transformação da realidade de saúde das pessoas. Através do empoderamento econômico, político, social e cultural possibilita-se a melhor compreensão do processo saúde-doença e a sua relação com o contexto social (HEIDMANN et al, 2006).

Logo, o empoderamento possibilita que as populações em condições de desigualdade e de exclusão tenham voz, poder de decisão e participação social (COSTA-COUTO, 2007). Portanto, desenvolver atividades de cunho educativo que visem a promoção à saúde das mulheres que vivem na zona rural pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres, seus familiares e sua comunidade.

De tal forma, conhecer a vida de mulheres rurais sob a perspectiva da vulnerabilidade amplia o olhar sobre o cuidado ao considerar o contexto social dessas mulheres e das instituições. Tais aspectos possibilitam a execução de ações voltadas para suas especificidades e a produção de reflexões fundamentais para a formulação de políticas e estratégias de saúde a partir das necessidades da coletividade, identificadas a partir das condições reais dos grupos sociais.

### **3.2.1 Conjuntura da saúde sexual e reprodutiva das mulheres**

As transformações nos papéis exercidos pela mulher na sociedade contemporânea, como a intensa participação nos ambientes públicos, acesso a todos os níveis de formação educacional, inserção no mercado de trabalho, independência financeira e advento dos métodos contraceptivos, contribuíram para a mudança no comportamento sexual e reprodutivo feminino, colaborando para uma significativa diminuição da fecundidade das mulheres brasileiras (HORTA; CARVALHO; NOGUEIRA, 2005; MOURA, 2005; WONG; MORELLI; CARVALHO, 2009; DIAS, 2008).

Entretanto, em contraste com o cenário nacional, as mulheres que vivem em regiões mais isoladas, ainda apresentam a precocidade sexual, com elevado número de filhos, gravidez na adolescência e curto intervalo entre as gestações (VILELA et al., 2018; RODRIGUES;

BARROS; SOARES, 2016). De modo geral, esse comportamento sexual e reprodutivo está associado a baixa escolaridade, ao baixo desenvolvimento socioeconômico, acesso restrito aos bens sociais e a restrição das liberdades individuais (SILVA et al., 2015).

Nessa conjuntura, destacam-se as mulheres rurais, com um contexto marcado pelas desigualdades estruturais, incluindo falta de infraestruturas e serviços, discriminação de instituições, instabilidade econômica pela restrição no acesso à terra, ao crédito e ao apoio financeiro, e pela falta de acesso a programas sociais (LIMA; SANTOS; VASCONCELOS, 2016). Além disso, vivenciam um conjunto de déficits como falta de abastecimento de água, más condições de moradias, baixa qualidade do ambiente do entorno dos domicílios, baixa escolaridade, entre outros (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2012; BORGES; DAL FABRO; FERREIRA FILHO, 2006).

Os comportamentos adotados para prevenção se relacionam com os recursos físicos, sociais, econômicos e pessoais disponíveis (FERREIRA et al., 2019; BARBOSA et al., 2019). No que concerne às mulheres e ao comportamento sexual e reprodutivo, a vivência das iniquidades sociais contribui para a subordinação feminina no tocante à tomada de decisões sobre o cuidado à saúde, sobretudo para o uso de métodos contraceptivos e prevenção às IST (BOLAÑOS-GUTIÉRREZ, 2019).

As IST ocorrem principalmente por meio da relação sexual desprotegida, mesmo em indivíduos assintomáticos (BRASIL, 2018a). Dados da OMS revelam que são diagnosticados mais de um milhão de novos casos de IST curáveis no mundo entre pessoas de 15 a 49 anos por dia (WHO, 2016). Em 2017, a taxa de detecção média de casos novos foi de 1,8/10 mil habitantes para o HIV, 0,6/10 mil habitantes para a Hepatite B, 1,2/10 mil habitantes para a Hepatite C e 5,8/10 mil habitantes para a Sífilis (BRASIL, 2018a; BRAIL, 2018b; BRASIL, 2018c).

A vulnerabilidade feminina às IST tem suas raízes nas relações históricas das desigualdades de gênero e de poder (MOURA et al., 2020). Como exemplo das relações desiguais de poder vivenciadas, as mulheres rurais têm o seu direito de negociação do sexo seguro negado e o seu acesso à informação limitado, o que as torna mais vulneráveis à IST e às gestações indesejadas (ALEXANDRE, 2010; SILVA; PAIVA, 2006).

Além disso, vivenciam situações de violência, o que repercute diretamente sobre a sua saúde física, psicológica, sexual e reprodutiva. Ocorre principalmente devido às definições sociais que atribuem à mulher papel inferior, tornando-as limitadas em todos os níveis da

hierarquia social. Ademais, a violência vem acompanhada pelo estigma, medo, vergonha, tabus e preconceitos (BOULDING, 1981; BRASIL, 2006).

Deste modo, as relações de gênero exercem impacto nas escolhas dos métodos contraceptivos. Mulheres com relações estáveis ou com envolvimento afetivo tendem a não usar o preservativo (BORGES, 2007). Estas mulheres vivem a dificuldade da negociação do sexo seguro, sendo subjugadas ao desejo do parceiro, permanecendo numa relação de dependência e subordinação, o que afeta a autonomia das mulheres e as expõem ao risco de infecção (RUFINO et al., 2016). Em estudos com mulheres sobre o uso do preservativo, elas referiram que o parceiro recusava o uso do preservativo por qualquer motivo (FRANCISCO et al., 2016; LEITE et al., 2019).

Dados da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira realizada em 2013, aponta que 98% dos brasileiros com idade entre 15 e 49 anos possuem conhecimento acerca da importância do preservativo como método preventivo às IST e gestações indesejadas. Em contraposto, foi observado baixas taxas de uso desse método (BRASIL, 2016). Ressalta-se que o Ministério da Saúde adota como estratégia de prevenção às IST, a disponibilização gratuita de preservativos masculinos e femininos na Atenção Básica (AB).

Cabe salientar que mesmo com o aumento da oferta dos métodos de prevenção às IST, a prática do sexo desprotegido é cotidiana e o número de IST no Brasil e no mundo é alarmante (NASCIMENTO; CAVALCANTI; ALCHIERRI, 2017). Estudos apontam que embora a maioria das mulheres tenha conhecimento da ação protetora do preservativo, cerca de 73% não fazem o uso do método na prevenção de infecções (FERNANDES et al., 2000; REIS; MELO; GIR, 2016).

Nesse cenário, as mulheres ficam mais susceptíveis às IST e as gestações não planejadas. O acesso limitado à informação atrelado à submissão ao companheiro, dificulta as escolhas em relação à contracepção. Mesmo quando fazem uso de algum método como o anticoncepcional hormonal ou a esterilização cirúrgica, métodos mais utilizados entre as mulheres, têm dificuldade em exigir o uso do preservativo ficando vulneráveis às IST. No contexto das mulheres rurais, dados a respeito das IST são ainda incipientes. Entretanto, considerando as relações desiguais de gênero marcantes nessa população, pela dificuldade de negociação do uso do preservativo, o número de infecção pode ser considerável, por isso ressalta-se a importância de um olhar mais atento às especificidades dessas mulheres.

### 3.2.2 Envolvimento feminino com Álcool e Outras Drogas

Estudos têm revelado que as populações que vivem em comunidades rurais apresentam vulnerabilidade para o consumo e problemas relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas. Essa vulnerabilidade está atrelada às condições de vida como baixa renda e escolaridade, com precárias condições de trabalho e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (LAMBERT et al, 2008; COOMBER et al, 2011; OSER et al, 2011).

O consumo de substâncias, antes considerado como prática predominantemente masculina, ganha espaço entre as mulheres. Nas últimas décadas tem ocorrido uma mudança no padrão do consumo de drogas na sociedade brasileira, com mulheres assumindo o protagonismo no fenômeno das drogas. Segundo dados do I e o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado no Brasil, houve aumento significativo do consumo de álcool e de outras SPA entre as mulheres, sobretudo, para aquelas com idade entre 18 e 34 anos (CARLINI *et al.*, 2001; 2005).

A mudança no padrão de consumo de drogas pelas mulheres tem relação com a mudança do estilo de vida, onde elas se inserem no mercado de trabalho, seja este formal ou informal, mas continuam a assumir sozinhas as responsabilidades de cuidado com o lar, marido e filhos, resultando em duplas ou triplas jornadas de trabalho. Isso, somado aos baixos salários, desvalorização do trabalho, e dificuldade de acesso à bens e serviços favorece o consumo de drogas como válvula de escape para esse grupo populacional (WOLLE et. al, 2011; CARLOTO; GOMES, 2011). Esse cenário é ainda pior quando consideradas as mulheres rurais, que dificilmente tem reconhecimento e remuneração adequada pelo trabalho desenvolvido.

Entretanto, mesmo com todas as mudanças nos padrões sociais, o consumo de drogas pelas mulheres ainda é considerado como prática inadequada. A representação sobre o consumo feminino de SPA é influenciada pelo contexto social, onde as mulheres são incentivadas ao não uso, para não contaminarem o papel dito feminino e exercerem as funções familiares idealizadas (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013; OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007).

Estas mulheres são frequentemente rotuladas como negligentes e estão ligadas aos estereótipos de que são mais agressivas, e que tendem à promiscuidade. Portanto, quando fazem uso prejudicial das drogas assumem características próprias, necessitando de atenção voltada às suas necessidades (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2007).

O consumo abusivo de álcool e outras drogas se apresenta como problemática mundial. O álcool é responsável por cerca de 6,0% de todas as mortes no mundo (WHO, 2014). Em países em desenvolvimento, o uso indevido de álcool cresce de forma alarmante, evidenciando

a gravidade da incapacidade associada ao seu consumo, a exemplo dos transtornos físicos como cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica e lesões decorrentes de acidentes automobilísticos (BRASIL, 2004).

Além do álcool, outras drogas têm ganhado maior aceitação pelo universo feminino. Enquanto os homens são mais propensos a usar drogas ilícitas, as mulheres têm mais tendência às drogas lícitas como o álcool, tabaco, opioides e tranquilizantes. Entretanto, esse padrão é influenciado por características culturais, e não biológicas. Uma outra diferença importante relacionada ao gênero é que as mulheres tendem a consumir drogas com seus parceiros, enquanto os homens tendem a consumir com amigos (UNODC, 2018).

A pesquisa aponta ainda, que as mulheres que sofreram adversidades ao longo da vida têm maior probabilidade de desenvolver quadros de ansiedade e depressão e são mais propensas a usar substâncias para automedicação, podendo fazer uso abusivo (UNODC, 2018). Com isso, o número de internamentos por dependência de SPA tem aumentado substancialmente para as mulheres. Entretanto, sabe-se que o número de internações não reflete a realidade, visto que a droga atinge todas as classes sociais, mas nem todas as mulheres têm condições socioeconômicas para procurarem ajuda médica e/ou clínicas particulares de reabilitação o que aponta para a ampliação de vulnerabilidades (ZILBERMAN et al, 2001;2003).

Ademais, mulheres que fazem uso de drogas ilícitas são marginalizadas socialmente, seja pela criminalização do uso da droga ou pelo estigma de questões inerentes ao “feminino”, como a maternidade, o cuidado com os filhos e com a família. Essas mulheres raramente procuram os serviços de saúde devido à discriminação que sofrem. Geralmente só são identificadas quando passam por situações de internamento involuntário para recuperação ou por episódios de intoxicação química, em delegacias de polícia ou hospitais (ZILBERMAN *et al.*, 2001, 2003).

No Brasil, em pesquisa realizada sobre o consumo de cocaína e crack, identificou que existe cerca de 370 mil usuários de crack, sendo 21,3% destes, mulheres. Observou ainda que 20% da população que frequenta as chamadas “cracolândias” é feminina, estando em um contexto de vulnerabilidade, ampliado pela baixa escolaridade, vivência em situação de rua, violência sexual e troca de sexo por dinheiro, ficando mais expostas aos agravos à saúde (BASTOS; BERTONI, 2014).

Por vezes, a falta de condições financeiras para manter o consumo, pode levar as usuárias às atividades ilícitas como roubo e tráfico de drogas ou praticar sexo em troca de drogas ou de dinheiro, submetendo-se a situações de risco como gravidez indesejada, ou contaminação

por IST's (ZILBERMAN *et al.*, 2003; YAMAGUCHI *et al.*, 2008; NAPPO *et al.*, 2010). A condição socioeconômica desfavorável é fator determinante para as mulheres, principalmente as negras e moradoras de comunidades periféricas se envolverem com consumo e comércio ilegal de drogas (BARCINSKI, 2009; SOUZA, 2009). Deste modo, as mulheres rurais, diante da conjuntura de pobreza, podem vivenciar o consumo abusivo e o comércio de drogas.

Em um estudo realizado com 87 mulheres rurais nos Estados Unidos da América (EUA), observou-se que o uso de SPA era realizado como mecanismo de proteção para a saúde mental, estresse, trauma, e para os problemas da vida. O uso de substâncias como mecanismo de fuga é resultado da barreira e estigmatização que enfrentam ao buscar cuidados para a sua saúde mental, o que reforça a baixa autoestima e promove ainda mais o consumo de SPA (SNELL-ROOD; STATON; KHEIBARID, 2019).

Os dados sobre o consumo feminino de drogas em comunidades rurais são ainda incipientes. Portanto, ressalta-se a necessidade de observar as repercussões das drogas para as mulheres, sobretudo para as mulheres rurais, seja no âmbito físico, social, psicológico ou afetivo, pois o fenômeno das drogas interfere na qualidade de vida e ocasiona problemas de saúde.

## **4 MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quali-quantitativa do tipo pesquisa-ação. A escolha por essa modalidade ocorreu pela intenção de desenvolver, conjuntamente com a comunidade, atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, infecções sexualmente transmissíveis e gestações não planejadas.

Segundo Thiollent (2003), a pesquisa-ação é realizada em associação com uma intervenção para a solução de um determinado problema coletivo, para o qual pesquisadoras/es e participantes se envolvem de modo cooperativo e participativo. Nesse contexto, a interação com a população favorece melhor compreensão do seu contexto social, das relações interpessoais, crenças, percepções e opiniões (MINAYO, 2014). Ademais, permite espaço para

a argumentação e interpretação das informações com base na discussão coletiva (THIOLLENT, 2011).

A pesquisa-ação surge na década de 40, sendo usada primordialmente para solucionar problemas de relacionamentos decorrentes de mudanças de atitudes e comportamentos dos indivíduos durante e após a segunda guerra mundial (HAGUETTE, 2013, THIOLLENT, 2011). Teve como precursor o psicólogo Kurt Lewin, o qual indicou que para sanar problemas nos âmbitos sociais seriam necessários três aspectos: compreender a situação na qual se deseja trabalhar; identificar os problemas a serem enfrentados; e planejar a ação (HAGUETTE, 2013).

Diferente do que é preconizado pela ideologia dominante na ciência, onde a neutralidade da pesquisa deve ser fator determinante, na pesquisa-ação, o/a pesquisador/a desenvolve papel ativo na realidade dos fatos observados. De tal modo, participa do processo, disponibilizando ferramentas necessárias ao contexto social com o qual está envolvido/a. De tal forma, o envolvimento no processo torna-se mais adequado que a postura de distanciamento, neutralidade e rigidez metodológica (FREIRE, 1997; KITCHIN, 2001; THIOLLENT, 2011).

Desse modo, o método da pesquisa-ação permite captar informações geradas pela mobilização coletiva em torno de ações concretas. Tal captação não seria possível pelo método tradicional da observação passiva. Nesse contexto, a população participante deixa de ser apenas informante passiva e passa a ser agente da ação, onde há o reconhecimento da sua importância social e valorização do seu conhecimento local. De tal forma, a pesquisa-ação reconhece os conhecimentos regionais como a base para a execução de ações que promovam a melhoria da vida dos indivíduos (CAMERON; GIBSON, 2005; THIOLLENT, 2011).

As pesquisas-ação têm objetivos práticos e científicos onde são trabalhados simultaneamente a resolução de problemas, tomada de consciência e produção de conhecimento (THIOLLENT, 2011; HAGUETTE, 2003). A didática empregada busca desenvolvimento e modificação de atitudes, portanto não se constitui de estratégia para transmissão vertical de conhecimentos. Nessa perspectiva, o sujeito é ator da sua história, sendo, portanto, capaz de analisar o seu contexto de vida, identificar os problemas, e promover mudanças para a melhoria da sua qualidade de vida e da sua comunidade (THIOLLENT, 2011).

Na área da saúde, a pesquisa-ação é utilizada comumente nos programas de Saúde Coletiva. Seu uso na Enfermagem está em expansão, sobretudo, nas áreas da saúde coletiva, hospitalar, obstetrícia, psiquiatria e docência. Essa expansão se justifica pela possibilidade de promover mudanças de rotinas, implantação de serviços, modificação de comportamento de um

grupo de indivíduos, em que os sujeitos são corresponsáveis pela ação realizada (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008).

O desenvolvimento de uma pesquisa-ação, contrariamente a outros tipos de pesquisa, exige uma flexibilidade. Por vezes, suas fases precisam ser adaptadas de acordo com as circunstâncias e com a dinâmica interna do grupo e dos pesquisadores no seu relacionamento com a situação investigada (COSTA; POLITANO; PEREIRA, 2013). Essa dinamicidade foi essencial para a continuidade do desenvolvimento da pesquisa, visto a dificuldade da execução de algumas etapas.

Segundo Thiollent (1997) a pesquisa-ação possui cinco fases clássicas: diagnóstico; planejamento da ação; execução das ações; avaliação das ações; avaliação da aprendizagem específica.

A fase do diagnóstico, ou fase exploratória, consiste em reconhecer o campo da pesquisa, os participantes e suas expectativas, estabelecendo os problemas, as prioridades e as possíveis ações a serem desenvolvidas (TOLEDO, 2006). Para a fase do diagnóstico foi adotada uma abordagem quantitativa. Foram utilizados instrumento estruturados e a realização de testes rápidos (TR) para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C. A partir da análise desses fatores, foram identificados os principais pontos para intervenção e realização da ação.

A fase do planejamento versa sobre identificar os problemas e planejar as ações a serem executadas. Consiste em examinar e discutir as informações coletadas e tomar as decisões sobre as diretrizes das ações que serão realizadas. Nesta etapa, é necessário definir precisamente as metas tangíveis da ação e os critérios de sua avaliação, garantindo a participação da população e a incorporação das suas sugestões (THIOLLENT, 2011).

Para o planejamento da ação foi adotado o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP). Trata-se de um mecanismo utilizado para o planejamento participativo para discussão de problemas de bases populares (JUNCKES, 2010).

O método MAPP é utilizado preferencialmente para viabilizar a planificação através de diretrizes populares e comunitárias. Neste método, há o incentivo à participação da comunidade no desenvolvimento da identificação de problemas e no planejamento das ações (BALDISSERA; GOES, 2012). Propicia um planejamento eficiente através do envolvimento da comunidade para a discussão, seleção e hierarquização de problemas no intuito de planejar e propor soluções (ITEIA, 2008). Neste processo o diagnóstico e o planejamento deixam de ser ações verticalizadas a partir do olhar dos pesquisadores, passando a ser desenvolvidos juntamente com a comunidade. Considerando o contexto da Pandemia e a impossibilidade de

reunir as mulheres da comunidade, para garantir o planejamento participativo, foram convidados para o planejamento das ações a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), como representantes da comunidade, visto serem mulheres que moram e conhecem bem a comunidade.

A fase da ação consiste na efetivação das ações planejadas na etapa anterior (THIOLLENT, 2011). Envolve todos os momentos da pesquisa-ação, pois é nesta fase que ocorre a coleta dos dados, descrição da problemática, intervenções necessárias, e estabelecimento dos critérios para avaliação da intervenção (SANTANA; SILVA, 2009).

Essa foi a etapa que sofreu maior impacto pela Pandemia da COVID-19, considerando que todas as atividades coletivas não puderam ser realizadas, sendo postergadas para execução quando retornarmos à normalidade. Dessa forma, a execução das ações ocorreu por meio do desenvolvimento de atividades individuais de cuidados com a saúde como realização de teste rápido (TR) para IST, exame citopatológico para prevenção do colo uterino, oferta de métodos contraceptivos, dentre elas a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU), de acordo com o desejo da participante. Estas e demais ações foram desenvolvidas a partir das necessidades identificadas na organização das informações obtidas nas etapas anteriores, e adaptadas segundo o contexto vivido. A ação tem como objetivo promover soluções para os problemas identificados na fase do Diagnóstico.

A fase da avaliação consiste na análise crítica do processo, motivação dos participantes e dos resultados alcançados (TOLEDO, 2006). É o momento em que ocorre a leitura exaustiva dos dados coletados desde o diagnóstico até a implementação da ação para consumir a construção dos conhecimentos adquiridos com a pesquisa (GRABAUSKA et al., 2003).

A avaliação das ações e da aprendizagem específica não foram realizadas, considerando que elementos essenciais da intervenção não foram realizados. Para tal avaliação, propõe-se a realização de uma nova pesquisa, após normalização das condições de saúde e implementação das intervenções coletivas propostas.

## 4.2 LÓCUS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na comunidade rural Coqueiro de Monte Gordo, localizada na costa do município de Camaçari – Bahia. O município de Camaçari possui 784,548 Km de extensão, com população estimada de 296.893 habitantes, sendo aproximadamente 6% dessa população de característica rural (IBGE, 2017). Possui o maior PIB (Produto Interno Bruto)

Industrial do Nordeste, contudo, é marcado por altos índices de pobreza, desemprego e concentração de renda, bem como expressiva presença de condições precárias de habitação e escassez de ações afirmativas de combate à pobreza e de garantia de direitos (NEVES, 2010).

A comunidade de Coqueiro de Monte Gordo conta com uma USF responsável pelo atendimento da comunidade adscrita. É vinculada à Secretaria de Saúde de Camaçari-BA (SESAU), e constitui-se como uma das quatro unidades que atendem a zona rural do município. A unidade possui uma equipe de Saúde da Família, composta por uma Enfermeira, um Médico, duas Técnicas de Enfermagem, nove ACS, uma recepcionista e dois vigilantes patrimoniais. Atende aproximadamente 9.000 pessoas, sendo o número estimado de 2500 mulheres maiores de 18 anos.

Por se tratar de uma área extensa e com escasso transporte público, o acesso da comunidade ao serviço é dificultado. O transporte público é insuficiente, com dois horários ao dia - 04h e 16h, fazendo com que muitos usuários cheguem ainda de madrugada para atendimento. Outros recursos utilizados são caronas no ônibus escolar, ir andando ou pegar mototáxi, que gera um custo mínimo de quatorze reais por pessoa. Na tentativa de minimizar a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, uma vez por mês, a equipe se desloca para o povoado mais distante para realizar os atendimentos médico e de enfermagem.

#### 4.3 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

Participaram do estudo 259 mulheres que vivem na comunidade rural de Monte Gordo, Camaçari-BA, e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; estar cadastrada na USF do território. Como critério de exclusão, adotamos: não apresentar condições de interagir com a pesquisadora no momento da coleta.

Dados da territorialização realizada pela equipe da USF Coqueiro de Monte Gordo, a população feminina da comunidade está estimada em 4000 mulheres, com composição de 62,5% com idade acima de 18 anos. Foi realizado cálculo amostral, utilizando-se o tamanho da população de estudo (2.500), com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, obtendo-se um total de 334 mulheres. Entretanto, considerando as dificuldades de acesso à população, optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência.

Com o Pandemia de COVID-19, fez-se necessária a interrupção da coleta, momento em que foi atingida uma amostra de 10,36% da população alvo, sendo este um quantitativo considerado representativo da população investigada.

#### 4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA A PRODUÇÃO DOS DADOS

Para o estabelecimento do diagnóstico situacional de saúde acerca do comportamento sexual e reprodutivo e do padrão do consumo de drogas das participantes foi utilizada a entrevista com diferentes instrumentos: formulário com questões fechadas para levantamento de dados sociodemográficos, de saúde, e comportamento sexual e reprodutivo; Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST); e Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) para estimar padrão de consumo de drogas, descritos a seguir.

##### 4.4.1 Formulário comportamento sexual e reprodutivo

O formulário (Apêndice A) utilizado foi adaptado a partir do formulário de investigação utilizado pela pesquisadora no desenvolvimento da pesquisa do seu mestrado. Constatou também com questões modificadas do instrumento adaptado e validado para uso no Brasil, o CONDOM SELF-EFFICACY SCALE (SOUSA et al., 2017) e questões adaptadas dos marcadores de vulnerabilidade de mulheres brasileiras às IST desenvolvidos em pesquisa nacional em 2011 (GUANILO; TAKAHASHI; BEERTOLOZZI, 2014).

O instrumento foi previamente testado com 30 mulheres da comunidade rural onde a pesquisa foi desenvolvida. Posteriormente algumas questões foram ajustadas para melhor compreensão das participantes, resultando em um formulário estruturado com 88 questões. Esse instrumento foi utilizado para identificar as características sociodemográficas e de saúde; caracterização familiar e indicadores sociais, e comportamento sexual e reprodutivo, que estão descritas a seguir:

- a. **Características sociodemográficas:** inclui questões fechadas e semiabertas relacionadas à idade em anos, raça/cor autodeclarada, religião, grau de escolaridade, situação conjugal e ocupação.
- b. **Características de saúde:** inclui questões fechadas e semiabertas relacionadas à presença de doenças crônicas, antecedentes pregressos, condições clínicas atuais.
- c. **Caracterização familiar:** inclui questões fechadas e semiabertas sobre doenças crônicas na família, relacionamentos interpessoais, convivência com usuários de drogas, conflitos familiares e vivência de violência.

- d. **Indicadores sociais:** inclui questões fechadas e semiabertas relacionadas sobre tipo de moradia, infraestrutura domiciliar, renda familiar, acesso aos Programas de transferência de renda, acesso à informação e acesso a serviços de saúde.
- e. **Comportamento sexual e reprodutivo:** inclui questões fechadas e semiabertas sobre práticas sexuais, número de gestações e abortos, uso de preservativos, uso de contraceptivo, negociação do uso de preservativo, diagnóstico de IST e vulnerabilidade às IST.

#### **4.4.2 ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)**

Para diagnóstico do envolvimento feminino na problemática das drogas, no que diz respeito ao consumo, foi utilizado o **Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST** (Anexo A). Trata-se de um instrumento validado nacional e internacionalmente, desenvolvido por pesquisadores vinculados à OMS para triagem do uso de SPA. O questionário estruturado contém oito questões sobre o uso de diferentes classes de substâncias psicoativas: tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos. O ASSIST possibilitou a coleta de informações como: o uso de substâncias na vida e nos últimos três meses; problemas relacionados ao uso de substâncias; risco atual ou de futuros problemas decorrentes do uso; indícios de dependência; e uso de drogas injetáveis (HENRIQUE et al., 2004).

Por meio desse instrumento padronizado, foram coletadas informações sobre o uso de substâncias e os problemas relacionados a esse uso ao longo da vida e nos últimos três meses. Além disso, possibilitou conhecer os riscos atuais e os futuros problemas decorrentes do uso, indícios de dependência e possível uso de drogas injetáveis.

#### **4.4.3 AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**

Instrumento usado internacionalmente, desenvolvido pela OMS e validado no Brasil voltado exclusivamente para a avaliação do uso de álcool (Anexo B). Composto por dez questões com objetivo de classificar o consumo em quatro diferentes padrões de acordo com a pontuação, a saber: uso de baixo risco, uso de risco, uso nocivo e provável dependência, sendo

os três últimos considerados como uso problemático do álcool (MORETTI- PIRES; CORRADI -WEBSTER, 2011).

O uso deste instrumento para as mulheres rurais permitiu detectar, intervir e minimizar os possíveis riscos relacionadas ao consumo do álcool à qual essas mulheres estão expostas, tanto na fase inicial do consumo quanto na fase tardia e uso prejudicial desta substância.

#### **4.4.4 Questionário norteador das atividades de retorno**

Questionário com 04 questões (APÊNDICE E) e encaminhado para as 259 participantes da primeira etapa do estudo, através do aplicativo de interação social, WhatsApp®, considerando a necessidade de manutenção do isolamento social. Buscou-se identificar situações vivenciadas pelas mulheres no contexto da pandemia que pudessem interferir na sua saúde e de seus familiares, bem como em seu contexto familiar e social.

A aplicação e registro das repostas do questionário foi realizado com a colaboração das ACS. Esse procedimento foi realizado entre setembro e outubro de 2020. Dentre as respostas obtidas, algumas responderam por mensagem de texto, outras responderam por áudio. As respostas em áudio foram transcritas e todas as respostas foram organizadas segundo a similaridade do discurso, e estão descritas abaixo.

### **4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS**

Todas as fases do processo da produção de dados para o desenvolvimento da pesquisa estão descritas abaixo e apresentados em Fluxograma (Fluxograma I), para facilitar a visualização das etapas seguidas.

#### **4.5.1 Aproximação do lócus e teste do instrumento**

Apesar de estar inserida no serviço onde a pesquisa foi realizada, as demais pesquisadoras envolvidas no projeto não conheciam a comunidade. Nesse sentido, fez-se necessário uma aproximação da equipe de pesquisa com os profissionais da USF e das mulheres da comunidade. Nesse primeiro momento, foi apresentada aos profissionais a proposta de desenvolvimento da pesquisa e os seus respectivos objetivos. Nesse momento, as pesquisadoras

puderam observar a dinâmica do serviço, o número de atendimentos realizados e a estrutura física da unidade para que a coleta pudesse ser estruturada.

Posteriormente, foi realizado o teste do instrumento *Formulário comportamento sexual e reprodutivo*, no período de abril e junho 2019, com 30 mulheres cadastradas na USF, com o intuito de avaliar a adequação do tempo de aplicação, a linguagem empregada e as instruções para o preenchimento. A aplicação aconteceu nos turnos da manhã e tarde, de acordo com o fluxo de mulheres na unidade de saúde. Essas mulheres eram abordadas enquanto aguardavam pelas consultas., e em caso de concordância, direcionadas à espaços reservados para a aplicação do Instrumento.

Algumas dificuldades foram encontradas durante esse período, como: o número limitado de pesquisadoras para aplicação, baixo interesse das mulheres em responder o instrumento, problemas relacionados ao serviço como horário de funcionamento reduzido, falta de energia ou desmarcação de consultas. Essas intercorrências contribuíram para o número limitado de participantes na fase de teste. O tempo médio para o preenchimento do formulário foi de 10 minutos para cada participante.

A partir da análise da aplicação, observamos a necessidade de adaptação nas estratégias de coleta, com ajuste de algumas questões, considerando a importância de torná-las compreensíveis ao público-alvo, para o adequado desenvolvimento da pesquisa.

#### **4.5.2 Aplicação dos instrumentos: Fase I – Diagnóstico**

A fase de aplicação dos instrumentos consiste na primeira fase da pesquisa-ação, o Diagnóstico. Os instrumentos foram aplicados por meio de entrevista não gravada a 259 mulheres. Apesar da quantidade de instrumentos, a pesquisa obteve grande aceitação das mulheres nessa fase, com número reduzido de recusas, o que pode estar atrelado à oferta dos testes rápidos no momento da entrevista, o que ampliou o interesse para a participação.

Inicialmente a coleta ocorreu na USF, mas devido à baixa contemplação de participantes, devido às limitações da equipe, optou-se por desenvolver a pesquisa no território, em Visita Domiciliar (VD), sendo as pesquisadoras acompanhadas pelas ACS.

As mulheres foram abordadas e convidadas pelas entrevistadoras, que discorreram sobre os objetivos da pesquisa e sua livre-escolha de participação. Após aceite, as mulheres que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), e responderam ao instrumento de coleta de dados.

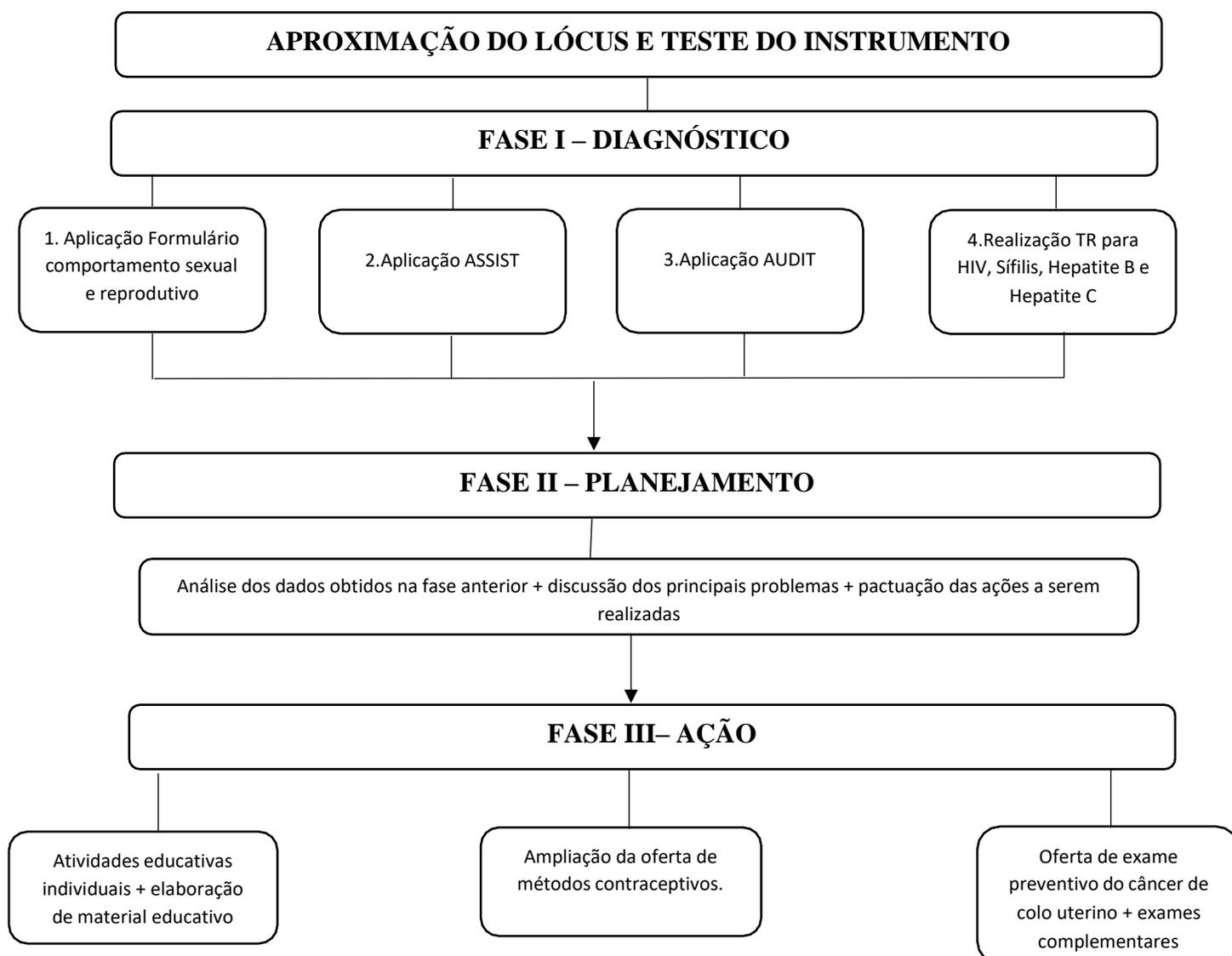
#### **4.5.3 Fase II – Planejamento**

Para a fase de planejamento das ações, após a análise dos dados obtidos, reuniu-se a equipe mínima da USF e as ACS, que além de serem profissionais da saúde, são mulheres que compõem a comunidade, conhecem a realidade e foram capazes de colaborar de forma efetiva para a elaboração de estratégias de intervenção.

Para tal, foram realizadas reuniões para apresentação dos dados coletados e discussão dos principais problemas, bem como sobre as hipóteses de solução. Posteriormente, foi realizado o planejamento das ações para intervenção, visando atingir os problemas identificados na fase do Diagnóstico.

#### **4.5.4 Fase III – Ação**

A fase da ação tem como objetivo efetivar as estratégias propostas na fase do planejamento. Considerando a interferência da Pandemia e a impossibilidade de realizar as estratégias coletivas propostas, nessa fase foram realizadas atividade de educação em saúde de forma individual, sobretudo nas consultas de enfermagem; produção de material educativo com linguagem acessível; intensificação da oferta de métodos contraceptivos, incluindo os preservativos; e, aumento da oferta de exames preventivos do câncer de colo uterino e de exames complementares. Acrescido a isso, realizou-se levantamento da situação de saúde das participantes para identificar como a Pandemia de Covid-19 afetou a vida das participantes e de seus familiares. Todas as intervenções foram realizadas como tentativa de minimizar os problemas identificados no Diagnóstico e prevenir riscos de complicações.

**Figura 1** – Fluxograma coleta de dados

Fonte: Elaboração própria.

#### 4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos instrumentos formulário comportamento sexual e reprodutivo, ASSIST e AUDIT foram organizados e processados no software estatístico Statistical Package of Social Science (SPSS) versão 20.0 da plataforma Windows, onde foram realizadas análises descritivas (índices percentuais, frequência de casos e escores).

Foram realizadas também análises bivariadas com o objetivo de verificar diferenças proporcionais entre as condições sociodemográficas e a necessidade de intervenção para o

consumo de álcool e tabaco. Para tal, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e de Fisher ao nível de 5% de significância ( $\alpha \leq 0,05$ ).

Para verificar a associação entre a manutenção do ato sexual na ausência do preservativo e os elementos de vulnerabilidade às IST, utilizou-se o *Odds Ratio* (OR) com intervalo de confiança a 95%.

A avaliação das questões relacionadas ao COVID-19 ocorreu de acordo com os pressupostos teóricos e metodológicos da Análise do Discurso (AD), na perspectiva de Orlandi (2015). Assim, a análise ocorreu por meio dos recortes dos discursos das participantes, que compuseram o corpus discursivo. A AD não se prende à língua ou à gramática, considera para além, tomando o Discurso como objeto, definido como movimento e prática da linguagem (ORLANDI, 2015).

#### 4.7 PRECEITOS ÉTICOS

Atendendo as recomendações da Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012b) que versa sobre a ética na pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – EEUFBA, obtendo parecer favorável sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) número 3.246.291 (ANEXO C).

Todas as participantes foram informadas sobre a natureza voluntária e confidencial da participação na pesquisa. Foram esclarecidos previamente os riscos oferecidos pelo estudo, considerando o desconforto que a entrevistada poderia sentir ao compartilhar elementos de sua vivência/experiência. Também foram apontados os benefícios da sua participação. O TCLE foi assinado por todas as participantes. Como forma de manter o sigilo, cada entrevistada foi identificada por um número.

Garantiu-se ainda às participantes o direito de desistirem da pesquisa, em qualquer fase, sem que isso lhes oferecesse prejuízo. Com o objetivo de garantir a confidencialidade das informações, as publicações não permitirão a identificação das mesmas. Foram informadas que o material poderá ser utilizado para fins de outros estudos, desde que consentido pelo CEP, neste caso, será submetido um adendo com a inclusão dos objetivos específicos desta pesquisa.

Embora este estudo não ofereça riscos físicos, nem complicações legais, por se tratar de temas sensíveis, poderá causar constrangimento ao relatar fatos da vida pessoal. Visando reduzir estes riscos, os instrumentos foram aplicados em ambiente reservado, sem que houvesse

interrupções de pessoas estranhas, e o nome das participantes foi omitido. Caso ocorresse situação de constrangimento, a pesquisadora interromperia o momento da coleta de dados e ofertaria acolhimento à participante até que ela se restabelecesse e pudesse decidir se desejava prosseguir com a coleta. Em casos em que ocorreu diagnóstico positivo durante a realização do TR, foi ofertado acolhimento e escuta pela pesquisadora, tratamento e acompanhamento em unidades de saúde especializadas da rede de Camaçari, de acordo com a necessidade.

Os dados coletados serão utilizados apenas para objetivos acadêmicos e científicos com divulgação em congressos, seminários, atividades afins e publicação em periódicos da área. Os dados ficarão de posse da pesquisadora por um período de cinco anos. Após esse período, o banco de dados será arquivado na sede do Grupo de Pesquisa ao qual a pesquisadora estiver vinculada.

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 FASE I - DIAGNÓSTICO**

#### **5.1.1 Características individuais e sociais das mulheres rurais**

As características sociodemográficas e de saúde das participantes se assemelham as encontradas em outros estudos realizados com as populações rurais (BARBOSA et al. 2019; BORTOLOTTI, MOLA, TOVO-RODRIGUES; 2018). Esses elementos representam para essas mulheres um contexto de vulnerabilidade individual e social, representados aqui pela inter-relação entre as características dessas mulheres jovens, negras, com baixa escolaridade, baixa renda e multiparidade.

Na Tabela 1 são apresentadas informações sobre as características sociodemográficas das mulheres rurais. No que concerne a faixa etária, as mulheres se concentravam majoritariamente com idade entre 30 e 49 anos (48,3%), com idade média de 36,8 anos (dp=2,6). Essa faixa etária corresponde ao momento em que há aumento das cobranças para o cumprimento dos papéis e responsabilidades femininas definidas socialmente, com o de reproduzir o papel cultural de mãe, cuidadora do lar e da família. Atrelado a isso, a cobrança pela responsabilidade de produzir, para contribuir financeiramente para o sustento familiar. Contribuição essa, vista apenas como ajuda, como suplementar, pois, socialmente, compete ao

homem o provento da família, sendo o trabalho feminino considerado como secundário (BRUMER, 2004).

Ressalta-se que apesar de socialmente haver uma dissociação entre o reprodutivo e o produtivo, para a mulher, essas questões coexistem e repercutem diretamente em seu cotidiano (FISHER, 2012). A repercussão pode ser maior ou menor, a depender do contexto em que as pessoas estão inseridas, a exemplo das mulheres rurais, onde há forte estreitamento entre os dois.

Houve predomínio das mulheres que se declararam pretas ou pardas (89,2%). Sabe-se que a raça pode ser considerada como fator de vulnerabilidade. No Brasil, pessoas negras estão imersas em contextos de iniquidades, apresentando piores indicadores sociais e de saúde (WERNECK, 2016). Associado a isso, as desigualdades sociais, de gênero e classe, potencializam as vulnerabilidades vivenciadas por essas mulheres. Desse modo, é importante considerar que a mulher rural negra vivencia maiores dificuldades de acesso à educação, ao mercado de trabalho e aos bens e serviços.

A imersão em uma religião foi um fator presente entre as entrevistadas. Dentre as religiões mais predominantes, estavam a católica e a evangélica (74,5%). A religião pode atuar como fator de proteção ou como fator potencializador das vulnerabilidades.

Quando seus preceitos contribuem para a inserção e aproximação com a comunidade, promoção do autocuidado e da autopreservação, atua como fator fortalecedor dos indivíduos e da coletividade. Entretanto, pode atuar como agente de vulnerabilidades ao promover a crença religiosa como única detentora do saber, descredibilizando outros, como os saberes científicos. Pode ainda, em um processo alienador, naturalizar as desigualdades nas relações de poder, contribuindo para a aceitação da violência e abuso nas relações. Para as comunidades rurais, a influência da religião assume proporções ainda maiores, estando arraigadas no cotidiano dessas pessoas (DUARTE; NETO, 2013).

A maior parte das mulheres relatou ter até 9 anos de estudo (46,3%). Nesse grupo estão contempladas as que nunca estudaram e as que fizeram até o ensino fundamental completo. Dados do Censo Demográfico de 2010 apontaram que 21% das mulheres rurais eram analfabetas e 54% tinham o ensino fundamental incompleto (IBGE, 2012). A baixa escolaridade dificulta a entrada no mercado de trabalho, principalmente em posições mais valorizadas. Além disso, atrapalha a inserção em espaços de poder e de tomada de decisão, potencializando as situações de vulnerabilidade.

Predominaram as mulheres que possuíam companheiro (69,5%) no momento da entrevista. Ter companheiro pode se configurar como situação de vulnerabilidade, como por exemplo, quando a mulher experiencia a subordinação na relação, podendo ter dificuldade de negociar o uso do contraceptivo. Estudo nacional aponta que as mulheres que têm relacionamento estável tendem a usar menos o preservativo, o que as torna mais vulneráveis às IST (PLUTARCO et al, 2019). Além disso, têm suas vulnerabilidades potencializadas quando adotam comportamentos que podem ser nocivos por influência dos seus companheiros, a exemplo do consumo de álcool e outras drogas. Há relatos de mulheres que desenvolveram padrão de uso abusivo de drogas por tentarem acompanhar seus parceiros no consumo (OLIVEIRA; MACCALLUM, 2010).

Houve maior prevalência entre as participantes que viviam em casa própria ou cedida (85,3%). A localidade apresenta características peculiares no que se refere à moradia. É comum a construção de diversas casas em um mesmo lote. Ou seja, em um único terreno, geralmente do patriarca ou matriarca da família, os filhos costumam construir os chamados “puxadinhos”, que são estruturas improvisadas, construídas sobre a laje ou no fundo de outro imóvel, geralmente de forma precária e com espaço reduzido.

Quanto às questões socioeconômicas, a maior proporção das entrevistadas afirmou possuir renda familiar de até um salário-mínimo (68%). A baixa renda influi sobre o padrão de vida dessas mulheres, que por vezes não conseguem suprir as necessidades básicas da família como educação, alimentação e habitação (PINTO et al., 2011). Deste modo, a condição de pobreza e miséria contribui para marginalização e exclusão dessas mulheres dos espaços de poder e tomada de decisão, o que perpetua o ciclo de vulnerabilidade social e programática.

A maior parte das mulheres referiu exercer atividade remunerada (66,8%), entretanto, os trabalhos relatados eram predominantemente informais. As mulheres exerciam função de agricultoras familiares, cocadeiras, faxineiras, empregadas domésticas, vendedoras ambulantes, manicures, cabelereiras, dentre outras. Com isso, ressalta-se a importância da inserção da mulher rural no mercado formal de trabalho, pois é a partir da oportunidade de geração adequada de renda, que se cria condições para a conquista de outros direitos (FISHER, 2012).

Dentre as entrevistadas, 64,1% relataram possuir algum grau de dependência financeira, tendo como principal mantenedor o companheiro ou ex-companheiro (80,1%). A baixa remuneração e o desemprego obrigam as mulheres a contar com a renda de outras pessoas para se manter e manter o lar, geralmente dependem de um familiar ou companheiro, o que as condiciona a viver situações de subordinação, e por vezes a permanência em relações infelizes

(SAFFIOTI, 2013; SILIPRANDI, 2015). Portanto, a dependência financeira contribui para a desigualdade nas relações, promovendo a subalternidade da mulher diante da dominação masculina nas relações rurais (GRADE, GUIZZO; 2019).

Arelada a baixa renda, as participantes relataram que pelo menos três pessoas dependiam da renda total da família (56,3%). A renda familiar baixa associada ao alto número de dependentes aumenta as situações de vulnerabilidade social das mulheres rurais e de seus familiares. Considera-se que uma família com renda per capita inferior à meio salário-mínimo se encontra em situação de vulnerabilidade econômica e social (IPEA, 2012). As participantes do estudo contam com renda de até um salário para sustento toda a família, estando parte delas em situação de pobreza extrema, necessitando de acesso aos benefícios governamentais.

A maior parte afirmou não receber nenhum tipo de benefício social (52,5%). Dentre as que recebiam, o auxílio predominante foi o Programa Bolsa Família (PBF). O PBF é um dos principais programas de transferência de renda do país, direcionado às famílias em situação de pobreza e pobreza extrema, com objetivo de diminuir situações de vulnerabilidade. Em 2019 a cobertura do programa era 14,4 milhões de famílias (BRASIL,2019). O PBF apresenta extrema importância para a redução das desigualdades sociais e para rompimento do ciclo de pobreza extrema no país (SOARES; RIBAS; OSORIO, 2010).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas de mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>		
18 a 29	89	34,4
30 a 49	125	48,3
≥ 50	45	17,4
<b>Cor autodeclarada</b>		
Preta/ Parda	231	89,2
Branca/ Outras	28	10,8
<b>Religião</b>		
Católica/ Evangélica	193	74,5
Outras/ Não possui	66	25,5
<b>Anos de estudo</b>		
Até 9	120	46,3
Entre 9 a 12	53	20,5
Mais de 12	86	33,2
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	180	69,5
Sem companheiro	79	30,5
<b>Situação de moradia</b>		
Casa própria/cedida	221	85,3
Casa alugada	38	14,7
<b>Renda familiar</b>		
≤ 1 Salário-Mínimo*	176	68,0

> 1 Salário-Mínimo	83	32,0
<b>Atividade Remunerada</b>		
Com remuneração	173	66,8
Sem remuneração	86	33,2
<b>Dependência Financeira</b>		
Independente	93	35,9
Parcialmente dependente	70	27,0
Totalmente dependente	96	37,1
<b>Dependente de quem (166)</b>		
Companheiro/ex-companheiro	133	80,1
Familiar/Outros	33	19,9
<b>Dependentes da renda familiar</b>		
1 ou 2	113	43,6
3 ou 4	106	40,9
> 4	40	15,4
<b>Benefício social governo</b>		
Sim	123	47,5
Não	136	52,5

---

Salário-mínimo= R\$ 998,00 (2019); R\$ 1045,00 (2020)

A tabela 2 apresenta informações sobre as relações interpessoais vivenciadas pelas entrevistadas. Quanto à rede de apoio social, 57,5% referiram não contar com nenhum tipo de suporte. Dentre as que referiram possuir algum nível de apoio, houve predomínio das mulheres que contavam com amigos, “irmãos da igreja”, conhecidos, dentre outros. A família foi pouco referida como fonte de apoio social. O apoio social reflete as relações construídas por uma pessoa ao longo da vida com as quais pode-se contar em momentos de crise ou mudança (JULIANO; YUNES, 2014). De tal forma, contar com uma rede de apoio social, contribui para o enfrentamento dos problemas. Ao não possuir essa rede, seja familiar ou externa, as mulheres rurais podem experimentar os problemas sociais, familiares e de saúde de forma mais intensa, aumentando o impacto desses problemas em sua vida.

Dentre as entrevistadas, 21,2% referiram conflitos familiares, sendo que 46,4% desses conflitos ocorriam diariamente ou frequentemente. O conflito está presente constantemente nas relações humanas. Apesar de natural, esses conflitos podem evoluir de forma a causar problemas nas relações. A vivência de conflitos no âmbito familiar pode promover a fragilização dos vínculos, afetando diretamente as relações interpessoais, podendo resultar em manifestações de violência entre os membros da família.

A violência intrafamiliar foi referida por 23,6% das mulheres, sendo predominante a violência entre os pais. A violência intrafamiliar consiste num tipo de violência que prejudica a integridade física e psicológica dos membros da família, envolve a violência doméstica bem como contra crianças e adolescentes. Caracteriza-se pela determinação de padrões abusivos dentro da família nuclear, que leva à rigidez no desempenho dos papéis familiares (OLIVEIRA

et al., 2015; MIURA et al., 2018). Importante destacar que a ocorrência de violência intrafamiliar pode ser naturalizada e perpetuada nas relações da(o)s filha(os) com seus cônjuges, sobretudo no contexto rural, onde as mulheres tomam como padrão as experiências de suas mães, avós e tias.

Observou-se que 22,8% das participantes já haviam sofrido algum tipo de violência, sendo que 63,9% referiram ter sofrido violência doméstica ou sexual, praticada predominantemente pelo companheiro ou ex-companheiro (56,1%). A violência contra a mulher no contexto rural não deve ser olhada isoladamente, visto que compreende aspectos sociais, culturais e econômicos (COSTA; LOPES; SOARES, 2015). Cabe salientar que para a maioria dessas mulheres, o conceito de violência envolve apenas a violência física, questões como violência psicológica, patrimonial e/ou moral não chegam a ser consideradas.

A violência contra a mulher é determinada pelas relações desiguais de poder perpetuados na sociedade. Em uma sociedade patriarcal, onde o homem tem poder sobre o corpo feminino, a expressão da violência tornou-se rotineira e cotidiana. No contexto rural, a invisibilização da problemática é ainda maior, e a violência contra a mulher rural continua sendo produzida e reproduzida de forma hierárquica e desigual (BUENO; LOPES, 2018).

**Tabela 2** – Relações interpessoais de mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.

<b>Relações interpessoais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Apoio social</b>		
Sim	110	42,5
Não	149	57,5
<b>Conflitos familiares</b>		
Sim	55	21,2
Não	204	78,8
<b>Frequência conflitos</b>		
Diariamente	8	14,5
Frequentemente	23	41,8
Raramente	24	43,6
<b>Violência intrafamiliar</b>		
Sim	61	23,6
Não	198	76,4
<b>Sofreu violência</b>		
Sim	59	22,8
Não	200	77,2
<b>Tipo de violência (59)</b>		
Doméstica	29	49,2
Sexual	14	23,7
Outras	16	27,1
<b>Quem praticou (59)</b>		
Companheiro/ ex-companheiro	32	56,1
Outros	27	43,9

### 5.1.2 Comportamento sexual e reprodutivo e vulnerabilidade as IST de mulheres rurais

Na Tabela 3 são apresentados dados relacionados às características sexuais e reprodutivas das participantes do estudo. Quanto à idade da primeira relação sexual, houve proximidade entre as mulheres com a coitarca com idade inferior a 16 anos (41,3%) e as com idade entre 16 e 18 anos (42,5%). O início da vida sexual é um evento considerado importante na vida uma mulher. Esse momento é influenciado pelas questões culturais e de gênero, especialmente em contextos rurais, onde há a reprodução de condutas conservadoras, sobretudo no que tange ao comportamento sexual e às relações de gênero (CURTIS; WATERS; BRINDIS, 2011). Nesse sentido, o início da atividade sexual tem ocorrido cada vez mais cedo. Esse início precoce pode ser considerado como comportamento de risco, que pode ser potencializado pela dificuldade de diálogo, dificultando o acesso e o conhecimento sobre os métodos contraceptivos, o que pode contribuir para aumento do número de parceiros sexuais na vida e maior exposição às IST (SILVA et al., 2015).

Dentre as entrevistadas, houve predomínio das que relataram ter tido entre um e três parceiros sexuais na vida (67,7%). O baixo número pode estar relacionado às questões culturais que envolvem a sexualidade e as relações de gênero nas comunidades rurais (CURTIS; WATERS; BRINDIS, 2011). Entretanto, o número informado pode não ser real, visto que existe uma representação do número correspondente ao socialmente aceitável. Enquanto os homens são estimulados a ter várias parceiras, as mulheres são ensinadas desde crianças, que o número de parceiros sexuais está associado ao caráter. Desta forma, crescem inibindo os seus desejos e se culpando pelo exercício da sua sexualidade, e muitas vezes omitindo sobre a real quantidade de parceiros.

Observou-se uma maior proporção entre as mulheres que já haviam gestado (91,9%). A construção social em volta da maternagem reproduz nessas mulheres a necessidade de gestar. A divinização da maternidade e do amor materno, onde a mulher se torna eixo familiar, com extrema devoção aos filhos, sem a qual a criança não poderia existir, torna a mulher que não deseja ser mãe um problema para a sociedade (MOURA; ARAÚJO, 2004). No contexto rural, onde esses pensamentos são ainda mais enraizados, a gestação se torna função natural para essas mulheres, não havendo problematização sobre o ato de ser mãe.

Dentre as que já haviam engravidado, a maior parte referiu ter tido entre uma e três gestações (71,8%). O número de gestações entre as mulheres tem diminuído de forma significativa nos últimos anos, está diretamente ligado a indicadores de desenvolvimento

econômico, ao fortalecimento das instituições públicas e a mudanças nas relações de gênero (CAVENAGUI; ALVES, 2018). Entretanto, observa-se que quase 30% das entrevistadas apresentam um número alto de gestações, o que pode estar atrelado a menor escolaridade, dificuldade de acesso às informações e métodos contraceptivos, baixa renda e inacessibilidade ao mercado de trabalho.

Predominaram as entrevistadas que realizaram pré-natal em todas as gestações (81,1%) e que fizeram pelo menos 6 consultas no último pré-natal (72,3%). Esses dados mostram que mesmo diante de todas as dificuldades, como o acesso inadequado aos bens e serviços, as mulheres rurais têm acionado a unidade de saúde em busca da assistência no período gestacional. Sabe-se que o acompanhamento pré-natal não necessita de altas tecnologias, sendo responsabilidade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a assistência integral dessas mulheres, observando suas especificidades, para assegurar o desenvolvimento adequado da gestação e a promoção da saúde do binômio mãe-bebê. O Ministério da Saúde estabelece como critérios de uma assistência adequada, o início precoce do pré-natal e a realização de pelo menos seis consultas (BRASIL, 2013).

As entrevistadas negaram ter sofrido ou realizado aborto em algum momento na vida (74,5%). O aborto é um tema delicado que necessita, por vezes, de uma maior vinculação para ser tratado. Para discutir abortamento faz-se necessário compreender como as questões sociais, religiosas, jurídicas e familiares pesam no contexto dessas mulheres. Ao considerar que o aborto é crime diante da justiça humana e da justiça divina, as mulheres dificilmente assumem já ter realizado aborto na vida. As mulheres que assumem o aborto, são aquelas que o sofreram de forma espontânea, e que não se sentem culpadas e julgadas por isso. Ao contrário, as mulheres que interrompem a gravidez por desejo próprio sofrem estigma, ao romper com o papel feminino construído e reproduzido socialmente, sendo consideradas inferiores pela violação das leis hegemônicas do ser mulher (KUMAR; HESSINI; MITCHELL, 2009).

A maior parte relatou não ter planejado as gestações (76,5%) e parte considerável das que planejaram, fizeram no intuito de realizar o desejo do seu parceiro de ser pai. Referiram ainda, o não uso de método contraceptivo como motivo da última gestação (47,9%). O não planejamento da gestação pode estar associado às desigualdades de gênero na relação com o parceiro. A dificuldade em negociar o uso do preservativo, bem como a necessidade de fazer a vontade do parceiro submete as mulheres a gestações não planejadas, e até mesmo indesejadas.

Houve maior proporção de mulheres que usavam algum tipo de método contraceptivo (67,2%). O uso de método contraceptivo não é uma realidade viável para todas as mulheres,

sobretudo para as que vivem subjugação nas relações. Foram observadas situações em que a mulher não podia usar nenhum método, pois a gestação era tida como prova da virilidade do companheiro. Além disso, outras mulheres, por questões religiosas, não podiam adotar o uso de método, por ser contrário ao aprendido sobre sexo como meio para procriação.

Dentre as que usavam algum método, foi predominante o uso do contraceptivo hormonal (50,6%). Isso pode ser justificado pelo uso do método hormonal independendo do desejo e/ou conhecimento do parceiro. O uso do preservativo foi referido por menos de 20% das participantes, e não sendo usado em todas as relações. Isso reflete o baixo poder de negociação das mulheres com seus parceiros, reforçando as relações desiguais de gênero, onde o homem é o detentor do poder nas relações sexuais, e a mulher assume uma posição de impotência e submissão, ampliando a vivência das situações de vulnerabilidade (LIMA; SCHRAIBER, 2013).

De tal modo, destaca-se a necessidade da implementação de ações que proporcionem o conhecimento adequado e a oferta de múltiplos métodos contraceptivos, o que contribui para o exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres. Desse modo, garante-se a liberdade de escolha do método de acordo com seu contexto familiar e social, e, conseqüentemente, reduz o risco de descontinuidade do uso e as chances da ocorrência de gestações indesejadas (PIERRE, 2010).

**Tabela 3** – Características sexuais e reprodutivas de mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.

<b>Características sexuais e reprodutivas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Idade da 1ª relação</b>		
< 16	107	41,3
16 a 18	110	42,5
> 18	38	14,7
<b>Nº de parceiros</b>		
1 a 3	172	67,7
4 a 6	58	22,9
> 6	24	9,4
<b>Gestação</b>		
Sim	238	91,9
Não	21	8,1
<b>Número de gestações (238)</b>		
1 a 3	171	71,8
4 a 6	53	22,3
≥ 7	14	5,9
<b>Pré-natal nas gestações (238)</b>		
Sim	193	81,1
Não	45	18,9

<b>Número de consultas última gestação (220)</b>		
< 6	61	27,7
≥ 6	159	72,3
<b>Aborto</b>		
Sim	66	25,5
Não	193	74,5
<b>Gestação planejada</b>		
Sim	56	23,5
Não	182	76,5
<b>Usa Método contraceptivo</b>		
Sim	174	67,2
Não	85	32,8
<b>Método utilizado (174)</b>		
Preservativo	30	17,2
AC Hormonal	88	50,6
Outros	56	32,2
<b>Motivo última gestação (238)</b>		
Não uso de método	114	47,9
Falha método	56	23,5
Desejo de ser mãe/ Agradar companheiro	68	28,6

A tabela 4 apresenta um conjunto de elementos que contribuem para a o diagnóstico de vulnerabilidade às IST pelas entrevistadas. A aplicação do conceito de vulnerabilidade não se restringe à pessoa ou grupo específico, mas à toda população, que em maior ou menor grau pode estar exposta à determinado contexto ou agravo (AYRES, 2006; AYRES et al., 2009). No que tange as mulheres rurais e o seu comportamento sexual e reprodutivo, observa-se um contexto de vulnerabilidade em suas três dimensões: individual, social e programática, de forma que o enfrentamento da problemática se torna ainda mais difícil.

Quando questionadas sobre a forma de transmissão e prevenção das IST, 62,2% declararam não saber como ocorre. A falta de conhecimento sobre as IST, sua forma de transmissão e métodos de prevenção, são fatores que ampliam à vulnerabilidade dessas mulheres. Nesse contexto, o conhecimento sobre a problemática torna-se ferramenta essencial na adoção de medidas eficazes de prevenção e proteção aos agravos (LUNA et al, 2013).

Entretanto, só o conhecimento não é suficiente para a garantia da adoção dessas medidas preventivas. Além do desconhecimento sobre a doença, fatores como renda, escolaridade, acesso aos serviços de saúde e as relações de poder entre homens e mulheres contribuem, de forma multicausal para a vulnerabilização dessas mulheres (RUFINO et al, 2016).

Outro ponto que reforça a falta de conhecimento entre as participantes do estudo, é que 73,4% acreditam que as IST estão relacionadas à grupos de risco. A noção de grupos de risco

surgiu com o advento do HIV/AIDS, que atingiu inicialmente grupos marginalizados socialmente, a exemplo dos usuários de drogas, homossexuais e profissionais do sexo (BRASIL, 2018). Mas com o decorrer do tempo, houve mudança no perfil da população com HIV/AIDS, e o termo grupo de risco entrou em desuso, passando-se a adotar o termo comportamento de risco. Entretanto, com a feminização, pauperização e interiorização do HIV/AIDS, compreendeu-se que o termo comportamento de risco já não abarcava a epidemia que se instaurara, passando a se utilizar o conceito de vulnerabilidade.

Nesse sentido, por não se vislumbrarem nos grupos ditos de risco e não adotarem os comportamentos considerados de risco, essas mulheres não se consideravam vulneráveis às IST (54,8%). Nesse âmbito, observa-se que as mulheres, mesmo tendo conhecimento sobre a importância do uso do preservativo como única fonte de prevenção, assumem como elementos de proteção a confiança no parceiro e a fidelidade. Esses elementos são ainda mais fortes, quando consideramos o contexto rural, onde as questões culturais do poder masculino estão enraizadas e não devem ser questionados.

Essa relação de poder se torna ainda mais visível quando observamos que dentre as entrevistadas, 58,1% relataram ser a única responsável pela contracepção e 30,9% referiram dificuldade de diálogo com o parceiro sobre as IST. Essa dificuldade reflete diretamente sobre a livre escolha e sobre o poder de negociação dessas mulheres no uso de métodos como o preservativo. É como se a única forma de ter o seu desejo de não gestar respeitado, seja assumir para si a responsabilidade da proteção. Pela dificuldade de negociação do uso do preservativo, as mulheres acabam optando por métodos que não dependam da participação e/ou concordância do parceiro. Por isso, o método mais utilizado entre as mulheres rurais é a contracepção hormonal. Contudo, sabe-se que esse método não é eficaz para a prevenção às IST, o que torna as mulheres mais susceptíveis.

Quando investigado o histórico de IST, 11,6% referiram já ter tido alguma IST e 8,2% relataram que seus parceiros já haviam tido alguma IST. Contudo, 25,4% informaram não ter conhecimento sobre o histórico do parceiro. Cabe salientar que a investigação de IST não é prática comum, geralmente só realizada quando há alguma queixa, e por vezes, ainda assim as mulheres, bem como os homens, omitem essas queixas, mascarando os dados reais. Isso pode ser corroborado pelas participantes do estudo. No momento da entrevista, 30,9% das mulheres apresentavam alguma queixa ginecológica, mas não procuraram o serviço de saúde. Muitas recorrem aos chás, banhos de assento, ou usam medicações por conta própria para não ter que

acionar o serviço, por vezes por naturalizarem o problema, pela vergonha da exposição ou ainda pelo medo de serem julgadas pelos profissionais de saúde.

Além disso, 65,6% das mulheres referiram não conhecer serviços de aconselhamento e testagem de IST. Isso revela uma falha nos serviços de saúde, sobretudo da AB, em informar à população sobre o livre acesso a esse serviço. Essa deficiência contribui para a vulnerabilização das mulheres rurais quanto à adoção de práticas seguras e vivência da sexualidade de forma saudável. De tal modo, faz-se necessário que os serviços e os profissionais estejam capacitados para a troca de conhecimentos com a população, de forma que promova a reflexão sobre o sexo seguro, bem como a oferta contínua dos serviços de aconselhamento e testagem de forma sigilosa e livre de julgamentos.

Quanto à multiplicidade de parceiros, salienta-se a relação desigual entre homens e mulheres. Enquanto 1,4% das entrevistadas afirmaram ter mais de um parceiro, 9,4% referiram que seus parceiros têm outras parcerias e 31,6% não sabiam dizer se o parceiro tinha ou não outras parceiras. Nesse contexto, o uso do preservativo deveria ser considerado prática comum, mas, ao contrário, a solicitação do uso do preservativo pela mulher é vista como sinal de infidelidade ou desconfiança, o que contrasta com o não uso do preservativo baseado na confiança e fidelidade. Deste modo, o comportamento sexual socialmente determinado possui amplo impacto nas dimensões da vulnerabilidade para as mulheres. Enquanto, para os homens, há um processo de permissividade, para as mulheres, há subordinação, reprovação e condenação.

**Tabela 4** – Vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis de mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.

<b>Vulnerabilidade às IST</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Como ocorre transmissão/prevenção IST (259)</b>		
Sim	161	62,2
Não	98	37,8
<b>Dificuldade conversar IST (256)</b>		
Sim	79	30,9
Não	177	69,1
<b>IST relacionado grupo de risco (259)</b>		
Sim	190	73,4
Não	69	26,6
<b>Se sente vulnerável IST (259)</b>		
Sim	117	45,2
Não	142	54,8
<b>Histórico de IST</b>		
Sim	30	11,6
Não	229	88,4
<b>Parceiro tem/teve IST (256)</b>		

Sim	21	8,2
Não	170	66,4
Não sabe	65	25,4
<b>Conhece serviço aconselhamento IST/TR (259)</b>		
Sim	89	34,4
Não	170	65,6
<b>Única responsável contracepção (256)</b>		
Sim	149	58,2
Não	107	41,8
<b>Parceiro tem outras parceiras (256)</b>		
Sim	24	9,4
Não	151	59,0
Não sabe	81	31,6
<b>Tem múltiplos parceiros (259)</b>		
Sim	4	1,5
Não	255	98,5
<b>Queixa ginecológica</b>		
Sim	80	30,9
Não	179	69,1

Na tabela 5 são apresentadas informações sobre o uso do preservativo pelas participantes do estudo. O preservativo masculino foi o primeiro instrumento eficaz no combate à infecção pelo HIV, e é oferecido de forma gratuita nos serviços de saúde brasileiros. Apresenta inúmeras vantagens quanto ao baixo custo, facilidade de acesso e menor ocorrência de efeitos adversos. Todavia, apresenta limitações, sobretudo para as mulheres, que ficam subordinadas à concordância de uso pelo companheiro (GRANGEIRO et al., 2015).

Ao questionar as participantes se tinham o preservativo caso desejassem usar, 67,2% referiram que sim. Contudo, apenas 37,1% referiram usar preservativo em todas as relações sexuais. Uma das principais dificuldades vivenciadas pelas mulheres quanto a livre escolha no ato sexual é a dificuldade de negociação do preservativo com seu parceiro. A negociação do sexo seguro fica limitada ao desejo do parceiro, reforçando a relação de dependência feminina e submissão ao parceiro, o que afeta a autonomia das mulheres e as expõem ao risco de infecção (RUFINO et al., 2016).

O uso de preservativo é influenciado pelas relações de poder entre homens e mulheres. Culturalmente, o não uso de preservativo vem sendo associado à parceria fixa, que remete à fidelidade e à confiança, o que culmina em barreira para o diálogo sobre sexo seguro e conseqüentemente para o seu uso (SILVA et al., 2019). Aspectos individuais, sociais e econômicos contribuem para a perpetuação da condição de vulnerabilidade feminina frente ao

exercício seguro da sexualidade. Essa vulnerabilidade é potencializada no contexto rural, onde as relações de poder são intergeracionais e, portanto, naturalizadas.

Quanto ao uso de preservativo após ingestão de bebidas alcoólicas, 61,6% referiram não usar. A prática sexual associada ao uso de álcool e outras drogas pode potencializar a vivência de vulnerabilidades para essas mulheres. O uso de substâncias pode influenciar na tomada de decisão e promover o uso inconsistente do preservativo (PEACOCK; ANDRINOPOULOS; HEMBLING, 2015). Além disso, o uso abusivo, pode tirar a autonomia da mulher sobre a decisão de fazer sexo, podendo contribuir para a ocorrência da violência sexual.

Quanto ao diálogo sobre o uso do preservativo, 28,5% referiram não poder conversar com seus parceiros sobre o assunto, e 25,4% refeririam ter dificuldade de propor o uso. Além disso, 35,5% das participantes referiram que o parceiro se recusa a usar o preservativo por qualquer motivo. Conversar sobre o uso do preservativo e sobre o sexo seguro é importante para o compartilhamento da responsabilidade entre o casal, promovendo o direito à decisão conjunta e retirando do homem a exclusividade da decisão (CRANKSHAW et al., 2016). Estudo realizado em São Paulo, com 140 mulheres vivendo com HIV aponta que 59% das participantes que faziam uso regular do preservativo relatou discutir com o parceiro, o que aponta para a importância da comunicação como processo de prevenção (SILVA et al., 2019).

Quanto à negociação do uso do preservativo, 32,8% afirmaram não conseguir convencer o parceiro a usar e 48,4% referem não poder recusar o sexo sem o uso de proteção. Ao serem questionadas se podiam parar o ato sexual/penetração para colocar o preservativo, 60,4% referiram que não. Outro dado importante, revela que 85,2% das entrevistadas referem manter a relação sexual, mesmo quando não há preservativo. O que contrapõe o dado que diz que 37,1% usam preservativo em todas as relações. Todos esses dados apontam para a falta de autonomia da mulher sobre o próprio corpo frente ao ato sexual com seu parceiro.

A desigualdade de gênero contribui para o baixo poder de negociação pelas mulheres, tornando-as mais vulneráveis às relações desprotegidas e conseqüentemente à exposição às IST. Fatores culturais, sociais e econômicos exercem papel fundamental sobre a vulnerabilidade feminina às IST. Associado à desigualdade de gênero representam obstáculos para proteção e prevenção no que concerne à saúde feminina (REIS et al., 2016).

**Tabela 5** – Uso de Preservativo entre mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.

<b>Uso de Preservativo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tem preservativo caso queira usar (256)</b>		
Sim	172	67,2
Não	84	32,8
<b>Usa preservativo todas as vezes (256)</b>		
Sim	95	37,1
Não	191	62,9
<b>Para penetração - colocar preservativo (255)</b>		
Sim	101	39,6
Não	154	60,4
<b>Usa preservativo após beber (255)</b>		
Sim	98	38,4
Não	157	61,6
<b>Pode conversar sobre preservativo (256)</b>		
Sim	183	71,5
Não	73	28,5
<b>Consegue convencer usar preservativo (256)</b>		
Sim	172	67,2
Não	84	32,8
<b>Pode recusar sexo sem preservativo (256)</b>		
Sim	132	51,6
Não	124	48,4
<b>Dificuldade propor uso preservativo (256)</b>		
Sim	65	25,4
Não	191	74,6
<b>Relação mesmo sem preservativo ( 256)</b>		
Sim	218	85,2
Não	38	14,8
<b>Parceiro se nega a usar preservativo por qualquer motivo (256)</b>		
Sim	91	35,5
Não	165	64,5

Na tabela 6, são apresentadas informações sobre a manutenção da prática sexual na ausência de preservativo associada às variáveis sociodemográficas e de saúde sexual e reprodutiva de mulheres rurais. O uso do preservativo em todas as relações sexuais foi afirmado por 37,1% das participantes. Entretanto, quando questionadas se mantinham relação sexual mesmo quando não têm preservativo, 85,2% afirmaram que sim. Esses resultados são semelhantes aos encontrados em estudos com mulheres no Brasil, referente ao não uso do preservativo nas relações sexuais (GONÇALVES et al., 2019; GUIMARÃES et al., 2019).

A relação entre a cor autodeclarada e a manutenção da relação sexual na ausência de preservativo evidenciou diferença estatisticamente significativa ( $p=0,030$ ) com 2,6 vezes mais chance para as participantes que se declararam negras. A desigualdade de gênero acrescida da desigualdade racial, amplia as situações de vulnerabilidade vivenciadas por essas mulheres. As

mulheres negras sofrem em maior intensidade a opressão machista, e, portanto, são mais susceptíveis às IST (SOUZA, MUÑOZ, VISENTIN; 2020).

Observou-se associação estatisticamente significante entre a manutenção do sexo na ausência de preservativo e renda ( $p=0,003$ ). Em consonância com pesquisas anteriores houve maior proporção de mulheres com menor renda, que mantinha a relação na ausência do preservativo (BARBOSA et al., 2019; GONÇALVES et al., 2019). A baixa renda contribui para a ampliação das desigualdades nas relações, colocando a mulher em situações de inferioridade diante da dominação masculina (GRADE, GUIZZO; 2019).

Mulheres que afirmaram ter um companheiro apresentaram 4,2 vezes mais chance de manter o ato sexual na ausência de preservativo. Ter parceria fixa tem sido apontado como motivo para o não uso de preservativo nas relações sexuais, sendo apresentado como motivos para o não uso, a fidelidade, a confiança no parceiro e o desejo do mesmo em não usar o preservativo (PLUTARCO et al, 2019; NASCIMENTO, CAVALCANTI, ALCHIERRI; 2017; SOUZA, MUÑOZ, VISENTIN; 2020).

Houve associação estatística entre a manutenção do sexo na ausência de preservativo e método contraceptivo utilizado ( $p=0,000$ ), e que adotaram preservativo como método contraceptivo de escolha ( $OR=0,133$ ). As participantes que usam o preservativo como método de escolha apresentam maior chance de usar o preservativo em todas as relações. Isso pode estar atrelado ao fato de os métodos serem escolhidos prioritariamente para a contracepção e o uso do preservativo em todas as relações ocorrer para evitar gestações não planejadas, e não necessariamente para a prevenção às IST.

**Tabela 6** – Associação entre manutenção da prática sexual na ausência de preservativo e variáveis sociodemográficas e de saúde sexual e reprodutiva de mulheres rurais de Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020,  $n=256$ .

Variáveis	Manutenção da prática sexual na ausência do preservativo		p-valor	OR	IC (95%)
	Sim	Não			
	<b>218 (85,2%)</b>	<b>38(14,8%)</b>			
Idade					
18 a 39	76(29,7%)	11(4,3%)	0,477	1,314	0,618 - 2,793
≥40	142(55,5%)	27(10,5%)			
Cor autodeclarada					
Preta/ Parda	198(77,4%)	30(11,7%)	<b>0,030</b>	2,640	1,068 - 6,528
Branca/ Amarela	20(7,8%)	8(3,1%)			
Anos de estudo					
Até 9	102(39,9%)	17(12,5%)	0,815	1,086	0,543 - 2,171

> 9	116 (45,3%)	21(2,3%)			
Renda familiar					
≤ 1 Salário-Mínimo*	149(58,2%)	25(9,8%)	<b>0,003</b>	0,326	0,151 - 0,703
> 1 Salário-Mínimo	69(26,9%)	13(5,1%)			
Situação conjugal					
Com companheiro	164(64,1%)	16(6,2%)	<b>0,000</b>	4,176	2,046 - 9,700
Sem companheiro	54(21,1%)	22(8,6%)			
Usa Método contraceptivo					
Sim	145(56,7%)	29(11,3%)	0,232	0,616	0,277 - 1,371
Não	73(28,5%)	9(3,5%)			
Método Contraceptivo (174) †					
Preservativo	16(9,2%)	14(8,0%)	<b>0,000</b>	0,133	0,054 - 0,325
Outros métodos	129(74,2%)	15(8,6%)			

\*Salário-mínimo= R\$ 998,00 (2019); R\$ 1045,00 (2020)

† n correspondente às participantes que se enquadravam no critério para responder à questão

A tabela 7 apresenta a associação entre a manutenção da prática sexual na ausência de preservativo e o poder de negociação do uso por mulheres rurais. A manutenção da relação sexual na ausência de preservativo apresentou diferença estatisticamente significativa quando associada ao não uso de preservativo após o consumo de bebidas alcoólicas ( $p=0,001$ ). O uso de SPA pode influenciar a tomada de decisão e promover o uso inconsistente do preservativo (REIS et al., 2019).

Atuaram como fator de proteção para o sexo desprotegido fatores como a capacidade de convencer o parceiro a usar o preservativo( $p=0,015$ ), a possibilidade de recusar sexo sem preservativo ( $p=0,003$ ) e a posse de preservativo caso deseje usar( $p=0,041$ ). A abertura para o diálogo entre o casal sobre a importância do uso do preservativo para o sexo seguro possibilita a responsabilidade compartilhada e decisão conjunta sobre a escolha e uso do método (CRANKSHAW et al., 2016).

A dificuldade em propor o uso do preservativo e a recusa do parceiro por qualquer motivo aumentou em aproximadamente três vezes a chance da manutenção do sexo na ausência do preservativo. O baixo poder de negociação do sexo seguro afeta a autonomia das mulheres, reforçando relações de submissão, o que as expõem ao risco de infecção (RUFINO et al, 2016). Em outros estudos os autores afirmam que as mulheres referiram que o parceiro recusava o uso do preservativo por qualquer motivo (FRANSCISCO et al., 2016; LEITE et al., 2019).

Estudo realizado com homens adultos jovens aponta alguns motivos pelos quais eles não usam preservativo. Dentre eles, a crença da impossibilidade ou pouca possibilidade de adquirir uma IST, por acreditar que preservativo na relação é sinônimo de infidelidade, pela

confiança na parceira em um relacionamento estável, e por acharem ruim ou desconfortável (MARTINS et al., 2020).

**Tabela 7** – Associação entre a manutenção da prática sexual na ausência de preservativo e negociação da contracepção por mulheres rurais de Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	Manutenção da prática sexual na ausência do preservativo		p-valor	OR	IC (95%)
	Sim 218 (85,2%)	Não 38(14,8%)			
Usa preservativo após beber					
Sim	73(28,5%)	25(9,8%)	<b>0,000</b>	0,264	0,127 - 0,545
Não	145(56,6%)	13(5,1%)			
Conversar com companheiro sobre preservativo					
Sim	151(59,0%)	32(12,5%)	0,060	0,423	0,169 - 1,058
Não	67(26,2%)	6(2,3%)			
Convencer parceiro a usar					
Sim	140(54,7%)	32(12,5%)	<b>0,015</b>	0,337	0,135 - 0,840
Não	78 (30,5%)	6(2,3%)			
Recusar sexo sem preservativo					
Sim	104(40,6%)	28(11,0%)	<b>0,003</b>	0,326	0,151 - 0,703
Não	114(44,5%)	10(3,9%)			
Propor usar preservativo					
Sim	61(23,8%)	4(1,6%)	<b>0,023</b>	3,303	1,124 - 9,700
Não	157(61,3%)	34(13,3%)			
Parceiro se recusa a usar por qualquer motivo					
Sim	84(32,8%)	7(2,7%)	<b>0,017</b>	2,776	1,170 - 6,589
Não	134(52,4%)	31(12,1%)			
Única responsável contracepção					
Sim	131(51,2%)	18(7,0%)	0,142	1,673	0,837 - 3,343
Não	87(34,0%)	20(7,8%)			
Tem preservativo caso queira usar					
Sim	141(55,1%)	31(12,1%)	<b>0,041</b>	0,413	0,174 - 0,983
Não	77(30,1%)	7(2,7%)			
Parar o sexo antes da penetração para colocar preservativo					
Sim	74(28,9%)	27(10,6%)	<b>0,000</b>	0,211	0,099-0,449
Não	144(56,2%)	11(4,3%)			

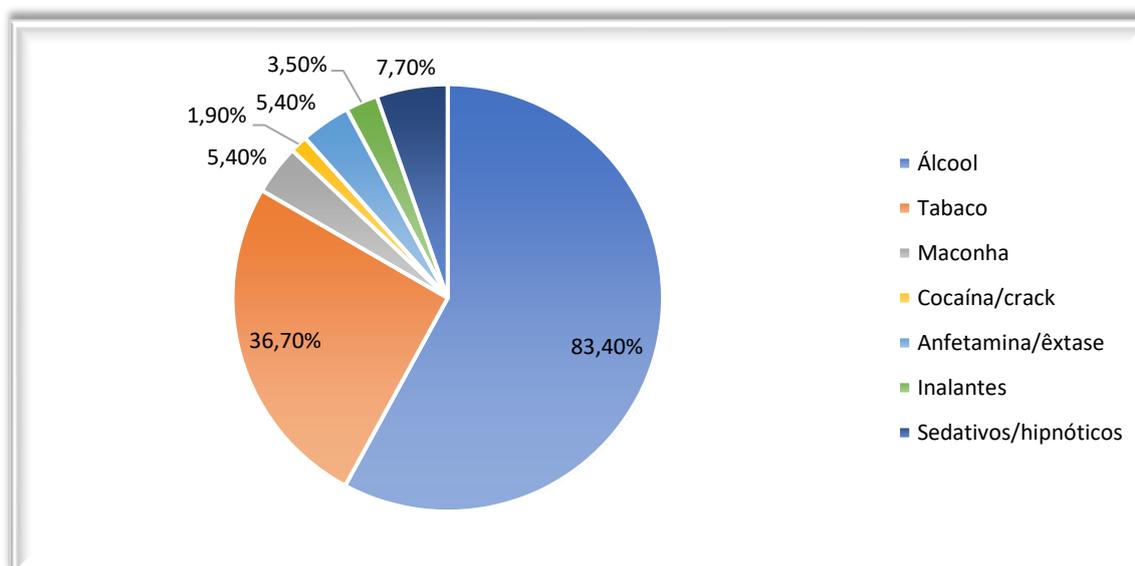
### 5.1.3 Padrão do consumo de álcool e outras drogas por mulheres rurais

O gráfico 1 apresenta informações sobre o consumo de álcool e outras drogas em algum momento na vida por mulheres que vivem em uma comunidade rural. As drogas mais citadas foram o álcool (83,4%) e o tabaco (36,7%). Outras substâncias como os sedativos/hipnóticos (7,7%), maconha (5,4%), anfetaminas (5,4%), inalantes (3,5%) e a cocaína/crack (1,9%) também foram mencionadas.

A maior proporção de participantes que relatou o consumo de álcool e tabaco pode estar relacionado ao fato de serem substâncias lícitas, e que assumir o uso de substâncias ilícitas seria reconhecer a realização de prática inaceitável socialmente. O consumo de SPA, sobretudo do álcool, tem se tornado cada dia mais comum no contexto feminino. Por se tratar de importante elemento de socialização, seu consumo foi naturalizado, também para as mulheres.

O uso de álcool e outras drogas é prática comum na sociedade, e, apesar de ainda ser maior entre os homens, vem aumentando consideravelmente entre o público feminino. Mudanças no estilo de vida das mulheres colaboraram para o aumento nos padrões de consumo. Fatores como a inserção no mercado de trabalho, com duplas e triplas jornadas somada à manutenção das obrigações com o lar e filhos, contribuíram para que o consumo de SPA ocorresse como mecanismo de alívio e fuga dos problemas (PORTO et al, 2018).

No contexto rural, o cenário do consumo feminino de álcool e outras drogas pode ser ainda mais problemático. Além das questões supracitadas, as mulheres rurais enfrentam desigualdades estruturais, instabilidade financeira, com limitação do acesso aos bens e serviços, o que atua como agente promotor para o uso de substâncias como estratégia de enfrentamento (LIMA; SANTOS; VASCONCELOS, 2016).



**Gráfico 1** – Consumo de álcool e outras drogas na vida por mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.

A tabela 8 apresenta o resultado das respostas obtidas a partir da aplicação do instrumento ASSIST entre as entrevistadas. No que se refere ao consumo do tabaco, 20,1% relataram ter feito uso nos últimos três meses, 5,4% referiram sentir urgência em usar nos

últimos três meses, 3,1% relataram problema relacionado ao uso, nos últimos três meses, 1,6% deixaram de fazer algo por causa do uso, 6,6% relataram que amigos e/ou familiares se preocuparam com seu consumo e que tentaram controlar o consumo e não conseguiram, e 7,3% se enquadravam nos critérios para intervenção, breve ou tratamento intensivo.

Tem-se observado uma tendência ao crescimento do tabagismo na população feminina. Apesar de consumir em menor escala, quando comparado aos homens, as mulheres iniciam o consumo mais cedo e tem maior dificuldade em parar, o que culmina em nova preocupação para a saúde pública, visto o impacto desse consumo para a saúde da mulher (DROPE et al, 2018; REIS et al., 2019). No contexto rural, o consumo do tabaco pode contribuir para a vulnerabilização das mulheres, afetando direta e/ou indiretamente à sua saúde, bem como o seu contexto social e familiar.

Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) realizada com 14.420 pessoas maiores de 15 anos no inquérito Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, identificou que no ambiente rural houve maior dificuldade em diminuir e/ou cessar o consumo do tabaco, quando comparado ao ambiente urbano (MUZI; FIGUEREDO; LUIZ, 2018). Isso pode estar atrelado à alta disponibilidade da substância, sobretudo da pacaia, e a falta de informação sobre os malefícios do tabaco para a saúde.

Quando avaliado o consumo do álcool das participantes, observou-se que 42,5% das entrevistadas fizeram uso nos últimos três meses, 20,8% referiram urgência em consumir nos últimos três meses, 3,9% afirmaram problema relacionado ao consumo nos últimos três meses, 4,3% referiram ter deixado de fazer algo por causa do consumo, 15,4% relataram preocupação de amigos e familiares com o seu consumo, 8,9% tentaram controlar o consumo sem conseguir, e 10% se enquadraram para algum tipo de intervenção quanto ao seu consumo.

Dados do Relatório Global sobre Álcool e Saúde da OMS apontaram o aumento do consumo feminino do álcool de 4,6% para 13% no período de cinco anos. O consumo do álcool foi a principal causa de cerca de 3,3 milhões de mortes no mundo, sendo responsável por 3,4% das mortes entre as mulheres (WHO, 2014).

Chama atenção o número de mulheres que referiu algum prejuízo relacionado ao uso do álcool, o que denota a importância do olhar mais atento para esse consumo. O consumo abusivo torna-se um problema considerado ainda mais grave no contexto rural, primeiro pelas dificuldades de acesso aos serviços, como pelas questões culturalmente demarcadas do papel feminino nesse meio. As questões sociais relacionadas ao uso abusivo do álcool geram para

essas mulheres uma barreira na busca por ajuda, visto que o preconceito vivenciado contribui para o afastamento social e dos próprios serviços de saúde (PEREIRA et al., 2015).

No que concerne ao uso de substâncias consideradas ilícitas, não houve relato expressivo de consumo. As participantes referiram o uso de maconha (2,7%), anfetamina (0,4%) e sedativo/hipnótico (2,4%) nos últimos três meses. Não houve relato de consumo de cocaína, inalantes, alucinógenos, opioides e drogas injetáveis. Quanto à intervenção, 0,4% se enquadraram para intervenção breve no que se refere às anfetaminas e 2,0% para algum tipo de intervenção relacionada ao uso de sedativo/hipnótico.

Por se tratar de um ato proibido, assumir o consumo de substâncias ilícitas é assumir a prática de uma conduta considerada inaceitável. Isso pode ter inibido as participantes de falarem abertamente sobre o assunto. O consumo de drogas ilícitas pode ser considerado um problema, seja pelas possíveis consequências à saúde da população, seja pelo impacto social do seu consumo. O uso abusivo pode gerar agravos à saúde dos indivíduos, ampliando os indicadores de morbimortalidade, inclusive psiquiátricas, como: depressão, transtorno bipolar, dentre outros. No contexto social, o uso dessas substâncias por mulheres é associado à imoralidade, sendo estas consideradas inadequadas para o exercício do papel social feminino, o que contribui para a vivência de situações de violência e pode gerar consequências familiares, econômicas e penais (VARGAS et al., 2015; SILVA JÚNIOR et al., 2018; OLIVÁN-BLÁZQUEZ, 2016).

Cabe salientar, que a visão de que as drogas, lícitas e/ou ilícitas, não atingem a população rural é falível. Além da disponibilidade dentro do próprio ambiente rural, onde há os alambiques clandestinos e as bocas de fumo, essas pessoas, sobretudo as mulheres, desenvolvem trabalhos associados ao turismo nas praias da região, seja trabalhando nos bares, ou como ambulantes vendendo acarajé, cocada, dentre outros, tendo acesso a todos os tipos de substâncias.

**Tabela 8**– Consumo de drogas, segundo ASSIST, por mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.

ASSIST*	Tabaco	Álcool	Maconha	Anfetamina	Sedativo/hipnótico
<b>Consumo últimos 3 meses</b>					
Nunca	207(79,9%)	149(57,5%)	252(97,3%)	258(99,6%)	253(97,6%)
1 a 2 vezes	37(14,3%)	47(18,1%)	5(1,9)	-	3(1,2%)
Mensal	7(2,7%)	22(8,5%)	1(0,4%)	-	-
Semanal	7(2,7%)	37(14,3%)	-	-	-
Diariamente	1(0,4)	4(1,5%)	1(0,4%)	1(0,4%)	3(1,2%)
<b>Urgência últimos 3 meses</b>					
Nunca	245(94,6%)	205 (79,2%)	259 (100%)	257 (99,2%)	254 (98%)

1 a 2 vezes	-	22 (8,5%)	-	1 (0,4%)	2 (0,8%)
Mensal	-	9 (3,5%)	-	-	1 (0,4%)
Semanal	5(1,9%)	19 (7,3%)	-	-	-
Diariamente	9(3,5%)	4 (1,5%)	-	1 (0,4%)	2 (0,8%)
<b>Problemas últimos 3 meses</b>					
Nunca	251 (96,9%)	249 (96,1%)	259 (100%)	259 (100%)	255 (98,4%)
1 a 2 vezes	2 (0,8%)	6 (2,3%)	-	-	1 (0,4%)
Mensal	-	2 (0,8%)	-	-	-
Semanal	3 (1,2%)	-	-	-	-
Diariamente	3 (1,2%)	2 (0,8%)	-	-	3 (1,2%)
<b>Deixou de fazer algo nos últimos 3 meses</b>					
Nunca	255 (98,4%)	248 (95,7%)	259 (100%)	259 (100%)	258 (99,6%)
1 a 2 vezes	1 (0,4%)	8 (3,1%)	-	-	-
Mensal	-	2 (0,8%)	-	-	-
Semanal	-	-	-	-	-
Diariamente	3 (1,2%)	1 (0,4%)	-	-	1 (0,4%)
<b>Preocupação com consumo</b>					
Não, nunca	242 (93,4%)	219 (84,6%)	258 (99,6%)	258 (99,6%)	252 (97,3%)
Sim, nos últimos 3 meses	9 (3,5%)	21 (8,1%)	-	1 (0,4%)	2 (0,8%)
Sim, mas não nos últimos 3 meses	8 (3,1%)	19 (7,3%)	1 (0,4%)	-	5 (1,9%)
<b>Tentou controlar e não conseguiu</b>					
Não, nunca	242 (93,4%)	236 (91,1%)	259 (100%)	259 (100%)	256 (98,8%)
Sim, nos últimos 3 meses	8(3,1%)	13 (5,0%)	-	-	2 (0,8%)
Sim, mas não nos últimos 3 meses	9 (3,5%)	10 (3,9%)	-	-	1 (0,4%)
<b>Intervenção</b>					
Nenhuma	240 (92,7%)	233 (90,0%)	259 (100%)	258 (99,6%)	254 (98,0%)
Intervenção breve	14 (5,4%)	24 (9,2%)	-	1 (0,4%)	3 (1,2%)
Tratamento mais intensivo	5 (1,9%)	2 (0,8%)	-	-	2 (0,8%)

\* Não houve relato de consumo de cocaína, inalantes, alucinógenos, opioides e drogas injetáveis

Na tabela 9 são apresentadas as respostas da aplicação do instrumento AUDIT. No que concerne à frequência do consumo do álcool, 18,5% referiram consumir pelo menos duas vezes por semana. Quanto à quantidade de doses consumidas, 55,8% referiram consumir 5 ou mais doses, 30,5% relataram o uso de 6 ou mais bebidas, 7,2% disseram que não conseguiam parar de beber, 6,6% deixaram de cumprir tarefas por causa da bebida, e 6,6% referiram beber logo pela manhã.

Esses dados apontam para a vivência do consumo abusivo em momentos isolados e/ou contínuos para parte das mulheres rurais. O consumo abusivo pode acarretar problemas relacionados à saúde e pode interferir nas suas relações sociais e familiares, podendo ocasionar conflitos interpessoais. Sobretudo no contexto rural, onde há tendência da reprodução de uma

cultura conservadora, o consumo abusivo feminino é censurado, o que gera adversidades familiares e sociais, e contribui para a invisibilização do problema (SANTOS; SILVA, 2012; DWORKIN et al., 2017).

Ainda na investigação sobre o consumo, 12% referiram sentir culpa em algum momento, 10% mencionaram esquecer o que aconteceu, 5,4% já ficaram feridas por conta do consumo e 13,9% relataram que alguém demonstrou preocupação sobre o seu consumo.

Ressalta-se que o consumo abusivo de álcool em mulheres é um problema grave, e que apesar de parecer um problema individual, atinge também o seu contexto familiar e social (OLIVEIRA; DELL'AGNOLLO; BALLANI., 2012; MEDEIROS; MACIEL; SOUSA, 2017). Importante lembrar que o consumo de álcool é multifatorial, envolve as interações sociais, culturais e ambientais que influenciarão a forma do consumo feminino, e que podem promover o uso problemático a depender do contexto vivido (PEREIRA et al., 2015).

Desta forma, cabe à sociedade, sobretudo aos profissionais de saúde, romper com a promoção da cultura de culpa e responsabilização da mulher pelo problema, diminuindo o estigma vivido pelas que fazem uso problemático do álcool ou de outras substâncias. O estigma associado ao uso abusivo do álcool apresenta impacto nas ações de promoção proteção e recuperação da saúde dos indivíduos, influenciando diretamente na qualidade da assistência prestada (RATHOD et al., 2015). No que concerne às mulheres rurais, a busca por cuidado já é limitada, a atuação do profissional ao receber essa mulher vai determinar a continuidade ou abandono do cuidado.

Quanto ao score de risco, 17% apresentaram risco médio e 5,8% apresentaram alto risco ou vício provável. Esse dado aponta para a necessidade de uma escuta atenta; e para a necessidade de melhor abordagem dessa população sobre a temática. As mulheres comumente são as que mais usam os serviços de saúde, entretanto, ainda se mantém o foco para sua saúde sexual e reprodutiva, ou para o cuidado às doenças crônicas, e questões como o consumo de substâncias são desconsideradas.

**Tabela 9** – Consumo de álcool, segundo AUDIT, por mulheres que vivem em uma comunidade rural do Município de Camaçari - BA, n=259, jun/2019 – fev/2020.

<b>AUDIT</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Frequência consumo álcool</b>		
Nunca	128	49,4
Uma vez por mês ou menos	54	20,8
2 a 4 vezes no mês	29	11,2
2 a 3X por semana	42	16,2
≥ 4 por semana	6	2,3
<b>Quantidade consumo</b>		
1 ou 2	40	30,5

3 ou 4	18	13,7
5 ou 6	33	25,2
7 a 9	15	11,5
≥ 10	25	19,1
<b>Consumo 6 bebidas ou mais</b>		
Nunca	180	69,5
Menos de 1 vez no mês	19	7,3
Pelo menos 1 vez no mês	23	8,9
Pelo menos 1 vez por semana	34	13,1
Diariamente ou quase diariamente	3	1,2
<b>Não conseguia parar de beber (12 meses)</b>		
Nunca	240	92,8
Menos de 1 vez no mês	6	2,3
Pelo menos 1 vez no mês	5	1,9
Pelo menos 1 vez por semana	4	1,5
Diariamente ou quase diariamente	4	1,5
<b>Não conseguia cumprir tarefas (12 meses)</b>		
Nunca	242	93,4
Menos de 1 vez no mês	10	3,9
Pelo menos 1 vez no mês	4	1,5
Pelo menos 1 vez por semana	2	0,8
Diariamente ou quase diariamente	1	0,4
<b>Beber pela manhã (12 meses)</b>		
Nunca	242	93,4
Menos de 1 vez no mês	7	2,7
Pelo menos 1 vez no mês	6	2,3
Pelo menos 1 vez por semana	2	0,8
Diariamente ou quase diariamente	2	0,8
<b>Culpa por beber (12 meses)</b>		
Nunca	228	88,0
Menos de 1 vez no mês	14	5,4
Pelo menos 1 vez no mês	10	3,9
Pelo menos 1 vez por semana	1	0,4
Diariamente ou quase diariamente	6	2,3
<b>Esqueceu o que aconteceu (12 meses)</b>		
Nunca	233	90,0
Menos de 1 vez no mês	14	5,4
Pelo menos 1 vez no mês	6	2,3
Pelo menos 1 vez por semana	5	1,9
Diariamente ou quase diariamente	1	0,4
<b>Ficou ferido</b>		
Não	245	94,6
Sim, mas não nos últimos 12 meses	8	3,1
Sim, nos últimos 12 meses	6	2,3
<b>Demonstraram preocupação por beber</b>		
Não	223	86,1
Sim, mas não nos últimos 12 meses	16	6,2
Sim, nos últimos 12 meses	20	7,7
<b>Score AUDIT</b>		
Baixo Risco	200	77,2
Risco médio	44	17,0
Alto risco	8	3,1
Vício provável	7	2,7

Na tabela 10 são apresentadas informações acerca da associação entre a necessidade de intervenção para o consumo de tabaco e álcool e as características sociodemográficas das participantes. Observou-se associação estatística entre a necessidade de intervenção para o consumo de tabaco e a cor ( $p=0,002$ ). A proporção de mulheres pretas e pardas fumante foi duas vezes maior do que as mulheres que se declararam brancas. Estudos têm apontado para maior prevalência de tabagistas na população negra (MALTA et al., 2015; IBGE, 2014).

Há um processo de pauperização e feminização do tabagismo. Entretanto, a desigualdade de gênero coloca as mulheres em situações desfavoráveis no que concerne ao consumo do tabaco. Para as mulheres negras, a situação pode ser ainda mais desfavorável, onde se associam aos problemas relacionados ao tabaco, elementos de vulnerabilidade aos agravos, como baixa escolaridade, condições precárias de moradia, dificuldade de inserção no mercado de trabalho e baixa renda (BORGES; BARBOSA, 2009).

Os resultados mostraram associação entre a necessidade de intervenção para o tabaco e escolaridade ( $p=0,046$ ). As participantes apresentavam predominantemente baixa escolaridade, tendo estudado até o ensino fundamental. A PETab apontou para uma relação inversamente proporcional entre a escolaridade e o consumo do tabaco, sendo que quanto menor o nível de instrução, maior o consumo (IBGE, 2008). De modo geral, a baixa escolaridade associa-se a diversos fatores que influenciam a condição de saúde e qualidade de vida das pessoas, a exemplo do tabagismo, que tem alta prevalência entre as pessoas com menos tempo de estudo, o que contribui para elevação das comorbidades tabaco-relacionadas (SALES et al., 2019).

Notou-se associação estatística entre renda e a necessidade de intervenção para tabaco ( $p=0,037$ ) e para o álcool ( $p=0,013$ ). Observou-se ainda associação entre a necessidade de intervenção para tabaco e acesso aos programas de transferência de renda ( $p=0,018$ ). Houve maior proporção da necessidade de intervenção entre mulheres que tinham acesso aos benefícios sociais. O que pode ser justificado pelo fato de que as pessoas que recebem benefícios possuem baixa renda e se encontram em vulnerabilidade social. Estudos apontam para a associação entre o uso de álcool e outras drogas e a baixa renda (IGLESIAS et al., 2008; ABELDANO et al., 2013; SUTIN; EVANS; ZONDERMAN, 2012).

Assim como a escolaridade, a renda é um dos elementos que contribuem para a vulnerabilização das mulheres. De tal modo, a baixa renda consiste em um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento humano. Famílias que vivem em situação de vulnerabilidade social estão mais propensas aos problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas (WHO, 2001).

Houve associação entre a necessidade de intervenção para o consumo do álcool e a religião ( $p=0,011$ ), com maior proporção de mulheres sem religião, seguidas pelas católicas, que necessitavam de intervenção. Esse dado pode estar atrelado ao fato de a Igreja Católica não adotar uma política proibicionista no que tange ao consumo de bebidas alcoólicas. Estudos apontam que quanto maior a religiosidade, menor o envolvimento com álcool e outras drogas. (PORTO; REIS, 2013; ANDREWS-CHAVEZ et al., 2015; DAMIANO et al, 2016). Deste

modo, a religião, sobretudo a evangélica, pode atuar como fator protetor ao consumo de álcool entre as mulheres que vivem em comunidades rurais.

Identificou-se associação entre a necessidade de intervenção para o consumo de álcool e a situação conjugal ( $p=0,048$ ) das mulheres. O consumo prejudicial foi observado quase quatro vezes mais em mulheres com companheiro. Isso pode estar relacionado ao fato de que as mulheres tendem a tentar acompanhar o consumo dos seus parceiros. Dado semelhante foi observado em um estudo realizado no Paraná, que demonstrou a influência de familiares, sobretudo dos companheiros, sobre o consumo de álcool e outras drogas por mulheres (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013). No contexto rural, essa influência é ainda mais marcante, pela intensa desigualdade observada nas relações de gênero.

Observou-se ainda uma associação entre a necessidade de intervenção para o uso do álcool e o acesso aos serviços de saúde (0,048). A necessidade de intervenção foi maior para as mulheres que possuíam acesso exclusivamente público. No contexto rural, isso pode acontecer devido à dificuldade de acesso aos serviços, o que contribui para a desinformação e para dificuldade de cuidado, fortalecendo a adoção de práticas prejudiciais à saúde.

**Tabela 10** – Associação entre necessidade de intervenção sobre o consumo de tabaco e álcool e características sociodemográficas de mulheres rurais de Camaçari, BA, Brasil, 2019-2020,  $n=256$ .

Variáveis	Intervenção Tabaco		p-valor	Intervenção Álcool		p-valor
	Sim	Não		Sim	Não	
	<b>19 (7,3%)</b>	<b>240 (92,7%)</b>		<b>26 (10,0%)</b>	<b>233 (90,0%)</b>	
<b>Idade</b>						
18 a 29	4 (1,5%)	85 (32,8%)	0,179	14 (5,4%)	75 (29,0%)	0,079
30 a 49	9 (3,5%)	116(44,8%)		8 (3,1%)	117 (45,2%)	
≥50	6 (2,3%)	39 (15,1%)		4 (1,5%)	41(15,8%)	
<b>Cor autodeclarada</b>						
Preta/ Parda	13 (5,0%)	218 (84,2%)	<b>0,002</b>	24 (9,3%)	207 (79,9%)	0,589
Branca/ Amarela	6 (2,3%)	22 (8,5%)		2 (0,8%)	26 (10,0%)	
<b>Anos de estudo</b>						
Até Ensino Fundamental	14(5,4%)	106(40,9%)	<b>0,046</b>	16 (6,2%)	104 (40,1%)	0,233
Ensino Médio Incompleto	2 (0,8%)	51(19,7%)		3 (1,2%)	50 (19,3%)	
Médico Completo/ Superior	3 (1,2%)	83 (32,0%)		7 (2,7%)	79 (30,5%)	
<b>Religião</b>						
Católica/Evangélica	7 (2,7%)	76 (29,3%)	0,303	11 (4,2%)	72 (27,8%)	<b>0,001</b>
Evangélica	5 (1,9%)	104 (40,2%)		2 (0,8%)	106 (40,9%)	
Outras	1 (0,4%)	3 (1,2%)		1 (0,4%)	4 (1,5%)	
Não tem	6 (2,3%)	57 (22,0%)		12 (4,6%)	51 (19,8%)	
<b>Situação conjugal</b>						
Com companheiro	15 (5,8%)	165 (63,7%)	0,353	14 (5,4%)	166 (64,1%)	<b>0,048</b>

Sem companheiro	4 (1,5%)	75 (29,0%)		12 (4,6%)	67 (25,9%)	
<b>Renda familiar</b>						
≤ 1 Salário-Mínimo*	17 (6,5%)	159(61,4%)	<b>0,037</b>	20 (7,7%)	156 (60,2%)	<b>0,013</b>
> 1 Salário-Mínimo	2 (0,8%)	81(31,3%)		6 (2,3%)	77 (29,8%)	
<b>Dependência financeira</b>						
Independente	6 (2,3%)	87 (33,6%)	0,882	10 (3,9%)	83 (32,1%)	0,889
Parcialmente dependente	5 (1,9%)	65 (25,1%)		6 (2,2%)	64 (24,7%)	
Totalmente dependente	8 (3,1%)	88 (34,0%)		10 (3,9%)	86 (33,2%)	
<b>Benefício governamental</b>						
Sim	14 (5,4%)	109 (42,1%)	<b>0,018</b>	14 (5,4%)	109 (42,1%)	0,494
Não	5 (1,9%)	131 (50,6%)		12 (4,6%)	124 (47,9%)	
<b>Acesso serviços de saúde</b>						
Exclusivamente público	12 (4,6%)	126 (48,7%)	0,370	20 (7,7%)	118 (45,6%)	<b>0,048</b>
Público e privado	7 (2,7%)	114 (44,0%)		6 (2,3%)	115 (44,4%)	

## 5.2 FASE II – PLANEJAMENTO

Para garantir o planejamento participativo, as Agentes Comunitárias de Saúde foram convidadas, considerando suas características como mulheres residentes da própria comunidade e a equipe mínima da USF para apresentação dos resultados, visando a identificação dos principais problemas. Optou-se por não convocar a comunidade diante dos riscos a agravos à saúde ocasionados pela pandemia da COVID-19. Após a apresentação dos resultados, houve discussão, seleção e hierarquização dos principais problemas, com o objetivo de planejar as intervenções.

### 5.2.1 Primeira etapa: identificação dos problemas

Diante dos resultados apresentados, foram identificados como principais fatores que podem interferir na condição de vida e saúde das participantes:

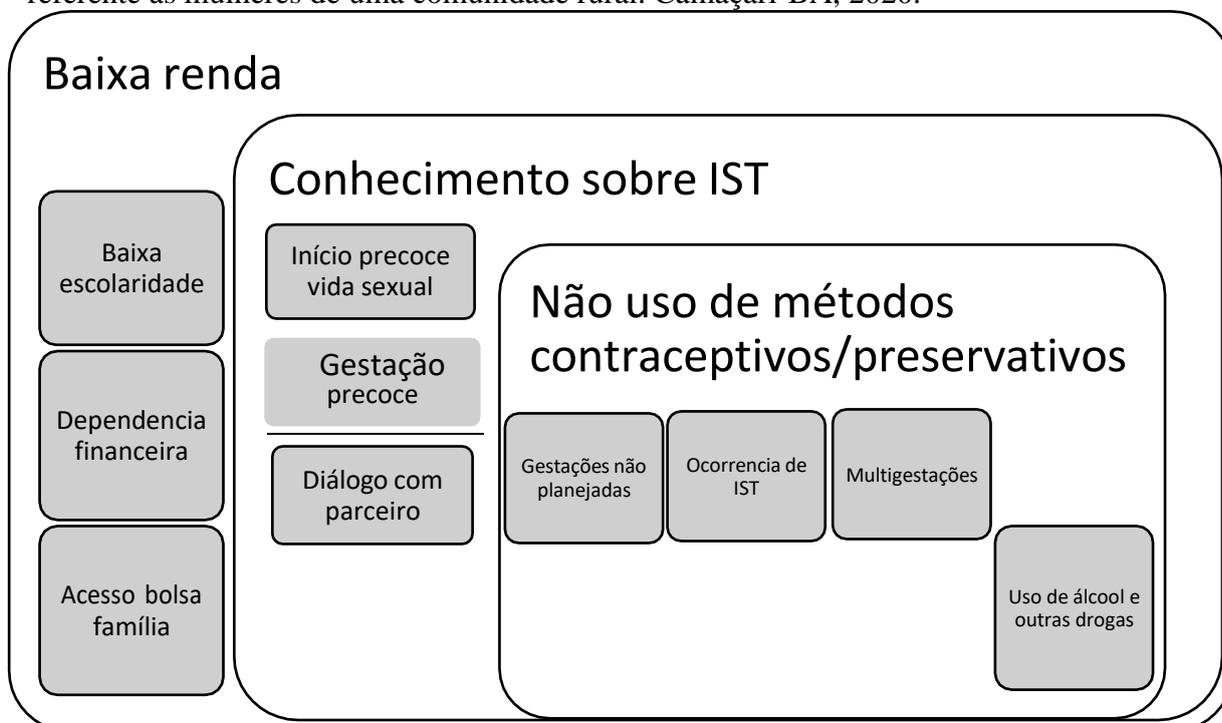
- ✓ Baixa renda
- ✓ Baixa escolaridade
- ✓ Dependência financeira
- ✓ Baixo acesso ao Programa Bolsa Família
- ✓ Início precoce da vida sexual
- ✓ Gestação precoce
- ✓ Multigestações

- ✓ Gestações não planejadas
- ✓ Não uso de métodos contraceptivos
- ✓ Não uso de preservativo – submissão ao parceiro
- ✓ Falta de conhecimento sobre IST- Vulnerabilidade – serviços
- ✓ Falta de informação sobre a saúde sexual do parceiro, sobretudo no tocante às IST
- ✓ Envolvimento com álcool e outras drogas

### 5.2.2 Segunda etapa: hierarquização dos problemas

Após o levantamento dos problemas houve a hierarquização. É importante ressaltar que a possibilidade de intervenção em curto, médio e longo prazo não foram considerados nessa etapa. Como problemas de maior gravidade, destacaram-se os relacionados aos fatores socioeconômicos, como a baixa renda e a dependência financeira, sendo estes apontados inclusive como gatilhos e fatores de promoção e manutenção dos outros problemas para essas mulheres.

**Figura 2** – Hierarquização dos problemas identificados pela Equipe de Saúde da Família referente às mulheres de uma comunidade rural. Camaçari-BA, 2020.



Fonte: elaboração própria

### 5.2.3 Terceira etapa: propostas prioritárias

Para o planejamento das intervenções levamos em consideração fatores como a possibilidade de desenvolvimento pela própria equipe, a necessidade de articulação com outros setores, o tempo médio de cada intervenção. Deste modo, considerando as prioridades descritas acima, foram propostas as seguintes medidas de intervenção:

No que concerne aos problemas relacionados às questões socioeconômicas, muito foi discutido sobre como propor intervenções que estivessem ao alcance da equipe, visto que se trata de um problema de base social e que abrange diversos setores. Nessa perspectiva, buscou-se articulação com as escolas profissionalizantes do município de Camaçari com a solicitação de ofertar de vagas para as mulheres, visando minimizar o problema da baixa renda e a dependência financeira.

Além disso, propôs-se diálogo com as cooperativas rurais locais, para introdução dessas mulheres no processo de organização do trabalho cooperado, sobretudo as cocadeiras e produtoras rurais. Em relação à dificuldade de inserção em programas sociais, como o PBF, propôs-se que a USF estabelecesse uma vinculação com o CRAS - Monte Gordo, recentemente inaugurado, no intuito de facilitar esse processo.

Quanto à baixa escolaridade, além da articulação com as escolas profissionalizantes já proposta, discutiu-se a possibilidade de articulação com as escolas locais, para identificação dos motivos de evasão escolar, e conseqüentemente buscar resolução conjunta.

Um dos principais problemas, que gerou ampla discussão para a equipe foram as questões relacionadas ao comportamento sexual, no que tange ao início precoce da vida sexual e das gestações precoces, bem como falta de conhecimento das mulheres sobre as IST, sua forma de transmissão e prevenção, relacionar IST com grupos de risco e se sentirem invulneráveis. Discutiu-se a responsabilização da família sobre essas questões, mas também a manutenção de questões culturais reproduzida por gerações. Essa situação mostra importante falha no processo educativo, tanto familiar e escolar, quanto dos serviços de saúde. A equipe da USF, que propõe prioritariamente a promoção e proteção da saúde percebe a falha do processo de trabalho que ficou voltado principalmente para a recuperação da saúde. Como intervenção, foi proposta a realização de atividades educativas, na própria unidade, bem como a elaboração de material didático que pudesse ser distribuído para melhor compreensão da temática. Vale ressaltar que essa problemática merece novas investigações, no sentido de acessar o senso comum e práticas de cuidados da comunidade sobre questões da saúde sexual, incluindo as IST,

visando propor e realizar atividades que possam dialogar com população em seu contexto e minorar danos e agravos.

Compreende-se que a partir do desenvolvimento de atividades educativas relacionadas a questões da saúde sexual, a dificuldade de diálogo com o parceiro possa também ser reduzida, embora seja essa uma questão de ordem social e cultural. Assim, a equipe de saúde propõe a criação de um grupo de mulheres, para que possam discutir questões relacionadas a sexualidade, uso de métodos contraceptivos, relações familiares, cotidiano, dentre outros, com o objetivo de criação e fortalecimento de uma rede de apoio na própria comunidade.

Diante do contexto de pandemia, a equipe intensificou a oferta individual de variados métodos, produção de material educativo sobre os métodos, seus riscos e benefícios e a participação no grupo de mulheres, proposto anteriormente. Para o uso do preservativo, destacou-se a necessidade de realizar intervenções com o público masculino, pois os homens são mais resistentes ao uso. De tal forma, a equipe propôs a realização de atividades voltadas exclusivamente para homens, com momentos educativos sobre o uso do preservativo. Foi proposto a oferta de preservativo em todos os locais da USF, desde a recepção aos consultórios, e a elaboração de cartilha informativa voltada para homens.

O uso de álcool e outras drogas foi um ponto que gerou discussão sobre a necessidade de intervenção, pois a maior proporção das mulheres não fazia uso abusivo. Entretanto, mesmo com o baixo percentual de uso problemático, o uso de álcool e algumas outras drogas estão presentes no cotidiano dessas mulheres. De tal modo, propôs-se a criação de material informativo sobre redução de danos, de forma a contribuir com a diminuição dos problemas relacionados ao consumo (Quadro 1).

Quadro 1- Problemas identificados pela Equipe de Saúde da Família referente às mulheres de uma comunidade rural e propostas prioritárias para intervenção – Camaçari-BA, 2020.

<b>Problema</b>	<b>Propostas Prioritárias</b>	<b>Responsáveis</b>
<b>Baixa renda/ dependência financeira / bolsa família</b>	Articulação com escolas profissionalizantes Articulação com CRAS -Monte Gordo Articulação com cooperativas locais	Equipe da USF/ ACS
<b>Baixa escolaridade</b>	Cooperação com escolas locais Articulação com escolas profissionalizantes	Equipe da USF/ ACS

<b>Conhecimento sobre IST</b>	Elaboração de materiais educativos Atividades educativas com desenvolvimento de oficinas	Equipe de pesquisa
<b>Início precoce da vida sexual/gestação precoce</b>	Articulação com escola para desenvolvimento de atividades educativas Grupo de jovens	Equipe de pesquisa e Equipe da USF/ACS
<b>Diálogo com o parceiro/ poder de decisão</b>	Grupo de mulheres	Equipe da USF/ ACS
<b>Uso de método contraceptivo/gestação não planejada/multigestação</b>	Oferta individual de métodos Grupo de mulheres Elaboração de panfleto instrutivo	Equipe de pesquisa e Equipe da USF/ACS
<b>Uso do Preservativo</b>	Atividades voltadas para homens, com momentos educativos Oferta de preservativo desde a recepção até os consultórios Elaboração de cartilha informativa para o público masculino	Equipe de pesquisa e Equipe da USF/ACS
<b>Uso de álcool e outras drogas</b>	Elaboração de material educativo sobre redução de danos	Equipe de pesquisa e Equipe da USF/ACS

Fonte: elaboração própria

### 5.3 FASE III - AÇÃO

#### **5.3.1 E, na hora de agir, eis que surge a Pandemia COVID-19 e tudo para ou quase tudo: mudanças no processo de trabalho e enfrentamento da Pandemia do COVID - 19<sup>1</sup>**

Meados de fevereiro de 2020, período pós-Carnaval, quando as atividades passam a ser retomadas normalmente na Bahia e no Brasil, começamos a ouvir mais sobre o vírus que tinha atingido a China em dezembro de 2019. A mídia começou a chamar atenção para o número de infectados e de mortos no território chinês. Logo depois, novos casos na Itália. Apesar disso, por todos os lados, parecia haver uma descrença sobre a disseminação do vírus até o Brasil. Seguia-se a rotina, com a expectativa de que tudo se resolvesse antes que fossemos efetivamente atingidos.

Em 26 de fevereiro de 2020, contudo, foi confirmado o primeiro caso de COVID-19 no Brasil, na cidade de São Paulo – SP (G1 SP, 2020). Inicia-se o estado de alerta e a divulgação de orientações sobre medidas de cuidados para evitar a propagação do vírus. Mas, ainda assim, parecia haver descrédito sobre a disseminação do vírus e suas implicações para saúde da população. Em 06 de março de 2020 foi confirmado o primeiro caso na Bahia, na cidade de Feira de Santana (SESAB, 2020). E assim começaram as notícias sobre os números de casos em Salvador e região metropolitana, incluindo Camaçari, atingindo também as zonas rurais.

Em 26 de março de 2020, devido ao aumento do número de casos e pela falta de EPIs suficientes para garantir a segurança dos profissionais, algumas unidades de saúde da família foram fechadas, realocando os profissionais, em esquema de escala, para o Centro de Enfrentamento ao Coronavírus, criado pela prefeitura como estratégia de enfrentamento. Nesse contexto, a USF Coqueiro de Monte Gordo foi fechada, e os usuários da área foram direcionados à outra unidade, onde os atendimentos de rotina foram suspensos, sendo mantidos apenas as consultas de pré-natal e atendimentos de emergência. Diante do fechamento da unidade na qual atuava, assumi a coordenação desse novo serviço, a partir de 06 de abril de 2020, contando com a equipe da USF que trabalhava em Monte Gordo, e de outras duas unidades que foram também temporariamente fechadas.

---

<sup>1</sup> Nesse capítulo, usarei primeira pessoa, para expressar como a Pandemia do COVID-19 me tocou e me atravessou como pessoa, pesquisadora e profissional da saúde da linha de frente de enfrentamento ao novo Coronavírus.

Na nova unidade, uma estrutura própria foi montada, para atendimento exclusivo de pessoas com sintomas respiratórios com quadro leve, para que esses não se dirigissem às unidades básicas, minimizando o risco de transmissão para pessoas que buscassem os serviços por outros motivos, ou para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), para não ocasionar sobrecarga nos atendimentos.

Inicialmente o serviço deveria funcionar de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 19:00 horas, entretanto, por uma questão de logística de transporte dos profissionais, o funcionamento foi mantido das 8:00 às 17:00h. Os profissionais trabalhavam em esquema de escala, trabalhando dois ou três dias na semana. Entretanto, eu, como coordenadora do serviço trabalhava todos os dias, com horários estendidos até as 19hs, diante de intercorrências com pacientes.

A primeira grande dificuldade vivenciada foi o medo e a insegurança dos profissionais alocados no serviço, principalmente pelo enfrentamento do desconhecido. Sentimentos de medo, ansiedade, tristeza, preocupação com a morte e incertezas sobre o futuro eram manifestados frequentemente, tal como apontado em estudo realizado no interior do Paraná com 19 profissionais da linha de frente (PAULA et al., 2021).

Questões de ordem estrutural, tais como falta e/ou baixa qualidade dos EPIs contribuíam para insegurança dos profissionais, gerando preocupação de contaminação da equipe e, conseqüentemente, o medo de infectar seus familiares. Estudo aponta que profissionais de saúde têm três vezes mais chance de contaminação pelo COVID-19 quando comparados à população geral (BARROSO et al., 2020).

Igualmente, os profissionais se sentiam inexperientes e despreparados para a ocorrência de casos graves, visto que eram todos profissionais atuantes na AB. Estudo nacional realizado com 1.456 profissionais de saúde de todos os níveis de atenção e regiões do país revelou que apenas 14,29% destes se sentem preparados para o enfrentamento ao Coronavírus. Entre os profissionais de enfermagem o índice foi de 20,09% (LOTTA et al., 2020). Alguns desses profissionais, por questões de saúde ou por motivos pessoais, foram realocados para outros serviços, restando 14 profissionais, sendo 02 profissionais médicos, 02 enfermeiras, 06 técnicos de enfermagem, 03 recepcionistas e eu, na coordenação.

Enquanto a equipe se desdobrava para dar conta das demandas de pessoas acometidas pelo coronavírus, uma doença sobre a qual pouco sabíamos, em um serviço novo e sem estrutura adequada, as pessoas da comunidade continuavam nas ruas, bebendo e se divertindo, como se nada estivesse acontecendo. Na abordagem com elas sobre a necessidade do isolamento social

e demais medidas de prevenção divulgadas pelos meios de comunicação, ouvia dessas pessoas que o número de casos no município era pequeno e que nem existiam casos em Monte Gordo. Ademais, sinalizavam que o grande risco para a comunidade era justamente a existência do Centro de Atendimento, que ia trazer pessoas doentes para o distrito. Esse discurso era comum, inclusive incentivado por representantes políticos da comunidade.

Portanto, observávamos a perpetuação do negacionismo da doença e das medidas de proteção. Esse movimento foi observado em todo o contexto nacional, com a negação da ciência e das medidas de isolamento social, desinformação, adoção de medidas sem comprovação científica com o uso irracional de medicações e compartilhamento de informações falsas (GUIMARÃES; CARVALHO, 2020).

Essas reações causavam frustração e impotência para toda equipe que continuava se esforçando para agilizar atendimentos, buscar conhecimentos e adquirir equipamentos necessários para o funcionamento adequado da unidade. Entretanto, o processo de aceitação da comunidade foi lento, as pessoas, mesmo com sintomas, não queriam buscar o serviço. Alguns, por acharem que poderiam se infectar na unidade, e outros com medo de que alguém os visse e espalhasse na comunidade que estavam doentes. Mas com o tempo, e com a necessidade, começaram a procurar o serviço.

Inicialmente, por causa do número restrito de testes, a testagem não ocorria para todos os casos suspeitos. Era necessário priorizar os grupos de risco. Foram contemplados com testagem, nesse primeiro momento, pessoas com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), pessoas com 60 anos ou mais, profissionais de saúde e segurança e comunicantes domiciliares de profissionais de saúde em atividade. Posteriormente, com a chegada de novos testes, foram incluídas pessoas com comorbidade e pessoas economicamente ativas.

Durante o período de funcionamento do Centro de Enfrentamento, entre 06 de abril de 2020 e 04 de setembro de 2020, foram atendidas 702 pessoas com sintomas respiratórios com suspeita diagnóstica de infecção por COVID-19, sendo 384 mulheres e 318 homens. Dentre elas, 577 realizaram testagem, sendo 182 apresentaram resultado reagente para Sars-coV-2 e 395 com resultado não reagente. O número de atendimentos em abril e maio totalizou 41 pessoas, em junho passou para 174 pessoas, chegando em 323 em julho, mês com maior número de atendimentos. Nesse período houve uma intensificação do número de casos positivos para Covid, a maior parte com sintomas leves.

No período de agosto e setembro houve diminuição do número de casos positivos com aumento do número de casos graves, totalizando 157 atendimentos. Apesar de a unidade ter

como público-alvo pacientes com sintomas leves, pacientes com SRAG passaram a buscar a unidade com frequência.

O aumento no número de pacientes graves aponta para o comprometimento da capacidade de atendimento da unidade e da rede de atenção. Os serviços para atendimentos dos pacientes com SRAG se encontravam sobrecarregados, com atendimento superior à sua capacidade, revelando a necessidade do aumento do número de leitos de atenção especializada (leitos clínicos e de Unidade de Terapia Intensiva - UTI). Essa necessidade foi observada em todo o Brasil, onde a cobertura conjunta dos setores públicos e privados, e a abertura dos hospitais de campanha não foi suficiente para cobrir os déficits da demanda (NORONHA et al., 2020).

Nesse mesmo período, houve a reabertura de algumas unidades básicas, e os profissionais lotados no Centro de Enfrentamento retornaram para suas unidades de origem, ficando a equipe restrita a um médico, três técnicos de enfermagem e uma recepcionista, para absorver toda a demanda de atendimento da unidade, e eu, que agora assumia a condução e a assistência. A redução da equipe resultou numa importante sobrecarga dos profissionais que se mantiveram na unidade, que passaram a apresentar sinais de adoecimento físico e psíquico. A precariedade das condições de trabalho associada à sobrecarga resulta em uma rotina estressante para os profissionais, sobretudo para a equipe de enfermagem, refletindo na qualidade da assistência no enfrentamento ao COVID-19 (TEIXEIRA et al., 2020; MIRANDA et al., 2020).

Além da sobrecarga de trabalho, destaca-se a desvalorização profissional da equipe de enfermagem. No processo do enfrentamento ao coronavírus, a sociedade passou a enxergar a enfermagem. Mas ao invés do reconhecimento como profissão imbricada na prática de cuidado no processo de trabalho, houve a romantização do papel da enfermeira como heroína, reforçado pela representação na mídia do profissional de saúde como aquele que se sacrifica, baseado no ideal cristão de sacrifício pelo outro. Esse discurso gera uma mistificação em volta do trabalho em saúde precarizado e escamoteia relações de exploração no trabalho.

Como reflexo disso, podemos observar a rotina adotada naquela unidade de assistência. O médico folgava uma vez por semana e, no dia dessa folga, cabia a mim, enquanto enfermeira e coordenadora, assumir o acolhimento, testagem e notificação dos pacientes. Em um dos episódios, chegou à unidade um paciente idoso, apresentando sintoma da SRAG. Após acolhimento e testagem, identifiquei a necessidade de internamento pela gravidade do quadro apresentado. Para tanto, todas as condutas necessárias foram adotadas para que a transferência

fosse realizada. Entretanto, apesar de ser a responsável por toda a conduta, o médico regulador entrou em contato informando que o leito de UTI só seria liberado em caso de solicitação por profissional médico.

Esse comportamento reforça à desvalorização da Enfermagem, apesar de ser uma das principais profissões na linha de frente no enfrentamento ao COVID-19., o que gera uma sensação de impotência e desrespeito frente ao conhecimento e protagonismo da profissão no processo do cuidado. Cabe ressaltar que essa atuação é pautada em conhecimentos científicos, preceitos éticos e no desenvolvimento de habilidades e atitudes humanizadas (SPAGNOL et al., 2021).

Como enfermeira, esse processo de invisibilização da profissão e do não reconhecimento de suas competências, senti, por vezes, vontade de desistir. Eu estava exausta, física e psicologicamente, o que afetou além do trabalho, a minha vida pessoal e minha capacidade de produção como pesquisadora. A responsabilidade era imensa, o número de profissionais era mínimo, a estrutura inadequada, tinha que ficar dando “jeitinho” para garantir a assistência ao paciente. Cabe ressaltar que esse não é um sentimento isolado. Estudos apontam para a exaustão dos profissionais de saúde frente ao número crescente de pacientes e à sobrecarga de trabalho, o que reflete na qualidade do cuidado prestado, na autoproteção, na qualidade de vida e nas relações familiares e sociais (HUANG et al., 2020; TEIXEIRA et al., 2020).

Outro ponto que causava sofrimento para a equipe, era a falta de estrutura e materiais adequados para a assistência e o exercício profissional em condições inadequadas. Como a unidade não foi projetada para o atendimento de pacientes graves, não possuía estrutura e materiais adequados para suporte aos casos mais graves. Pacientes chegaram a dividir o cilindro de oxigênio, enquanto aguardavam vaga para internamento. De maneira geral, as micro e macrorregiões brasileiras enfrentam a insuficiência de estrutura, bem como de equipamentos e leitos hospitalares (TEIXEIRA et al., 2020).

Uma situação que abalou a equipe foi um momento em que recebemos uma paciente em estado grave que necessitava de uma vaga na UTI. Enquanto aguardávamos a liberação da vaga, a paciente permanecia em oxigenoterapia. Em um determinado momento o Oxigênio (O<sub>2</sub>) acabou. Em contato com a gestão, fui informada que não havia meio de realizar transporte do Oxigênio e nem como remover a paciente da unidade enquanto a vaga não fosse liberada. A paciente começou a apresentar sinais de agravamento, e para conseguir manter o mínimo da assistência, utilizei o meu carro pessoal para buscar um cilindro de O<sub>2</sub> emprestado na unidade

mais próxima. Infelizmente, após a transferência, a paciente evoluiu para óbito. O que causou pesar em toda a equipe.

A vivência do sofrimento do paciente ou a morte destes, bem como o sofrimento dos familiares pelo adoecimento dos seus entes contribuem para o sofrimento e adoecimento psíquico dos profissionais de saúde, resultando na necessidade de afastamento do ambiente de trabalho (HUANG et al., 2020).

De tal modo, lidar com os sentimentos dos pacientes e dos seus familiares, por diversas vezes, também resultava em sofrimento para a equipe. O sentimento de culpa pelo adoecimento do seu familiar e a necessidade de rever o que poderia ter sido feito de forma diferente estava sempre presente nos discursos. O medo do internamento, de morrer sozinho, ou de que seus familiares não retornassem vivos eram frequentes. Os pacientes transferidos não podiam ter acompanhantes, nem receber visitas ou levar celulares. Era realizado um boletim diário as 17h informando sobre a situação do paciente. Eles tinham mais medo do isolamento do que do adoecimento em si, tanto que alguns familiares optaram por não permitir o internamento.

Essas questões perduraram ainda por um tempo, mas com a redução no número de casos e com a pressão popular pela reabertura da USF, o atendimento aos sintomáticos respiratórios passou a ser realizado em todas as unidades básicas. Com isso, em 08 de setembro de 2020, retornamos à nossa unidade de origem.

### **5.3.2 Retorno para unidade e levantamento sobre as condições de saúde da população**

Ao retornar para a USF, na segunda semana de setembro de 2020, foi realizado um levantamento com as mulheres sobre a situação de saúde delas e de seus familiares durante o período da pandemia. A proposta inicial era realizar um levantamento com algumas etapas e retomar os assuntos iniciais buscando identificar mudanças no padrão do consumo de álcool e outras drogas e sobre o comportamento sexual e reprodutivo, com o objetivo de identificar as principais necessidades de saúde e programar o retorno do cuidado. Entretanto, houve baixa adesão das participantes desde o primeiro momento.

Inicialmente, foi elaborado um questionário com 04 questões (APÊNDICE E) e encaminhado para as 259 participantes da primeira etapa do estudo, através do aplicativo de interação social, WhatsApp®, considerando a necessidade de manutenção do isolamento social. As primeiras perguntas foram elaboradas com o intuito de identificar situações vivenciadas pelas mulheres no contexto da pandemia que pudessem interferir na sua saúde e de seus

familiares, bem como em seu contexto familiar e social. A aplicação e registro das repostas do questionário foi realizado com a colaboração das ACS. Esse procedimento foi realizado entre setembro e outubro de 2020.

Das 259 participantes da primeira etapa, 39 responderam ao questionário enviado. A baixa adesão pode estar atrelada ao contexto, onde vivenciam maior dificuldade financeira, perda do trabalho e renda familiar e a presença dos filhos e companheiro em tempo integral em casa, o que contribui para o aumento do trabalho doméstico e para dificuldade nas relações interpessoais.

Dentre as respostas obtidas, algumas responderam por mensagem de texto, outras responderam por áudio. As respostas em áudio foram transcritas e todas as respostas foram organizadas segundo a similaridade do discurso, e estão descritas abaixo.

#### *5.3.2.1 Isolamento social e mudança na rotina familiar*

A pandemia contribuiu para mudanças na rotina das pessoas. O distanciamento social surgiu como proposta prioritária para o enfrentamento ao COVID-19, como método para diminuir a transmissão do vírus, com objetivo de atrasar o pico da epidemia e diminuir os efeitos nos indivíduos e grupos (WHO, 2020; OLIVEIRA, LUCAS, IQUIAPAIZA, 2020).

Entretanto, apesar do isolamento social ser benéfico para o controle epidêmico, pode impactar na vida dos indivíduos, afetando a convivência e a qualidade das relações intrafamiliares. O impacto da necessidade de adaptação da rotina pode ser maior em grupos vulneráveis (CUNHA et al., 2020), à exemplo das mulheres rurais. Essas dificuldades foram evidenciadas nas falas das participantes:

“Fica todo mundo em casa e é muito ruim. As crianças não vão para a escola, a gente não pode ir na igreja, fica tudo dentro de casa sem poder fazer nada” (P1).

A gente não sai não, só pra ir na casa de mãe, que mora no mesmo quintal. Meu marido que vai ali na lida, mas não sai para outros cantos não (P2).

Cabe salientar que essa mudança de rotina pode afetar a saúde mental das pessoas. A incerteza frente à doença, e ao futuro, bem como os problemas cotidianos, a preocupação consigo e com os seus, pode desencadear sentimentos como medo, insegurança e ansiedade, tornando o processo do distanciamento ainda mais difícil (FARO et al., 2020).

Ademais, observa-se ainda o efeito do isolamento nos aspectos econômicos, incertezas frente à manutenção financeira da família, visto que muitas dessas mulheres contribuam com

a renda, exercendo trabalhos informais, e deixaram esses trabalhos nesse período. O fato de a família ficar mais tempo em casa aumenta o consumo alimentar, de energia, água, dentre outros, contribui para o aumento dos gastos, nem sempre sendo possível ofertar o básico para a família. Deste modo, observa-se nos discursos de algumas participantes o rompimento do isolamento social, diante das necessidades financeiras:

“Não está fácil não. (...) a escola também fechou. Aumenta o gasto. As crianças que comiam na escola, agora não tem mais. Toda hora querem uma coisa e não tem” (P5).

“Não tem como ficar em casa não. A gente até tentou, mas se ficar em casa passa fome” (P4).

“Lá em casa quem sai mais são as minhas filhas. Uma trabalha no shopping e a outra no mercado. Eu fico preocupada, mas tem que trabalhar” (P11).

A gente sai sim, eu vendo cocada na praia, meu marido faz bico. O dinheiro que o governo dá é pouco (P8).

“Só sai para trabalhar. Deixo os meninos com minha sogra e na volta a gente pega (P9).

Outro fator importante é que a intensificação do convívio familiar contribuiu para o aumento dos conflitos. A presença constante de todos os membros da família em casa, associado a fatores estressantes como a instabilidade financeira, a ausência de lazer, a falta de itens básicos de subsistência, contribuíram para que ações pequenas se tornassem objeto de conflito, evidenciado no discurso dessa participante:

“Ah... fica só brigando dentro de casa, pois se não pode sair. É só tv, trabalho e briga. Não pode nem ir à praia, que era o lazer dos meninos” (P10).

Apesar de não ter sido apontado pelas participantes, dados divulgados pela mídia e por relatórios de organizações internacionais apontam para o aumento da violência doméstica durante a pandemia (PETERMAN et al., 2020). O aumento da convivência, junto à diminuição das redes de apoio e as limitações financeiras contribuem para o aumento do número e da gravidade das agressões (VIEIRA, GARCIA; MACIEL, 2020; OKABAYASHI et al, 2020).

Deste modo, o isolamento social contribui para a vulnerabilização dessas mulheres no que tange ao acesso aos bens e serviços e ao aumento da vivência de atritos familiares e de situações de violência.

### 5.3.2.2 Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e manutenção do cuidado

Uma condição observada durante o início da pandemia foi o fechamento de algumas USF, com interrupção das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde promovidas pela Atenção Primária à Saúde (APS), e deslocamento das equipes para atuação em serviços de enfrentamento ao COVID-19.

Segundo o modelo organizacional proposto pelo SUS, A APS atua como principal porta de acesso, garantindo o acompanhamento dos usuários e os encaminhamentos necessários na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com suas necessidades. Para tanto, a garantia do acesso aos serviços de saúde é condição necessária para a manutenção do cuidado (SCHIMITH et al., 2019).

Entretanto, com o fechamento da unidade, surgem barreiras no acesso, o que pode ser observado no discurso das entrevistadas, que revelaram dificuldades na assistência às demandas de saúde, devido ao fechamento da unidade e a interrupção da oferta dos serviços da ESF.

“Ficamos muito preocupados né? O posto fechado, muito difícil conseguir atendimento em outra unidade. A gente se apega a Deus pedindo para que nada de ruim acontecesse” (P3).

“Quando o posto fechou, a gente ficou sem tem ninguém para socorrer, cuidar da saúde. Ir lá no outro posto é só para ser humilhado, eles sabem que a gente é do Coqueiro e nem para nossa cara olha” (P2).

“Depois que fechou o posto ficou tudo mais difícil, a gente não consegue fazer um preventivo, pegar um remédio, tomar uma vacina” (P6).

Cabe salientar que a Estratégia de Saúde da Família é um importante mecanismo para promoção e prevenção da saúde e para o manejo das condições crônicas (MENDES, 2012). A centralização da atenção à saúde para o enfrentamento ao COVID-19, uma doença até então desconhecida, com alta taxa de morbidade e mortalidade, resultou no negligenciamento da atenção às doenças crônicas, o que pode ser observado nas falas a seguir:

“O pior é que não é porque a gente não está com covid que não precisa de atendimento. A gente vai no posto e ninguém quer saber o que a gente está passando de verdade, só quer se livrar” (P12)

Eu tenho pressão alta e açúcar, fiquei sem saber se estava normal ou não, porque não tinha médico para atender. Até para pegar remédio ficou difícil, porque tinha que ir em uma unidade longe buscar, e não é sempre que a gente tem o dinheiro do transporte (P7).

As doenças crônicas representam um importante problema de saúde. São responsáveis por cerca de 80% da assistência na atenção primária e por 60% das internações hospitalares. Ainda assim, suas complicações resultam em aproximadamente 70% das mortes no mundo (DUNCAN et al., 2012). De tal modo, a falta de acompanhamento dos quadros crônicos pode contribuir para a agudização desses casos, resultando em complicações que podem elevar o número de internações e óbitos evitáveis. Diante disso, observa-se que a centralização da atenção para o enfrentamento ao coronavírus, em detrimento da manutenção do cuidado para os outros problemas, não foi algo benéfico para essa comunidade.

### *5.3.2.3 Diagnóstico e enfrentamento ao COVID-19 no contexto familiar*

Ao investigar sobre a vivência da COVID-19 pessoal ou de familiares, as mulheres relataram pouco contato com a doença, por vezes nem acessando os serviços de saúde para estabelecimento de diagnóstico, mesmo apresentando todos os sinais e sintomas de uma possível infecção pelo Coronavírus, como é observado na fala a seguir:

“A gente não sabe se foi covid. Ficou todo mundo gripado aqui em casa, mas a gente não foi no hospital não. Cuidou aqui mesmo” (P1).

Cabe salientar a importância do estabelecimento do diagnóstico adequado para o cuidado e monitoramento para evitar o agravamento da doença e óbito. Além disso o diagnóstico precoce é de fundamental importância para a interrupção da cadeia de transmissão, a partir da adoção das medidas adequadas de isolamento social e quarentena (REUSKEN et al., 2020).

Outra informação constante nos discursos das mulheres foi a infecção de pessoas do seu círculo familiar e social e a crença em Deus como refúgio e proteção. Nos discursos das entrevistadas são observados a presença de Deus tanto na prevenção ao contágio, quanto na cura sem agravamento da doença:

“Graças a Deus, aqui ninguém pegou essa doença não. A gente cuida direito, mas todo dia a gente escuta falar que um conhecido pegou” (P4).

“Aqui em casa não, mas muita gente da família pegou, mas também, ninguém fica quieto. Mas Deus foi bom porque ninguém teve grave não” (P5).

*“Meu irmão teve, ficou até internado, mas já está bom. A gente rezou muito. Só tem que se apegar a Deus nessas horas” (P10).*

A fé é um importante mecanismo de enfrentamento no processo saúde-doença. Contribui para o estabelecimento de padrões de pensamento que favorecem o enfrentamento pessoal da doença, adotando uma perspectiva mais otimista diante do quadro cínico (SALVADOR et al, 2015). Entretanto, a fé pode atuar como fator dificultador na adesão ao cuidado científico, pela crença de que Deus vai curar e que a ciência não precisa intervir. Isso pode ocorrer de forma intensa nas zonas rurais, onde a religiosidade tem um forte impacto sobre a comunidade.

Posteriormente, tentou-se realizar novos contatos para dar continuidade no monitoramento da saúde das participantes, mas a adesão foi ainda menor, com apenas uma respondente. Portanto, optou-se pelo interrompimento do monitoramento.

### **5.3.3 Implementação das intervenções propostas**

Como proposta prioritária foi sugerida a articulação com escolas locais, com o objetivo de contribuir para minimizar a evasão escolar, visto que a equipe da ESF, sobretudo no papel das ACS, possui vínculo próximo com as famílias, o que possibilita entender a origem do problema e realizar uma intervenção precoce. Importante observar que o Programa Bolsa Família contribuiu para diminuir as taxas de abandono escolar entre crianças e jovens de 6 a 17 anos, por seu pagamento estar condicionado à frequência escolar no ensino regular da rede nacional (BRASIL, 2020). O abandono escolar feminino contribui para a ampliação das desigualdades sociais e de gênero.

Contudo, o abandono escolar ainda é frequente, principalmente entre os jovens de 15 a 17 anos. Dentre os motivos citados para a evasão, os mais prevalentes foram a necessidade de trabalhar (39,1%), desinteresse (29,2%) e gravidez (23,8%). Outro dado importante é que apesar do aumento da taxa de escolarização, muitas crianças e adolescentes apresentam atraso escolar. Em 2019, 12,5% dos jovens de 11 a 14 anos apresentavam atraso. A taxa é maior na faixa etária de 15 a 17 anos, atingindo 28,6%. Nessa idade os jovens deveriam estar no ensino médio, mas muitos permanecem no ensino fundamental (UNICEF, 2021). Dados similares são observados na comunidade de Coqueiro de Monte Gordo, onde os jovens evadem da escola

pela necessidade de contribuir com a renda familiar, e devido ao alto índice de gestação precoce, para as meninas.

Para as mulheres que concluíram o ensino médio, ou para as que não conseguiram concluir por necessidade de trabalhar e por gravidez, propôs-se a articulação com escolas profissionalizantes e com as cooperativas locais, com o objetivo de capacitação e inserção no mercado de trabalho. Em um contexto econômico desfavorável, ampliar a escolaridade e promover a qualificação das mulheres pode contribuir para a inserção no mercado de trabalho, reduzir o trabalho em condições precárias e a alta rotatividade de empregos (UNICEF, 2021).

Ainda considerando a necessidade do aumento da renda e a vulnerabilidade social das mulheres da comunidade, foi discutida a possibilidade de estabelecer uma articulação com o CRAS, na perspectiva de inclusão das mulheres que ainda não estavam inseridas, em programas de transferência de renda, como o PBF. Para as mulheres que apresentavam critérios para a inscrição no Programa, um dos entraves era a comprovação de moradia, visto que muitas famílias não apresentam situação regular dos serviços de fornecimento de água e energia. Para essas mulheres, a USF disponibilizou declarações de residência, assinadas pela ACS e pela Gerente da Unidade, sendo usado como documento comprobatório para a inscrição no Programa.

Quanto ao início prematuro da atividade sexual e gravidez na adolescência, propôs-se uma articulação com a escola, onde pudéssemos acessar esses jovens precocemente, criando um mecanismo de diálogo sobre a vivência da sexualidade. Contudo, as escolas ainda não estão funcionando de forma presencial, o que impediu que esse contato fosse realizado. Em contrapartida, optamos por dialogar com as mães sobre a importância de aproximar os seus filhos da unidade de saúde.

Sabe-se que as mães costumam levar seus filhos com constância à USF até os dois anos de idade, momento em que ocorre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento através da puericultura e período em que há maior frequência de vacinação (BRASIL, 2012). Após essa faixa etária, a procura é menor, ocorrendo principalmente quando a criança está doente ou quando veem a necessidade de realizar exames de rotina. Ao entrar na adolescência, essa presença se torna ainda mais rara. E esse afastamento pode resultar em barreiras na busca desses jovens pelos serviços.

A adolescência é um período marcado pelas mudanças físicas, psicológicas e sociais (SILVA et al, 2021). Nessa faixa etária, o compartilhamento das informações sobre sexualidade ocorre, principalmente, entre o grupo de amigos e através da internet. Com as novas tecnologias,

o acesso à informação está disponível de forma fácil, mas ainda assim, a adesão à proteção ainda é incipiente.

Nesse sentido, o profissional de saúde pode atuar como um mediador do cuidado. De tal modo, ampliar o vínculo com a comunidade possibilita o estabelecimento de relações de confiança, permitindo uma aproximação precoce desses jovens. A criação de vínculo com eles, por meio de um acolhimento adequado, propicia a continuidade do acompanhamento e o desenvolvimento de estratégias participativas visando a autonomia e corresponsabilidade dos jovens com sua saúde (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012). Para tanto, faz-se necessária a aproximação das famílias com a USF, compreendendo que este é um espaço não só de recuperação e prevenção, mas sobretudo de promoção da saúde.

Para facilitar a aproximação e vinculação dos jovens foram utilizadas três estratégias. A primeira foi a criação de um turno para o atendimento exclusivo de adolescentes, podendo ou não ser acompanhados dos responsáveis, considerando suas características individuais e motivos pela busca do serviço; a segunda, foi conversar com as mulheres que frequentam a unidade, incentivando-as a agendar consulta para os seus filhos/filhas, ressaltando a importância da manutenção do vínculo e do acompanhamento da saúde desses jovens. E a terceira, foi o desenvolvimento de ações de vinculação, como testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites virais, que foram divulgadas pelas ACS e organizadas para facilitar o acesso dos adolescentes.

Assim, com o aumento no número de jovens frequentando a unidade, iniciamos um processo de aproximação e estabelecimento de relações de confiança para podermos dialogar sobre temas como a vivência da sexualidade na adolescência, IST, gravidez e uso de drogas.

Ainda sobre a saúde sexual e reprodutiva, no tocante a falta de conhecimento sobre IST, surgiram duas propostas: a primeira de elaborar um material educativo, destinado a orientações de práticas de prevenção e cuidado, com linguagem acessível e abrangente para as diferentes identidades de gênero. Sabe-se que existem diversos materiais produzidos que contêm essas informações, contudo, abordam em sua maioria, uma comunicação pautada no discurso biomédico, que privilegiam o conhecimento clínico e epidemiológico da doença (PAZ, 2007). Considerando as especificidades da população, foi elaborada uma cartilha, com conteúdo e linguagem adaptados à realidade dos indivíduos, contendo informações sobre o que são as IST, transmissão, principais sintomas, como prevenir, o que fazer em caso de suspeita, e tratamento (APÊNDICE C).

A segunda proposta diz respeito ao desenvolvimento de ações educativas presenciais, na modalidade de oficinas. Entretanto, diante das medidas de proteção e prevenção da contaminação pelo COVID-19, essas oficinas ainda não foram realizadas. Porém, atividades educativas vêm sendo desenvolvidas individualmente com as mulheres e com os seus parceiros.

O desenvolvimento da pesquisa e seus resultados contribuíram para mudanças na minha prática profissional no que diz respeito a assistência para comunidade, com a ampliação de orientações sobre saúde sexual e reprodutiva. Nesse sentido, tenho estimulado a participação dos parceiros nas consultas com as mulheres, caso elas se sintam à vontade e permitam, promovendo o diálogo entre o casal e esclarecendo dúvidas quanto aos métodos contraceptivos, as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de IST, uso do preservativo, sobre a testagem e oferta do teste para diagnóstico de IST, caso desejem.

Importante ressaltar que a participação dos homens ainda é baixa, visto que a maior parte das mulheres vai sozinha à unidade. Isso pode estar relacionado aos aspectos culturais e sociais das relações de gênero, visto que o cuidado com a saúde é tido como prática essencialmente feminina (LOPES, 1996). Quando relacionado às IST e uso de métodos contraceptivos, faz-se necessário a participação do homem nas consultas, não como acompanhante, mas como indivíduo corresponsável pela sua saúde e de sua parceira, o que possibilita que as decisões sejam compartilhadas (BRASIL, 2013).

Ao considerar o problema de diálogo com o parceiro e o poder de decisão da mulher na relação, optamos por desenvolver um grupo com mulheres da comunidade, com o objetivo de promover a troca de conhecimento e de experiências entre elas. Entretanto, por causa do contexto de Pandemia da COVID-19, o grupo ainda não pôde ser implementado. Desta forma, a estratégia de participação do parceiro nas consultas, contribuiu para estabelecimento do diálogo entre o casal, mesmo que de forma incipiente.

Sabe-se que as questões relacionadas à desigualdade de gênero são históricas, e estão ainda mais presentes nas comunidades rurais, onde as relações são marcadas pela subordinação das mulheres aos seus companheiros, com baixo ou nenhum poder de decisão. Por isso, acredita-se que a formação de um grupo, composto por mulheres em diferentes contextos, com vivências semelhantes e diferentes, facilitaria o processo de troca, contribuindo para uma mudança processual e coletiva por meio do conhecimento construído coletivamente.

Nesse sentido, ainda no tocante à saúde sexual e reprodutiva, destacam-se os problemas relacionados ao uso de método contraceptivo, gestação não planejada e multigestação. De forma complementar, propôs-se que estes temas fossem abordados no grupo de mulheres,

considerando a necessidade do processo educativo contínuo e coletivo. No que alude aos métodos contraceptivos, a troca de informações, experiências positivas e negativas, torna a escolha individual mais consciente. Para que a mulher possa escolher o método mais adequado às suas necessidades e contexto de vida, elas precisam conhecer os contraceptivos disponíveis.

Além das ações educativas, observou-se a necessidade de intervenções como a ampliação da oferta de métodos contraceptivos. O principal método utilizado por essas mulheres é o contraceptivo hormonal, oral ou injetável. Isso pode estar relacionado ao fato de o acesso a outros métodos ser mais difícil, por não estarem disponíveis na unidade, à exemplo do DIU.

Diante dos resultados da pesquisa, foi realizado contato com a Diretoria de Atenção Básica (DAB) do município, e solicitado dispositivos e os kits para a inserção do DIU nas mulheres que desejassem esse método. Foi pactuado a disponibilização de 50 kits completos, para contemplação exclusiva das mulheres rurais vinculadas à USF. Com a chegada desse material, houve a organização das mulheres que tinham interesse pelo método, e para aquelas que já haviam realizado os exames necessários, o procedimento foi agendado. Foram inseridos 06 dispositivos até o momento da realização desse relatório. Esse número limitado deve-se a demora no despacho dos dispositivos para USF, a dificuldade de acesso das mulheres a unidade de saúde para realização da Ultrassonografia transvaginal e a demora do resultado do exame citopatológico. A ultrassonografia e o resultado do exame citopatológico são estabelecidos como prioridades para a inserção do DIU.

Entretanto, o principal impeditivo da continuidade da inserção do DIU nessas mulheres foi a revogação da Nota Técnica nº 5/2018-CGSMU/DAPES/SAS/MS (BRASIL,2018), que garantia a realização do procedimento por enfermeiras treinadas, pelo Ministério da Saúde. A revogação ocorreu mediante pressão do Conselho Federal de Medicina (CFM), que considera o procedimento privativo do profissional médico, segundo a lei do ato médico, Lei nº 12.842/2013 (BRASIL, 2013).

Importante apontar que ao inibir a atuação da Enfermeira, o ato médico contribui para a ampliação da barreira no acesso das mulheres ao planejamento reprodutivo adequado, sobretudo em comunidades rurais. A disputa mercadológica que acontece nos grandes centros urbanos, não se aplica nas regiões mais remotas, pois são locais que apresentam alta rotatividade dos profissionais médicos, que percebem essas unidades como locais de trabalho temporário.

Outro método muito buscado pelas mulheres da comunidade é a esterilização cirúrgica. Várias mulheres dessa comunidade têm muitos filhos, e por isso referem o desejo pela

realização de método definitivo. Nesses casos, é realizada uma consulta com o casal para início do processo, já que para a lei brasileira, mulheres que mantêm um relacionamento estável necessitam da concordância do companheiro e de acompanhamento por prazo mínimo de 60 dias após a manifestação do desejo, para a realização da cirurgia (BRASIL, 1996).

Nesse momento, discutimos sobre os métodos alternativos, em caso de manutenção do desejo, discute-se a possibilidade de optarem pela vasectomia, ao invés da laqueadura. Entretanto, são poucos os homens que concordam com essa alternativa, ficando mais uma vez sobre a mulher a responsabilidade da contracepção, apesar da vasectomia se configurar como um procedimento mais simples, seguro, e barato que a laqueadura (WHO, 2007). A recusa dos homens pode estar associada ao desconhecimento e preocupação quanto a possíveis alterações da virilidade e libido, após a vasectomia (COSTA, 2016).

Porém, sendo o método de escolha a laqueadura ou a vasectomia, o número de casais que consegue realizar a cirurgia é mínimo. Com a escassez de recursos materiais e humanos do município para a realização dos procedimentos, esses casais ficam muito tempo na fila de espera, ou recorrem à artifícios alternativos, como a busca por políticos para realização através de projetos não vinculados ao município. Diante dessa realidade, resta como alternativas o método hormonal, ou o uso do preservativo, método que as participantes apresentam maior resistência para uso.

Nesse contexto, o não uso do preservativo foi um dos principais problemas identificados na fase de diagnóstico. Como motivos, as participantes relataram não gostar, ou para a maioria, a não aceitação do parceiro em usar o método. Desse modo, cabe analisar que apesar dos homens delegarem às mulheres a responsabilidade da contracepção, quando o método escolhido os envolve diretamente, o método é recusado. O uso de preservativo é a medida mais efetiva no que concerne à prevenção às IST, no entanto, a negação do direito de escolha sobre o uso de preservativo, expõe as mulheres a situações de vulnerabilidades para os agravos. Nesse sentido, pensa-se em desenvolver atividades educativas voltadas para o público masculino. Essa ação, contudo, requer mudanças de paradigmas no que diz respeito ao uso do espaço e horário institucional do serviço de saúde, uma vez que a presença masculina na unidade é limitada. Entretanto, o contexto da pandemia nos impede de realizar essa atividade pela necessidade de manter as medidas de proteção e prevenção.

Nessa perspectiva, diante da impossibilidade de realizar atividades educativas para o público masculino, foi ampliada a oferta de preservativo em todos os ambientes da unidade e nas visitas domiciliares, com a participação das ACS. Desta forma, distribuimos os

preservativos na recepção, sala de triagem, consultórios de enfermagem, médico e odontológico e na farmácia da unidade, para que homens e mulheres retirem o preservativo onde se sentirem mais à vontade.

Outra ação realizada diante dos problemas identificados foi a elaboração de um material informativo sobre o uso do preservativo. Entretanto, em contato direto com as mulheres, elas revelaram se sentir invulneráveis às IST. Ao não acreditar que possa se contaminar, por confiarem na segurança das suas relações a orientação sobre o uso do preservativo para proteção torna-se ineficaz. Assim, no material educativo elaborado buscou-se incentivar o uso do preservativo com dicas para uso prazeroso, com o intuito de aumentar o interesse do casal pelo método (APÊNDICE D).

Com relação ao padrão de consumo de drogas pelas participantes, apesar da baixa referência de uso problemático durante as entrevistas, na discussão desse problema com a equipe foi apontada pelas ACS o uso frequente do álcool e do tabaco, na comunidade, durante a semana e intensificado durante finais de semana e feriados. A partir da identificação do problema, houve uma extensa discussão sobre as propostas realizadas, sobretudo considerando as questões individuais das pessoas envolvidas na etapa de planejamento, como a religião. Após apontar o discurso proibicionista, chegou-se na proposta de produzir um material educativo com técnicas de Redução de Danos (RD) para as pessoas que fazem o uso de drogas, com foco principal nas lícitas, considerando o maior consumo pela comunidade (APÊNDICE E).

A RD consiste em um conjunto de estratégias que visa diminuir os riscos e danos biopsicossociais e econômicos relacionados ao consumo de drogas, sem exigir a diminuição ou extinção do consumo. Trata-se de uma prática emancipatória, que pressupõe autonomia do usuário para a construção conjunta e incorporação das estratégias de autocuidado, proteção e promoção da saúde. Com isso, a abordagem empática, livre de julgamentos e compromisso com a promoção da saúde coletiva, são princípios fundamentais para a sua incorporação e promoção de transformações sociais (BRASIL, 2004; MOREIRA et al., 2019).

Assim, além do material educativo, propôs-se a incorporação do diálogo sobre as drogas e a RD de forma natural, livre de preconceitos, sobretudo para as ACS, que estão em contato mais frequente com as pessoas da comunidade, e que podem contribuir para a incorporação das práticas para controle dos danos.

Outra intervenção realizada foi a preparação da equipe, em especial as ACS, quanto a intervenção diante de casos de uso problemático de alguma SPA. Foi alertado para a abordagem não proibicionista e o acompanhamento pela equipe da ESF, com o apoio da equipe do Centro

de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) do município, sempre que possível. Apesar de poucos casos identificados, essa ação tem acontecido de forma natural, com ampla identificação dos casos pelas ACS.

Nesse contexto, cabe reafirmar que apesar da impossibilidade da realização de algumas intervenções propostas, principalmente no campo coletivo, pequenas intervenções vêm sendo realizadas, sobretudo a partir da incorporação de ações cotidianas na prática da equipe. Essas ações têm apresentado alguns resultados, refletindo em ganho para a comunidade e para equipe de saúde em atuação na USF.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As participantes deste estudo apresentaram características similares a de mulheres que vivem em outras comunidades rurais do país. Essas características se constituem como determinantes sociais e de saúde que influenciam na qualidade de vida e na saúde das pessoas, em seus distintos contextos.

No que tange ao comportamento sexual e reprodutivo, as participantes apresentaram início precoce da atividade sexual, multigestações, gestações não planejadas, e o uso de contraceptivo hormonal como principal método de escolha. Além disso, os dados apontaram para uma intensa desigualdade de gênero e das relações de poder. As mulheres se mantinham em situações de submissão, onde não possuíam direito de escolha sobre o uso de métodos contraceptivos, e conseqüentemente sobre o número de filhos e exercício da maternidade.

Ademais, observou-se a falta de informação sobre as IST e sua forma de transmissão, bem como a crença na invulnerabilidade frente às mesmas pela manutenção de uma relação estável, o que as expõe ainda mais aos agravos. A maior parte das entrevistadas revelou não conhecer serviços de testagem e aconselhamento de IST, o que aponta para uma falha dos serviços de saúde, sobretudo da Atenção Básica.

Quanto ao uso do preservativo, houve baixa proporção de mulheres que referiam utilizá-lo, sendo que a proporção foi ainda menor para as mulheres que relataram usar preservativo após a ingestão de bebidas alcoólicas. As participantes referiram não poder dialogar com seus parceiros sobre o uso do preservativo, ter dificuldade em propor o uso e não conseguir convencer seus parceiros a usar.

Ao associar a manutenção da prática sexual na ausência do preservativo e as condições sociodemográficas e de saúde sexual e reprodutiva das participantes observou-se relação estatística entre a manutenção da prática e raça, renda, situação conjugal, e principal método utilizado. Houve associação também com as variáveis: uso do preservativo após beber, convencer o parceiro a usar, recusar sexo sem preservativo, poder propor o uso e parceiro se nega a usar por qualquer motivo.

No tocante ao padrão do consumo de álcool e outras drogas, os resultados apontam para a necessidade de intervenção para o álcool, tabaco, anfetaminas e sedativos/hipnóticos. Associados à necessidade de intervenção para o tabaco estavam as variáveis cor, renda, acesso ao benefício governamental e escolaridade. Ademais, os resultados salientaram risco de médio a alto para o consumo de álcool entre as participantes, alertando para feminização do consumo de álcool e suas implicações na saúde das mulheres e familiares. Esses resultados sinalizam a necessidade de implantação e/ou implementação de medidas preventivas e educativas pela equipe de saúde, para o grupo investigado.

Diante dos problemas identificados na fase de diagnóstico foram estabelecidas propostas de intervenção, na fase de Planejamento. Dentre os problemas observados, os mais predominantes estavam relacionados às questões sociais, que necessitariam de intervenções de médio e longo prazo, e de articulação com a rede, à exemplo do acesso à educação e ampliação da renda. Tais questões não possuem relação direta com o serviço de saúde, no sentido de dispor de um poder resolutivo, portanto, as propostas para esses problemas surgiram na perspectiva de criar articulações que pudessem contribuir para a sua resolução. Entretanto, diante do contexto de pandemia, com o fechamento dos serviços e a continuidade do isolamento social, algumas dessas ações ainda não foram operacionalizadas, mas existe o planejamento para executá-las quando for viável.

Diante do cenário da Pandemia de COVID-19, as intervenções que foram planejadas e que envolviam oficinas e atividades coletivas, tiveram que ser adiadas. Assim, as atividades educativas foram adaptadas para serem desenvolvidas individualmente, com o intuito de disponibilizar, sobretudo, o acesso à informação, visto que o conhecimento pode ser um fator determinante para a mudança da prática. Cabe ressaltar que o período da Pandemia interferiu nos processos individuais e coletivos, trazendo dificuldades para a comunidade e para a equipe de saúde, tornando a execução das ações identificadas como necessárias, não prioritárias para o momento vivido.

Ainda assim, diante de todas as dificuldades que envolviam o momento, o retorno para uma rotina mais próxima da realidade, ou de uma nova realidade, onde as questões cotidianas de saúde voltaram a ter atenção prioritizada, permitiu a realização de atividades importantes pautadas no planejamento horizontal das ações e na ampliação do diálogo com atendimento humanizado, considerando as singularidades de cada mulher.

Portanto, cabe salientar que embora o estudo tenha apresentado limitações, principalmente durante a execução das ações, os achados contribuem para a ampliação do olhar sobre as especificidades das mulheres rurais. Embora o estudo tenha apresentado limitações, principalmente durante a execução das ações, confirma-se a tese de que a ruralidade interfere no contexto social e no processo de saúde e adoecimento das mulheres, especialmente no que concerne ao exercício da sexualidade e o consumo de álcool e outras drogas, temas invisibilizados em estudos realizados com essas populações.

Além disso, a presente pesquisa apresenta como destaque a articulação com a graduação e pós-graduação e a execução da pesquisa em equipe, o que possibilitou para as pesquisadoras e para o grupo de pesquisa a vivência de aprendizados que não se adquirem na graduação, com a aproximação de uma população vulnerável, a comunidade rural, e resultou em produções científicas que contribuirão para ampliar a visibilidade dessa população.

Assim, o estudo contribui para o conhecimento no campo da Enfermagem e da Saúde por possibilitar o compartilhamento de elementos que garantam a integralidade da assistência em saúde, contribuindo para minimizar as vulnerabilidades dessa população. Entretanto, considerando que existe uma riqueza de informações sobre as especificidades dessas mulheres, e considerando a interferência da Pandemia no desenvolvimento dessa pesquisa, assume-se o compromisso de executar as demais etapas de intervenção e avaliação assim que o contexto da saúde tornar possível. Ademais, recomenda-se a realização de novos estudos, para fundamentar o estabelecimento de ações e estratégias e a criação de políticas públicas que considerem as suas necessidades.

## REFERÊNCIAS

ABELDANO, Roberto Ariel. et al. Consumo de substâncias psicoativas em dos regiones argentinas y su relación con indicadores de pobreza. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n. 5, p. 899-908, 2013.

ALEXANDRE, Solange Gurgel. **Representações sociais e vulnerabilidades de mulheres no contexto da AIDS**. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza- CE, 2010.

ANDRADE, Raquel Dully et al. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 181-6, 2015. Disponível em: [scielo.br/j/ean/a/TJB8nBkghyFybLgFLK7XMpv/?lang=pt](http://scielo.br/j/ean/a/TJB8nBkghyFybLgFLK7XMpv/?lang=pt). Acesso em: 13 jul. 2020. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150025>

ANDREWA-CHAVEZ, Johanna et al. Factors associated with alcohol consumption patterns in a Puerto Rican urban cohort. **Public Health Nutrition**, v. 18, n. 3, p. 464-473. 2015. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/factors-associated-with-alcohol-consumption-patterns-in-a-puerto-rican-urban-cohort/51AA96AE1102767487D64EB75854D682>. Access on: 13 Oct. 2020. doi:10.1017/S1368980014000433

ARAÚJO, Maria do Perpétuo Socorro Nassau et al. PRONAF MULHER E OEMPODERAMENTO DE TRABALHADORAS RURAIS. **Revista Desenvolvimento Social**, [S.l.], p. 12, jan. 2017. ISSN 2179-6807. Disponível em: <[http://www.ppgds.unimontes.br/rds/index.php/desenv\\_social/article/view/251](http://www.ppgds.unimontes.br/rds/index.php/desenv_social/article/view/251)>. Acesso em: 30 set. 2018.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita, et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. CZERESNIA, D. (Org.). Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências. **Fiocruz**. Rio de Janeiro, p.117-139, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita, et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **Am J Public Health**. 96(6):1001-6, 2006.

AYRES, José Ricardo.; PAIVA, Vera.; BUCHALLA, Cassia Maria. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. p. 9-22. (Livro 1).

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita, PAIVA, Vera; FRANÇA, Júnior Ivan. Conceitos e Práticas de Prevenção da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade. In: Vera Paiva, José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, & C.M. Buchalla, (Orgs.).

**Vulnerabilidade e Direitos humanos:** Prevenção e Promoção da Saúde. Livro I. Curitiba: Juriá, Cap. 4, pp.71-94, 2012.

BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi; GOES, Herbert Leopoldo de Freitas. The Altadir Method of Popular Planning as a management teaching instrument in nursing. **Invest. educ. enferm**, Medellín , v. 30, n. 2, p. 253-259, July 2012 . Available from <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072012000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000200011&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Oct. 2019.

BARBOSA, Keila Furbino et al . Fatores associados ao não uso de preservativo e prevalência de HIV, hepatites virais B e C e sífilis: estudo transversal em comunidades rurais de Ouro Preto, Minas Gerais, entre 2014 e 2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 28, n. 2, e2018408, jun. 2019 . Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742019000200027&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742019000200027&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 26 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000200023>.

BARCINSKI, Mariana. Centralidade de gênero no processo de construção da identidade de mulheres envolvidas na rede do tráfico de drogas. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1843-1853, 2009.

BARROSO, Bárbara Iansã de Lima et al. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 1093-1102, Sept. 2020. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2526-89102020000301093&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102020000301093&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Mar. 2021. Epub Sep 21, 2020. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoarf2091>.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack:** quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? . 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 1-224.

BERTOLOZZI, Maria Rita, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. esc enferm USP**, v.43, p. 1326-1330, 2009.

BOLANOS GUTIERREZ, Maria Regla. Barreras para el acceso y el uso del condón desde la perspectiva de género. **Horiz. sanitario**, Villahermosa , v. 18, n. 1, p. 67-74, abr. 2019 . Disponible en<[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-74592019000100067&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592019000100067&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 26 oct. 2021. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n1.2306>.

BORGES, Ana Luiza Vilela. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 597-604, 1 dez. 2007.

BORGES, Janice Rodrigues Placeres, DAL FABBRO, Amauris Lelis, FERREIRA FILHO, Pedro. Condições de vida e qualidade do saneamento ambiental em assentamentos da reforma agrária paulista – representações e práticas cotidianas. **Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, ABEP, realizado em Caxambu- MG - Brasil, de 18 a 22 de setembro

de 2006.

BORGES, Marcia Terezinha Trotta; BARBOSA, Regina Helena Simões. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 4, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WNrL6kNSsbZ4mbx5mxn8hhd/?lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400019>.

BORTOLOTTO, Caroline Cardoso, MOLA, Crisctian Loret. de; TOVO-RODRIGUES, Luciana. Quality of life in adults from a rural area in Southern Brazil: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 52, n. supl.1, p. 4s, 2018. DOI: 10.11606/S1518-8787.2018052000261. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/150134>. Acesso em: 27 Jan. 2021.

BOULDING, Elise. Las mujeres y la violencia social. In: **UNESCO**. La violencia y sus causas. Paris, p. 265-79, 1981.

**BRASIL - I Revista do Programa Nacional da Documentação da Trabalhadora Rural**. Programa Nacional de Documentação da Mulher Trabalhadora Rural 2004 – 2006. Relatório de Gestão: Ter documento é um direito. Toda mulher quer respeito, 2006.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **História da Aids**. 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/historia-da-aids-1982>. Acesso em: 20 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 302p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. HIV Aids. **HIV-AIDS. Boletim epidemiológico**. 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>. Acesso em

22 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. HIV Aids. **Sífilis. Boletim epidemiológico**. 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>. Acesso em 22 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. HIV Aids. **Hepatites virais. Boletim epidemiológico**. 2018c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2018>. Acesso em 22 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução nº 44 de 25 de agosto de 2011. Estabelece critérios, prazos e procedimentos para atender as disposições do Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de agosto de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Tecendo a saúde das mulheres do campo, da floresta e das águas: direitos e participação social**. Brasília (DF); 2015. (Movimentos Sociais, 2). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecendo\\_saude\\_mulheres\\_campo\\_floresta.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecendo_saude_mulheres_campo_floresta.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 466/12. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Brasília, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. CVC/CN/DST/AIDS. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília. DF; Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA). **Programa Nacional de Crédito Fundiário**: para quem é da terra criar raízes. Brasília: MDA, 2006. Disponível em: <<https://slideplayer.com.br/slide/385483/>>. Acesso em: 20 maio 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Programa de Aquisição de Alimentos – PAA**. 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/aquisicaoecomercializacao-da-agricultura-familiar>. Acesso em: 15 mar. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. **Boletim Bolsa Família e Cadastro Único - Acompanhamento e Análise do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único para Programas Sociais**. Brasília, 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.866. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)**, de dezembro de 2011. Brasília, 2011b.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília, 1996.

BRUMER, Anita. Gênero e agricultura: a situação da mulher na agricultura do Rio Grande do Sul. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 205-227, 2004.

BUENO, André Luis Machado; LOPES, Marta Julia Marques. Mulheres rurais e violências: leituras de uma realidade que flerta com a ficção. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 21:e01511, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/VVNcs38qHFGC5q3yvh8xPzj/?lang=pt>. Acesso em: 12 Mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/1809-4422asoc170151r1vu18L1AO>.

CAMERON, Jenny; GIBSON, Katherine. Participatory action research in a poststructuralist vein. **Geoforum**. v.36, p.315–31. 2005.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola; MALBERGIER, André; FIGUEIREDO, Tathiana Fernandes Biscuola. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/AIDS. **Rev. psiq. clín.**, São Paulo, v.35, n.1, p.70-75, 2008.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola; MALBERGIER, André; FIGUEIREDO, Tathiana Fernandes Biscuola. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/AIDS. **Rev. psiq. clín.**, São Paulo, v.35, n.1, p.70-75, 2008.

CARLINI, Elisaldo Luiz de Araújo. - Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional- Presidência da República. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005**.

CARLINI, Elisaldo Luiz de Araújo. Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional- Presidência da República. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: CEBRID/SENAD; 2001.

CARLOTO, Cássia Maria; GOMES, Anne Grace. Geração de renda: enfoque nas mulheres pobres e divisão sexual do trabalho. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, p. 131-146, Mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/KfWB5wmLstzBpvWjkKQYQpQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 Ago. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000100008>

CAVENAGHI, Suzana, ALVES, José Eustaquio . **Fecundidade e dinâmica da População Brasileira**. População e Desenvolvimento do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Brasília: 2018.

CELLA, Daltro, QUEDA, Orlowaldo, FERRANTE, Vera Lúcia Silveira Botta. A definição do espaço rural como local para o desenvolvimento territorial. **Retratos de Assentamentos**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 69-91, 2019. DOI: 10.25059/2527-2594/retratosdeassentamentos/2019.v22i1.333. Disponível em: <https://retratosdeassentamentos.com/index.php/retratos/article/view/333>. Acesso em: 12 out. 2020.

COOMBER, Kerri, et al. Rural adolescent alcohol, tobacco and illicit drug use: a comparison of students in Victoria, Australia and Washington State, United States. **J Rural Health** [Internet]. v. 27, n. 4, p. 409-15, 2011. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3186916/pdf/nihms-261352.pdf>. Access in: 2018 Feb 18.

COSTA Camila de Carvalho. A Esterilização Masculina: perfil e percepções de homens que optaram pela vasectomia. **O social em questão**, Ano XIX, n°36, p.425-446, 2016.

COSTA-COUTO, Maria Helena. A VULNERABILIDADE DA VIDA COM HIV/AIDS. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

COSTA, Eugênio Pacceli; POLITANO, Paulo Rogério; PEREIRA, Néocles Alves. Exemplo de aplicação do método de Pesquisa-ação para a solução de um problema de sistema de informação em uma empresa produtora de cana-de-açúcar. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 21, n. 4, p. 895-905, Dec. 2014

COSTA, Marta Cocco; LOPES, Marta Julia Marques; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 162-168. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wtn3ZbpCSjLkK8TBQCF9ShB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 Abr. 2020. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150022>.

COSTA, Rachel Franklin; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 466-472. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wT4yGVZqcBxFMV8DqSqr6Pb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300006>.

CRANKSHAW Tamaryn L. et al. Expanding the relationship context for couple-based HIV prevention: Elucidating women's perspectives on non-traditional sexual partnerships. **Social science & medicine**.2016. v. 166, p. 169-176. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/307157753\\_Expanding\\_the\\_relationship\\_context\\_for\\_couple-based\\_HIV\\_prevention\\_Elucidating\\_women's\\_perspectives\\_on\\_non-traditional\\_sexual\\_partnerships](https://www.researchgate.net/publication/307157753_Expanding_the_relationship_context_for_couple-based_HIV_prevention_Elucidating_women's_perspectives_on_non-traditional_sexual_partnerships). Acesso on: 2020 Jun. 18.

CUNHA, Thaynara Gabriella Silva et al. Atuação da equipe multiprofissional em saúde, no cenário da pandemia por Covid 19. **Health Residencies Journal**, v. 1, n. 2, 2020.

CURTIS Alexa, WATERS Catherine, BRINDIS Claire. Rural adolescent health: the importance of prevention services in the rural community. **J Rural Health**. v. 27, n. 1, p. 60-71. 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.2010.00319.x>. Acesso em: 28 Jul. 2020. <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2010.00319.x>

DAMIANO, Rodolfo F. et al. Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health”. **Arch. Clin. Psychiatry**, v. 43, n. 1, p. 11-6. Jan-Feb 2016. Available from: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/Gg4czD5vYHWKhSP8cYBn5Fv/abstract/?lang=en>. Access on: 12 Sep. 2020. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000073>.

DEERE, Carmen Diana. Os Direitos da Mulher à Terra e os Movimentos Sociais Rurais na Reforma Agrária Brasileira. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 175, jan. 2004. ISSN 1806-9584. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104026X2004000100010/8694>>. Acesso em: 30 set. 2018.

DIAS, Claudio Santiago. Diferenciais no Comportamento Reprodutivo das Mulheres Brasileiras: uma Análise a partir dos Grupos Ocupacionais. **Revista de Ciências Sociais**. v. 53, n. 1, p. 233-265, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/5dQJ8vcPRjwGS84wkmMTCHf/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0011-52582010000100008>

DROPE Jeffrey, et al. **The Tobacco Atlas**. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. 2018, 58p.

DUARTE, André Luiz; NETO, Luiz Bezerra. Reflexões sobre a influência religiosa nas escolas do campo e de seus intelectuais. **Cadernos da Pedagogia**. São Carlos, v. 6 n. 12, p. 49-59, jan-jun 2013. Disponível em: <http://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br/index.php/cp/article/viewFile/501/201>. Acesso em: 30 Set. 2018.

DUNCAN, Bruce B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, p. 126-134, 2012.

DWORKIN, Emily R. et al. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, v. 56, p. 65 – 81, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735817300880?via%3Dihub>. Acesso em: 08 Out. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>.

FARO, André et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 37, n1: e200074, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/dkxZ6QwHRPhZLsR3z8m7hvF/>. Acesso em: 30 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>.

FERNANDES, Arlete Maria dos Santos et al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual **Cadernos de Saúde Pública**. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação

Oswaldo Cruz, v. 16, p. S103-S112, 2000. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000700009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700009) Acesso em: 20 mai. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700009>

FERREIRA, Hellen Livia Oliveira Catunda et al. Determinantes sociais da saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 4, p. 1101-8, aug. 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/45598>. Acesso em 08 jul.2018.

FIGUEIREDO, Regina; PEIXOTO, Marcelo. Profissionais do sexo e vulnerabilidade. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 196-201, 2010.

FILIPAK, Alexandra. **Políticas públicas para mulheres rurais no Brasil (2003-2015): análise a partir da percepção de mulheres rurais e de movimentos sociais mistos**. 2017. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências, da Universidade Estadual Paulista, São Paulo.

FRANCISCO, M. T. R. et al. O uso do preservativo entre os participantes do Carnaval: perspectiva de gênero. **Esc. Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 106-113, dez./2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/wPWqH3SVpPwJcB9nYq8g9zy/?lang=pt#>. Acesso em: 20 mai. 2020.

FREIRE, Paulo. **Política e educação**. São Paulo: Cortez, 1997.

FISCHER, Izaura Rufino. **O protagonismo da mulher rural no contexto da dominação**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Editora Massangana. 2012. 160p.

G1. Primeiro caso confirmado de Covid-19 no Brasil ocorreu em SP e completa seis meses nesta quarta. **G1 SP**, São Paulo, 26 ago. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2020/08/26/primeiro-caso-confirmado-de-covid-19-no-brasil-ocorreu-em-sp-e-completa-seis-meses-nesta-quarta.ghtml>. Acesso em: 06 mar. 2021.

GIFFIN, Karen. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. supl, p. 103-112, 2002.

GÓES, Kelyany; SCHAEFER, Ana Paula e GEMAQUE, Raimunda. Geografia e gênero: políticas públicas para as mulheres rurais no assentamento Joana d'Arc III – Porto Velho/RO. DOI: 10.5212/**Terra Plural**, v. 9, n. Especial, 2015.

GONCALVES, Helen et al. Estudo de base populacional na zona rural: metodologia e desafios. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 1, 3s, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102018000200508&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102018000200508&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 Mar. 2021. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000270>.

GRABAUSKA, Claiton José. et al. Formação Educacional e Investigação-Ação. In: RICHARDSON, R. J. (Orgs.). **Pesquisa-ação: princípios e métodos**. João Pessoa, PPGE/Ed. Universitária, cap. 3, p.57-68. ISBN 8523704396, 2003.

GRADE, Maíra Soalheiro Soalheiro; GUIZZO, Antônio Rediver. Mulher, pobreza e violência – a face perversa da desigualdade de gênero. **Sociedade em Debate**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 42-54, 2019. Disponível em: <https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/2025>. Acesso em: 29 out. 2021.

GRANGEIRO, Alexandre. The effect of prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potential impact on a large-scale: a literature review. **Rev. Brasileira de Epidemiologia** [Internet]. v. 18 SUPPL 1, p. 43-6. 2015 Available from: Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/1415-790X-rbepid-18-s1-00043.pdf>. Access on: 2020 Oct. 16. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050005>

GRITTEM, Luciana; MEIER, Marineli Joaquim; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 765-770, Dec. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 30 Set. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400019>.

GUANILO, Mônica Cecilia; TAKAHASHI, Renata; BERTOLOZZI, Maria Rita. Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e ao HIV: construção e validação de marcadores. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [Internet], v. 48, n esp., p. 156-63, 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033339022>>. Acesso em: 15 Abr. 2018.

GUIMARÃES, Ádria Silva; CARVALHO, Wellington Roberto Gomes de. Desinformação, negacionismo e automedicação: a relação da população com as drogas “milagrosas” em meio à pandemia da COVID-19. **InterAm J Med Health**, Campinas, v. 3, n. e202003053, 2020. Disponível em: <https://www.iajmh.com/iajmh/article/view/147/188>. Acesso em: 22 Mar 2021.

GUIMARAES, Denise Alves et al. Dificuldades de utilização do preservativo masculino entre homens e mulheres: uma experiência de rodas de conversa. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 24, n. 1, p. 21-31, mar. 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2019000100003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000100003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 09 nov. 2020. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190003>.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologia da pesquisa qualitativa na sociologia**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

HEIDMANN, Ivonete T. S. Buss, et al. 2006. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):352-8.

HENRIQUE, Iara Ferraz Silva et.al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Rev Assoc Med Bras**. v. 50, n 2, p. 199-206. 2004.

HEREDIA, Beatriz Maria Alásia de; CINTRÃO, Rosângela Pezza. GÊNERO E ACESSO A POLÍTICAS PÚBLICAS NO MEIO RURAL BRASILEIRO. **REVISTA NERA**, [S.l.], n. 8,

p. 1-28, maio 2012. ISSN 1806-6755. Disponível em:  
<<https://revista.fct.unesp.br/index.php/nera/article/view/1443>>. Acesso em: 26 out. 2019.  
doi: <https://doi.org/10.47946/rnera.v0i8.1443>.

HORTA, Claudia Júlia Guimarães; CARVALHO, José Alberto Magno; NOGUEIRA, Olinto José Oliveira. Evolução do Comportamento Reprodutivo da Mulher Brasileira 1991-2000. Cálculo da Taxa de Fecundidade Total em Nível Municipal. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 22, n 1, p. 131-140, 2005.

HUANG, Lishan et al. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. **Critical care**, London, England, v. 24, n. 1, 2020. Available from  
<<https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-020-2841-7>>. Acesso on 22 mar 2021.

IGLESIAS, Roberto Jha et al. **Controle do tabagismo no Brasil**. Banco Mundial. Departamento de Desenvolvimento Humano Região da América Latina e do Caribe. Departamento de Saúde, Nutrição e População Rede de Desenvolvimento Humano. Banco Mundial. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Agropecuário 2013**. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pecua/default.asp?t=2&z=t&o=24&u1=34&u3=1&u4=1&u5=1&u6=1&u7=1&u2=34>. Acesso em: 02 de set. de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 20 de ago. de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010**. Série estudos e pesquisas, nº 33. Rio de Janeiro, IBGE, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 15 dez. de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios**: tabagismo. Rio de Janeiro: IBGE; 2008. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42980.pdf>. Acesso em: 15 set. de 2020.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **A década inclusiva (2001-2011)**: desigualdade, pobreza e políticas de renda. Brasília: Ipea, 2012. (Comunicado Ipea, n. 155).

ITEIA. **Conhecendo o passo-a-passo do MAPP - Método Altadir de Planejamento Participativo**. 2008. Disponível em: <https://iteia.org.br/conhecendo-o-passo-a-passo-do-mapp-metodo-altadir-de-planejamento-participativo>. Acesso em 18 Abr de 2018.

JULIANO, Maria Cristina Carvalho; YUNES, Maria Angela Mattar. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, v.17, n 3, p.135-154. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/BxDVLkfcGQLGXVwnHp63HMH/?lang=pt>. Acesso em: 04 ABR. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009>.

JUNCKES, Ivan Jairo. 13 anos de MAPP do B. In: BROSE, M. **Metodologia participativa: uma introdução a 29 instrumentos**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2010.

KERGOAT, Daniele. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, M.J.; MEYER, D.; WALDOW, V. (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.19-28.

KITCHIN, Rob. Using participatory action research approaches in geographical studies of disability: some reflections. **Disability Studies Quarterly**. v.21, n.4, p.61-99, 2001.

KUMAR, Anuradha; HESSINI, Leila; MITCHELL, Ellen. Conceptualising abortion stigma. **Culture, Health & Sexuality**. v. 11, n. 6, p. 625-39. 2009. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691050902842741>. Access on: 2020 Jun 16. <https://doi.org/10.1080/13691050902842741>

LAMBERT, David; GALE, John A., HARTLEY, David. Substance abuse by youth and young adults in rural America. **J Rural Health** [Internet]. v. 24, n 3, p.221–8, 2008. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-0361.2008.00162.x/full>. Access in: 2018 May 09.

LEITE, Franciele Marabotti Costa, et al. Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2019. 22: E190056. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/jMJhN76v8Pgw4nwZP6Djkzh/?lang=pt>. Acesso em 13 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190056>

LIMA, Amanda Barroso; SANTOS, Beatriz Abreu dos; VASCONCELOS, Isadora Cardoso. Desafios e perspectivas para as mulheres rurais no Brasil sob a ótica da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. **IPC-IG One Pager Series**, v. 319, 2016.

LIMA, Márcia de; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 947-960, dez. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000300011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 29 out. 2021. <http://dx.doi.org/10.9788/TP203.1-EE09PT>.

LOPES, Marta Julia Marques. **Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras de cuidado de saúde**. In: LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dogmar Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 156 p. p. 55-61.

LOTTA, Gabriela et al. Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB). Fundação Getúlio Vargas (FGV). **A pandemia de covid – 19 e os profissionais de saúde pública no Brasil**. São Paulo: NEB/FGV; 2020.

LUNA, Izaildo Tavares et al. Conhecimento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes em situação de rua. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 346 - 355, 29 ago. 2013.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 18, n. Suppl 2, p. 45-56, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/WKdynVQzFTdwjx57WmHQ5tn/?lang=pt>. Acesso em 22 set., 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060005>.

MANN, Jonathan Max; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas W. Aids in the world. **Harvard University Press**, Cambridge, 1992.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 662-670, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xSnGHZBztw9G6ZhtLdRdmJD/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000300012>

MARTINS, Elizabeth Rose Costa et al. Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. **Esc. Anna. Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan-Mar 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/B3QR9yjcYdzNyNDMK9rssXN/abstract/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20 jan. 2021. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0203>.

MEDEIROS, Katruccy Tenório; MACIEL, Silvana Carneiro; SOUSA, Patrícia Fonseca de. A Mulher no Contexto das Drogas: Representações Sociais de Usuárias em Tratamento. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 27, Suppl 01, Dez 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/cKXRQtBR3N7Sf6Wmp5TjPYQ/?lang=pt>. Acesso em: 23 set. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-432727s1201709>.

MENDES, Eugenio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, Maria Cecília S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo, Hucitec; 2014.

MIRANDA, Fernanda Moura D’Almeida et al. Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. **Cogitare enferm.** [Internet]. Curitiba, v. 25, e72702, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72702>. Acesso em: 18 Mar 2021.

MIURA, Paula Orchiucci et al. Violência doméstica ou violência intrafamiliar: análise dos termos. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 30, e179670, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

71822018000100246&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30179670>

MOREIRA, Carla Regina et al. Redução de danos: tendências em disputa nas políticas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 312-320, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s3/pt\\_0034-7167-reben-72-s3-0312.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s3/pt_0034-7167-reben-72-s3-0312.pdf). Acesso em: 12 jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0671>.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.497-509, Mar, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Set. 2018.

MOTA, Georgiane Silva et al. Determinantes sociais de saúde e uso do preservativo nas relações sexuais em mulheres rurais. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 26, out. 2021. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/76891>>. Acesso em: 10 out. 2021. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.76891>.

MOTA, Georgiane Silva. **Determinantes sociais de saúde e fatores de risco para a sífilis em mulheres de uma comunidade rural**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

MOURA, Edla Arnaud Ferreira. Comportamento reprodutivo das mulheres ribeirinhas do Amanã. **Uakari**. v. 1, n. 1, p. 31-39, 2005.

MOURA, Samy Loraynn oliveira et al. Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Esc Anna Nery**. v. 25, n. 1: e20190325. .2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/MPPjTYjH8c6Nb4BwKRMmxdh/?lang=pt>. Acesso em: 13 Out. 2021. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0325>

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim; ARAÚJO, Maria de Fátima. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicol. cienc. prof.** v. 24, n. 1, p. 44-55. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3sCV35wjck8XzbyhMWnhrzG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 Jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000100006>

MUÑOZ-SÁNCHEZ Alba Idaly; BERTOLOZZI Maria Rita. Pode o conceito de Vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Cienc Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p.319-24, 2007.

MUZI, Camila Drumond, FIGUEIREDO, Valeska Carvalho, LUIZ, Ronir Raggio. Gradiente urbano-rural no padrão de consumo e cessação do tabagismo no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n.6: e00077617, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2018000605008&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000605008&lng=pt). Acesso em 12 Out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00077617>.

NAPPO, Solange, et al. O Crack em São Paulo, 20 anos depois: consciência alterada, o universo paralelo das drogas. **Scientific American Brasil**, São Paulo, v. 8, n. 38, 2010.

NASCIMENTO, Daine Ferreira Brazil do et al. Associação entre fatores sociodemográficos e consumo de bebida alcoólica em mulheres rurais. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 21, e44478, set. 2020. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/54578>. Acesso em: 28 jan. 2021.

NASCIMENTO, Daine Ferreira Brazil. **Fatores sociodemográficos e consumo de bebida alcoólica em mulheres de uma comunidade rural**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador- BA.

NASCIMENTO Ellane Gurgel Cosme do, CAVALCANTI Marília Abrantes Fernandes, ALCHIERI, João Carlos. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. **Rev Salud Publica** (Bogota). 2017 Jan-Feb;19(1):39-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v19n1.44544>. Acesso em: 20 fev. 2019.

NEVES, Márcio Silva. Causas dos homicídios de jovens e a fragilidade da rede de proteção social em Camaçari. 159f. Dissertação – **Mestrado em Desenvolvimento Regional e Urbano**, Universidade Salvador, Salvador, 2010.

NICHIATA, Lucia Yasuko Izumi, et.al. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 923-928, 1 out. 2008.

NICHIATA, Lucia Yasuko Icumi, et al. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S. l.], v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008. DOI: 10.1590/S0104-11692008000500020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/17025>. Acesso em: 26 out. 2018.

NICOLAU, Ana Izabel Oliveira et al. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 711-719, June 2012.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00115320, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2020000605004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2020000605004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 22 Mar. 2021.

OKABAYASHI, Nathalia Yuri Tanaka et al. Violência contra a mulher e feminicídio no Brasil - impacto do isolamento social pela COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, 2020.

OLIVÁN-BLÁZQUEZ, Barbara et al. Correlation between diagnosis of depression and symptoms present in primary care patients. **Actas Esp Psiquiatr.**, v. 44, n. 2, p. 55-63, 2016.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; LUCAS, Thabata Coaglio; IQUIAPAZA, Roberto Aldo. O que a pandemia da covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? *Texto & Contexto Enfermagem* v. 29: e20200106, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cgMnvhg95jVqV5QnnzfZwSQ/?lang=pt>. Acesso em: 30 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106>.

OLIVEIRA, Adriane Maria Neto et al. Perception of healthcare professionals regarding primary interventions: preventing domestic violence. *Texto & Contexto*, v. 24, n. 2, p. 424-31. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/5YzLqnksjVksxGb4jL94Y3r/abstract/?lang=en>. Acesso em: 06 Ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000092014>.

OLIVEIRA, Graciele Cadahaine de; DELL'AGNOLLO, Cátia Millene; BALLANI, Tanimaria da Silva Lira. Consumo abusivo de álcool em mulheres. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 33, n. 2, Jun 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/C9yLZmf7vV4K4wBD3gkGX3G/abstract/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 30 Ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200010>.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; MACCALLUN, Cecília Anne.; COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves. Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca do consumo de drogas. *Rev Esc Enferm USP*. v. 44, n. 3, p.611-618. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reususp/a/v7RQWTXJ6L4mqhjMzWBxh5R/?lang=pt>. Acesso em: 03 Nov. 2017.

OLIVEIRA, Jeane Freitas; NASCIMENTO, Enilda ; PAIVA, Mirian Santos. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 694-698, dez./2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/nd5dc4NqJn3RFTMhkFnt6tq/?lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2018.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos; VALENTE, Camila Motta Leal. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. *Rev Latino-am enferm*. v. 15, n. 2. mar/abr. 2007.

OLIVEIRA, Mariella Silva de . et al. Saúde da mulher na imprensa brasileira:: análise da qualidade científica nas revistas semanais. *Interface (Botucatu)*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 30, p. 7-16, jul - set./2009.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 6. ed. Campinas, São Paulo: Pontes, 2005.

OSER, Carrie B., et al. Rural Drug Users: factors associated with substance abuse treatment Utilization. *Int J Offender Ther Comp Criminol* [Internet]. v. 55, n. 4, p. 567–86, 2011. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923294/pdf/nihms189939.pdf>. Access in: 2018 May 09.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 01, n. 14, p.25- 32, 1998..

PAPALIA, Diane. E.; FELDMAN, Ruth Duskin. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre:AMGH, 2013.

PAULA, Ana Claudia Ramos De et al. Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 42, n. spe, e20200160, 2021. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472021000200404&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200404&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 Mar. 2021.

PAZ, Josi. **Aids anunciada: a publicidade e o sexo seguro**. Brasília: Universidade de Brasília; 2007

PEACOCK Erin, ANDRINOPOULOS Katherine, HEMBLING John. Binge drinking among men who have sex with men and transgender women in San Salvador: correlates and sexual health implications. *J Urban Health*. 2015. v. 92, n. 4, p. 701-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25591660>. Access on: 2020 Jun 18. PIERRE, L. A. S; CLAPIS, M. J. Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, Dec. 2010.

PEREIRA, Vagna Cristina Leite da Silva et al. Sofrimento psíquico em adolescentes que vivenciam alteração da dinâmica familiar em consequência do alcoolismo. **Rev enferm UERJ**. v. 23, n. 6, p. 838-44, 2015. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n6/v23n6a19.pdf>. Acesso em: 25 set 2018.

PETERMAN, Amber et al. Pandemics and Violence Against Women and Children. **Center for Global Development Working Paper**, v. 528, 2020.

PINTO, Rosa Maria Ferreiro, et al. Condição feminina de mulheres chefes de família em situação de vulnerabilidade social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 105, Mar. 2011.

PIRES, R. Implementando desigualdades? Introdução a uma agenda de pesquisa sobre agentes estatais, representações sociais e (re)produção de desigualdades. **Boletim de Análise Político-Institucional**, Brasília, n. 13, p. 7-14, 2017.

PLUTARCO, Lia Wagner et al. A influência da confiança no parceiro na decisão do uso da camisinha : subtítulo do artigo. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 220-233, 2019.

PORTO, Priscilla Nunes. et al. Factors associated with the use of alcohol and drugs by pregnant women. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 19, e3116, 2018. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31321>. Acesso em: 12 jun. 2019.

PORTO, Priscilla Nunes. **Gestantes envolvidas com álcool e outras drogas: estudo epidemiológico sobre suas vulnerabilidades**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador- BA.

PORTO, Priscilla Nunes; REIS, Helca Francioli Teixeira. Religiosidade e saúde mental: um estudo de revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.37, n.2, p.375-

393, 2013.

RATHOD, Shanaya et al. **Cultural Adaptation of CBT for Serious Mental Illness: A Guide For Training And Practice**. Oxford: Wiley – Blackwell, 2015.

REIS, Lúcia Margarete dos et al. Uso de tabaco em mulheres acompanhadas em um centro de atenção psicossocial. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 27-34, Feb. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&ximtubapid=S0103-21002019000100027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&ximtubapid=S0103-21002019000100027&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 Out. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900005>.

REIS Renata Karina, MELO Elisabete Santos., GIR Elucir. Factors associated with inconsistent condom use among people living with HIV/Aids. **Rev Bras Enferm** . v.69, n 1, p. 40-6, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VqWzzGzgr6WRmq5HLSJ9sB/?lang=pt>. Acesso em: 22 jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690106i>

REUSKEN, Chantal et al. Laboratory readiness and response for novel coronavirus (2019-nCoV) in expert laboratories in 30 EU/EEA countries.. **Euro Surveill**, v..25, n. 6:2000082, 2020.

RODRIGUES, Ana Rafaela Souza; BARROS, Wanessa de Moraes; SOARES, Patrícia Daniele Feitosa Lopes. Reincidência da gravidez na adolescência: percepções das adolescentes. **Enfermagem em Foco**, [S.l.], v. 7, n. 3/4, p. 66-70, fev. 2017. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/945>>. Acesso em: 26 out. 2021. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n3/4.945>.

ROGERS, Wendy; BALLANTYNE, Angela. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. In: DINIZ, D.; SUGAI, A.; GUILHEM, D.; SQUINCA, F. (Org.). **Ética em pesquisa: temas globais**. Brasília: LetrasLivres, 2008, p. 123-151.

RONZANI, Telmo Mota; NOTO, Ana Regina; SILVEIRA, Pollyanna Santos da. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014. 24 p.

RUFINO, Érika Cavalcanti et al. CONHECIMENTO DE MULHERES SOBRE IST/AIDS: INTERVINDO COM EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 15, n. 2, p. 304-312, jun. 2016. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167738612016000200304&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167738612016000200304&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 12 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v15i2.26287>.

SABOURIN, Eric. Peasant reciprocity practises in Brazilian Northeast rural communities and recognition of agriculture multifunctionality. In; X World Congress of Rural Sociology, Rio de Janeiro. **Anais**. 2000. p. 1-5.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. (2013). **A mulher na sociedade de classe: mito e realidade**. 3 ed. São Paulo: Expressão Popular. 2013. 528p.

SALES, Maria Penha Uchoa et al. Atualização na abordagem do tabagismo em pacientes com doenças respiratórias. **J. bras. pneumol.**, v. 45, n 3: :e20180314. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/DvC56TbRPhpx8K7Tv5b6R4q/?lang=pt>. Acesso em: 27 Mai. 2020. <https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180314>.

SALVADOR, Marli dos Santos et al. Estratégias de famílias no cuidado a crianças portadoras de doenças crônicas. *Texto contexto enferm.*, v. 24, n. 3, p. 662-9, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pddV7LqsCsdPcpBGHLdCW8w/?lang=pt>. Acesso em 20 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000300014>

SANTANA, Ricardo Matos.; SILVA, Verônica Gonçalves. Auditoria em Enfermagem: uma proposta metodológica. Ilhéus, BA: **Editus**. p. 67, 2009.

SANTOS, Alessandro Marques dos; SILVA, Mara Regina Santos da. A experiência de cuidar da mulher alcoolista na família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 364-371, Apr. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 Out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200014>.

SCHIMITH, Maria Denise et al. Acessibilidade organizacional: barreiras na continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 9, e17, p. 1-17, 2019.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB. Governo do estado da Bahia: Secretaria de Saúde da Bahia. **Bahia confirma primeiro caso importado do Novo Coronavírus (Covid – 19)**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/2020/03/06/bahia-confirma-primeiro-caso-importado-do-novo-coronavirus-covid-19/>. Acesso em: mar. 2021.

SIGAUD, Lygia. O Efeito das tecnologias sobre as Comunidades Rurais: O caso das grandes barragens. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, 7(18)18-29, fevereiro, 1992.

SILIPRANDI, Emma. **Mulheres e agroecologia**: transformando o campo, as florestas e as pessoas. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. 2015. 352p.

SILVA, Aniel de Sarom Negrão et al. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, Abaetetuba, v. 6, n. 3, p. 27-34, set. 2015. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232015000300004&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232015000300004&lng=pt&nrm=iso). Acesso: em 27 out. 2018.

SILVA, Carla Marins; VARGENS Octavio Muniz da Costa. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009.

SILVA-JÚNIOR, Fernando José Guedes et al. Ideação suicida e consumo de drogas ilícitas por mulheres. **Acta Paul Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 321-6, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/QKrx7rZv7kHp77qfC6TPGrg/?lang=pt>. Acesso em: 14 Jul. 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800045>.

SILVA, Lucineide Santos S.; PAIVA, Mirian Santos. Vulnerabilidade ao HIV/Aids entre homens e mulheres com mais de 50 anos. In: **Anais do VII Congresso Virtual HIV/Aids**, Lisboa. 2006.

SILVA, Tatiane Cristina Faria da et al . FATORES ASSOCIADOS AO USO CONSISTENTE DO PRESERVATIVO MASCULINO ENTRE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 28, e20180124, 2019 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100335&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100335&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 Set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0124>.

SNELL- ROOD Claire., STATON Michele, KHEIBARI Athena. Rural women's first-person perspectives on the role of mental health in substance use. **Rural Remote Health**. V. 19, n. 4:5279. Available from: <https://www.rrh.org.au/journal/article/5279>. Access in: 2019 Feb 12. <https://doi.org/10.22605/RRH5279>

SOARES, Fábio V.; RIBAS, Rafael P.; OSÓRIO, Rafael G. Evaluating the impact of Brazil's Bolsa Família: cash transfer programs in comparative perspective. **Latin American Research Review**, v. 45, n. 2, p. 173-190, 2010.

SOUSA, Carla Suellen Pires de et al . Adaptação transcultural e validação da CONDOM SELF-EFFICACY SCALE : aplicação em adolescentes e adultos jovens brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 25, e2991, 2017 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692017000100420&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100420&lng=en&nrm=iso). Acesso em 30 Abr. 2018.

SOUZA, Flávia Moreno Alves, MUÑOZ, Ivete Kafure, VISENTIN, Izabela Calegario. Contexto de vulnerabilidade de gênero no uso do preservativo masculino. **Humanidades & tecnologia em revista**. Ano XIV, v. 20, jan - jul, 2020. Disponível em: [http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM\\_Humanidade\\_Tecnologia/article/view/1004](http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/1004). Acesso em 20 set. 2020.

SOUZA, Kátia Ovídia José. A pouca visibilidade da mulher brasileira no tráfico de drogas. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.14, p.649-657, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/RWRqYxBVPmN6jjDmKzKrn4R/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 Abr. 2018.

SOUZA, Luana Passos. Gênero: dimensão contemplada no Bolsa Família? / Gender: contemplated dimension in the Bolsa Família?. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 16, n. 1, p. 83-99, 13 jul. 2017.

SPAGNOL, Carla Aparecida et al. Diálogos da enfermagem durante a pandemia: reflexões, desafios e perspectivas para a integração ensino-serviço. **Esc. Anna. Nery**, v 25 (spe):

e20200498, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/C34MGczDX5MHjmnZt98GCVf/>. Acesso em 20 Out. 2021.

<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0498>.

SUTIN, Angelina R; EVANS, Michele Kim; ZONDERMAN, Alan. Personality traits and illicit substances: The moderating role of poverty. **Drug Alcohol Depend.**, v. 131, n.3, p.247-51, 2012.

TAVARES, AS; ANDRADE, M; SILVA, JLL. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. **Informe-se em promoção da saúde**, v.5, n.2, p. 30-32, 2009.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474. 2020. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232020000903465&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232020000903465&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Mar. 2021. Epub Aug 28, 2020.

THIOLLENT, Michel J. M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18 ed. São Paulo, Cortez, 2011.

THIOLLENT, Michel. **Pesquisa-Ação nas Organizações**. São Paulo, Atlas, 1997.

THUM, Moara Ailane. et al. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):576-82.

TOLEDO, Renata Ferraz de. Educação, saúde e meio-ambiente: uma pesquisa ação no Distrito de Iauaretê do município de São Gabriel da Cachoeira/AM [tese]. São Paulo, **Faculdade de Saúde Pública**, Universidade de São Paulo; 2006.

TONET, Marcele Scheiner et al. Prazer e trabalho: um estudo sobre mulheres trabalhadoras rurais. **Saúde e Transf. Social.** v. 7, n. 3, p. 84-95. 2016. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/4204>. Acesso em 19 Set. 2018.

TUBALDINI, M.A.S. et al. Sistemas agroecológicos na agricultura familiar e sua influência no passivo florestal nas microrregiões de Alvorada do Oeste, Ariquemes e Ji-paraná em Rondônia. In: IV simpósio internacional de geografia agrária e v simpósio nacional de geografia agrária: a questão (da reforma) agrária na América latina balanço e perspectivas, 2009, Niterói. **Anais**. Niterói: UFF/UERJ, 2009. v. 1. p. 1-23.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND – UNICEF. **Enfrentamento da cultura do fracasso escolar** - Reprovação, abandono e distorção idade-série. 2021.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME - UNODC. **World Drug Report 2018**. Disponível em: <https://www.unodc.org/wdr2018/>. Acesso em: 20 abr. 2020.

VARGAS, Divane de et al. O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado. **Saúde Debate**. v. 39, n. 6, p. 782-91, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/jWMMRq89jdC9hWYRtMMJXwn/abstract/?lang=pt>. Acesso em 17 Ago. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030018>.

VIEIRA, Pâmela Rocha; GARCIA, Leila Posenato; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, 2020

Disponível em: <https://scielosp.org/article/rbepid/2020.v23/e200033/pt/>. Acesso em: 02 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200033>.

VILELA, Lourival et al. Sistemas de integração lavoura-pecuária na região do Cerrado. **Pesquisa Agropecuária Brasileira**, v. 46, n. 10, p. 1127-1138, 2011.

WERNECK, Jurema. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, dez./2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2018.

WOLLE, Cynthia C. et al. Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 4, p. 367-373, 2011.

WONG, Laura L Rodriguez; MORELL, Maria Graciela González; CARVALHO, Regina Lucinda. Notas sobre o comportamento reprodutivo da população autodeclarada indígena – Censos Demográficos 1991 e 2000. **Revista brasileira de Estudos de Populações**, v. 26, n. 1, p. 61 – 75, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19**. Geneva, 2020. Available from:

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>. Access on: 2021 Mar.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections: 2016 -2021**. Geneva, 2016. Disponível em:

<https://www.who.int/publications-detail/WHO-RHR-16.09>. Acesso em: 15 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Fact sheets. 2016**. Disponível em:

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Acesso em: 02 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases: overview and estimates**. Geneva, 2001

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2014**. Geneva: World Health Organization. 2014. Disponível em:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf). Acesso em: 06 dez. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Planejamento Familiar**: um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001

XIMENES, Verônica Moraes, MOURA JR, James Ferreira. Psicologia Comunitária e comunidades rurais do Ceará: caminhos, práticas e vivências em extensão universitária. In: LEITE, FJF; DIMENSTEIN M.(Orgs). **Psicologia e contextos rurais**. Natal: EDUFRN, 2013. P. 453-476.

YAMAGUCHI, Eduardo Tsuyoshi, et al. Drogas de abuso e gravidez. **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo. v.35, suppl.1, p.44-47, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/MPH6Gr4JF63TVNxPLdd3j7y/?lang=pt>. Acesso em: 05 mai. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000700010>

ZILBERMAN, Mônica Levit, et al. Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. **Substance Use Misuse**, New York, v. 36, n. 8, p.1111-1127, 2001. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1081/JA-100104492?journalCode=isum20>. Access in: 2018 May 13.

ZILBERMAN, Mônica Levit, et al. Gender differences in treatment-seeking brazilian drug dependent individuals. **Substance Abuse**, Virginia, v. 24, n. 1, p. 17-25, 2003. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08897070309511530>. Access in: 2018 May 13.

## APÊNDICE A – Formulário Comportamento Sexual e Reprodutivo



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

CÓDIGO DA PARTICIPANTE

\_\_\_\_ \_

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
INICIAIS:	IDADE: TELEFONE:
ENDEREÇO:	EMAIL:
Orientação sexual: (1) Heterossexual (2) Homossexual (3) Bissexual	
COR: (1) preta (2) parda (morena) (3) branca (4) amarela (5) indígena (6) outra _____	RELIGIÃO: (1) católica (2) evangélica (3) espírita (4) não tem (5) outra _____
GRAU DE ESCOLARIDADE: (1) analfabeta (2) fundamental incompleto (3) fundamental completo (4) médio incompleto (5) médio completo (6) superior incompleto (7) superior completo	
SITUAÇÃO CONJUGAL: (1) solteira (2) casada (3) União estável (4) viúva (5) separada	
OCUPAÇÃO:	9 ONDE:
TIPO DE MORADIA: (1) Alvenaria (2) Madeira (3) Outros	
CONDIÇÕES DE MORADIA: (1) Casa própria (2) Alugada (3) Cedida (4) Outros	
NÚMERO DE COMODOS:	
NÚMERO DE PESSOAS QUE MORAM NA RESIDÊNCIA:	
COM QUEM MORA: (1) Sozinha (2) Companheiro e filhos (3) Companheiro (4) Pai da criança e filhos (5) Pai da criança (6) Pais (7) Filhos (8) Conhecidos (9) Familiares (10) Sogro/sogra e companheiro (11) Outros(as)	
INFRA-ESTRUTURA DOMICILIAR: (1) Fossa séptica (2) Rede de esgoto (3) Eletricidade (4) Água encanada (6) Fogão a gás (7) Chuveiro elétrico	
GRAU DE DEPENDÊNCIA FINANCEIRA: (1) independente (2) totalmente dependente (3) parcialmente dependente	
TOTALMENTE/ PARCIALMENTE DEPENDENTE DE QUEM: (1) companheiro (2) ex-companheiro (3) pai da criança (4) familiar (5) outro	
RENDA FAMILIAR (TOTAL EM SALÁRIO MÍNIMO): _____	
QUANTAS PESSOAS DEPENDEM DA SUA RENDA	
RECEBE AUXÍLIO DE ALGUM PROGRAMA SOCIAL DO GOVERNO: (1) Sim (2) Não Se sim. Qual? (codificar depois)	
ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE: (1) Exclusivamente público (2) Plano de saúde (3) Público e privado	
SERVIÇOS DE SAÚDE QUE JÁ FEZ ATENDIMENTO: (1) USF (2) PA (3) HOSPITAL (4) CAPSad (5) Outros (codificar depois)	
VOCÊ RECEBE VISITA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE? (1) Sim (2) Não	
SITUAÇÃO DE CONFLITOS COM A JUSTIÇA: 1 pessoal 2 parceiro 3 familiar ( ) Tráfico ( ) Delito ( ) Violência ( ) Homicídio ( ) Trabalhista ( ) Outro	
GRUPOS DE APOIOS OU REDES SOCIAIS: (1) Alcoólicos anônimos (2) Narcóticos anônimos (3) amigos (4) Igreja/centro (5) Internet (6) outros	

<b>JÁ OUVIU FALAR EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: ( 1 ) Sim ( 2 ) Não</b> Se sim <b>QUAIS:</b> _____ ( codificar depois)		
<b>CONHECE ALGUM PROGRAMA DO GOVERNO VOLTADO PARA AS MULHERES:</b> ( 1 ) Sim ( 2 ) Não Se sim <b>QUAIS:</b> _____ ( codificar depois)		
<b>JÁ REBEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE ALCOOL E OUTRAS DROGAS: ( 1 ) Sim ( 2 ) Não</b> <b>ONDE:</b> ( 1 ) Casa ( 2 ) Escola ( 3 ) Serviço de saúde ( 4 ) Igrejas ( 5 ) Associação de moradores ( 6 ) <b>Outros</b> _____		
<b>DE QUEM:</b> ( 1 ) Familiar ( 2 ) Enfermeira ( 3 ) Outro profissional de saúde ( 4 ) Professora ( 5 ) Amigo(a) ( 6 ) Outros _____		
<b>PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE EDUCATIVA/PALESTRA ? : ( 1 ) Sim ( 2 ) Não</b> Se Sim, quem realizou? _____ ( 67.1 codificar depois) Quais os temas abordados? _____ (67.1.1 codificar depois)		
<b>CONFLITOS FAMILIARES:</b> ( 1 ) Sim ( 2 ) Não <b>SE SIM SEGUE A PERGUNTA 29</b>		
<b>FREQUÊNCIA DOS CONFLITOS:</b> ( 1 ) Diariamente ( 2 ) Frequentemente ( 3 ) Raramente		
<b>VIOLÊNCIAS VIVENCIADAS PELA FAMÍLIA:</b> ( 1 ) Violência infantil ( 2 ) Violência entre os pais ( 3 ) Violência física ( 4 ) Violência psicológica ( 5 ) Abuso sexual ( ) Nenhuma		
<b>SOFRE/ JÁ SOFREU VIOLÊNCIA:</b> ( 1 ) Sim ( 2 ) Não <b>SE NÃO SEGUE A PERGUNTA 34</b>		
<b>TIPO DE VIOLÊNCIA:</b> ( 1 ) infantil ( 2 ) doméstica ( 3 ) institucional/serviços de saúde ( 4 ) Abuso sexual ( 5 ) psicológica		
<b>QUEM PRATICOU:</b> _____		
<b>COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO</b>		
<b>IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL:</b> _____	<b>NUMERO DE PARCEIROS:</b> _____	<b>NÚMERO DE PAIS DOS FILHOS:</b> _____
<b>NUMERO DE GESTAÇÕES:</b> _____		<b>NUMERO DE PARTOS:</b> _____
<b>NUMERO DE GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS:</b> _____		
<b>NUMERO DE ABORTOS:</b> _____		<b>NUMERO DE FILHOS VIVOS:</b> _____
<b>NUMERO DE FILHOS PRE-MATUROS:</b> _____		
<b>USO DE METODO CONTRACEPTIVO:</b> ( 1 ) SIM ( 2 ) NÃO		
<b>QUAL MÉTODO:</b> ( 1 ) Preservativo ( 2 ) ACO ( 3 ) ACI mensal ( 4 ) ACI trimestral ( 5 ) DIU ( 6 ) Laqueadura/Vasectomia ( 7 ) Diafragma ( 8 ) Outros _Qual?		
<b>TEVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA NAS GESTAÇÕES:</b> ( 1 ) Sim ( 2 ) Não <b>QUAIS:</b> _____ (19.1 quando for codificar os sub itens)		
<b>O RN APRESENTOU ALGUM PROBLEMA AO NASCER:</b> ( 1 ) Sim ( 2 ) Não <b>QUAIS:</b> _____ (20.1 quando for codificar os sub itens)		
<b>FEZ PRÉ-NATAL EM TODAS AS GESTAÇÕES ( 1 ) Sim ( 2 ) Não</b>		
<b>NUMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL (ÚLTIMA GESTAÇÃO):</b> _____		
<b>POSSÍVEIS MOTIVOS DA ÚLTIMA GRAVIDEZ:</b> ( 1 ) Não uso de métodos contraceptivos ( 2 ) Desconhecimento de métodos contraceptivos ( 3 ) Falha no uso do método contraceptivo ( 4 ) Falta de acesso ao método desejado ( 5 ) Desejo de ser mãe ( 6 ) Atender desejo do companheiro de ter filho ( 7 ) Medo de perder o marido/companheiro ( 8 ) inesperada ( 9 ) outros		
<b>Usou alguma droga durante a gestação:</b> ( 1 ) Sim ( 2 ) Não		
<b>DOENÇAS CRÔNICAS:</b> ( 1 ) Cardiopatias ( 2 ) Diabetes ( 3 ) Hipertensão arterial ( 4 ) Tuberculose pulmonar ( 5 ) Câncer tipo _____ ( 6 ) HIV/AIDS ( 7 ) DST ( 8 ) Hepatites ( 9 ) Outros _____ ( 10 ) Distúrbios psiquiátricos: ( 10.1 ) Alterações do humor ( 10.2 ) Quadro psicótico ( 10.3 ) Depressão ( 10.4 ) Outros _____		
<b>Quanto ao uso do preservativo, responda as afirmativas abaixo com Verdadeiro (V) ou Falso (F)</b>		
Eu posso ter preservativo comigo caso eu precise/deseje usar (V) (F)		
Eu posso usar preservativo toda vez que eu e meu (minha) parceiro (a) tivermos relação sexual (V) (F)		
Eu posso parar o envolvimento sexual antes de qualquer penetração para colocar o preservativo em mim ou meu (minha) parceiro (a) (V) (F)		
Posso usar o preservativo mesmo após o uso de bebidas alcoólicas (V) (F)		
Eu posso conversar sobre o uso do preservativo com meu companheiro (V) (F)		

Eu consigo convencer meu parceiro a usar preservativo no ato sexual (V) (F)	
Eu posso recusar o sexo caso não tenha ou meu parceiro não queria usar preservativo (V) (F)	
<b>Vulnerabilidade às IST's</b>	
Sente dificuldade para iniciar conversa sobre a transmissão e prevenção das DST/HIV (1) Sim (2) Não	
Sente dificuldade em propor o uso do preservativo masculino ou feminino (1) Sim (2) Não	
Manifesta preconceito em relação às mulheres que portam preservativo cotidianamente (1) Sim (2) Não	
O seu parceiro tem ou já teve alguma IST (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	
Sabe como ocorre a transmissão e prevenção das IST's/HIV? (1) Sim (2) Não	
Acredita que IST é relacionado à grupos de risco? (1) Sim (2) Não	
Se sente vulnerável às IST/HIV? (1) Sim (2) Não	
Tem relação sexual mesmo quando não tem preservativo? (1) Sim (2) Não	
Conhece os serviços que oferecem aconselhamento para a prevenção às IST's e testes rápidos ? (1) Sim (2) Não	
Seu parceiro tem outras parceiras? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe	
Tem múltiplos parceiros? (1) Sim (2) Não	
Seu parceiro nega-se a usar preservativo com qualquer justificativa? (1) Sim (2) Não	
Você é a única responsável pela contracepção? (1) Sim (2) Não	
Apresenta no momento alguma das queixas ginecológica? [1] Sim [2] Não	
Se SIM, qual(ais)? (pode marcar mais de uma resposta)	
[1] Corrimento	
[2] Prurido (coceira)	
[3] Verrugas	
[4] Ulcerações (feridas)	
[5] Íngua [caroço na virilha]	
[4] Dispareunia (dor durante a relação sexual)	
[5] Sangramento durante/após as relações sexuais	
[6] Outra queixa (especificar):	
Possui histórico (já teve) de alguma DST (Doença Sexualmente Transmissível, doença venérea)?	
[1] Não	
[2] Sífilis	
[3] HIV/AIDS	
[4] Gonococcia (Gonorréia)	
[5] Hepatite B	
[6] Herpes Genital	
[7] Tricomoníase	
[8] Condiloma (aparece como verrugas na região Genital, conhecida como Crista de Galo)	
[9] Linfogranuloma Venéreo (ferida na genitália acompanhado de gânglios aumentados na região da virilha)	
[10] Outro (especificar) _____	
[11] Não sabe dizer	
Se SIM, a (s) tratou ou trata? [1] Sim [2] Não	
<b>INFECÇÃO</b>	<b>RESULTADO:</b> [1] Positivo [2]Negativo [3] Indeterminado
<b>RESULTADOS DOS TESTES RÁPIDOS</b> <span style="float: right;"><b>DATA:</b> _____ / _____ / _____</span>	
<b>HIV</b>	
<b>Sífilis</b>	
<b>Hepatite B</b>	
<b>Hepatite C</b>	

**APÊNDICE B** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

CÓDIGO DA PARTICIPANTE

— — —

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

**Informações à colaboradora**

A Sra. está convidada a participar da pesquisa intitulada **“Padrão do consumo de drogas e comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural: articulando pesquisa e ação”**, cujos objetivos são: desenvolver ações de prevenção de agravos e promoção da saúde no tocante à problemática das drogas e ao comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural, sendo objetivos estritamente acadêmicos do estudo: ; analisar o perfil sociodemográfico de mulheres que vivem em uma comunidade rural de Camaçari-BA; caracterizar o comportamento sexual e reprodutivo; verificar o padrão de consumo de álcool e outras drogas; estimar prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis; e desenvolver atividades de educação em saúde voltadas para o consumo de drogas e comportamento sexual e reprodutivo.

A referida pesquisa será desenvolvida por mim, Priscilla Nunes Porto, como atividade do Curso de Doutorado em Enfermagem e Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Profa. Dra. Jeane Freitas de Oliveira.

A Sra. poderá participar ou não do estudo, bem como desistir em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo. A Sra. não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Caso a Sra. aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, de modo que sua identificação se dará por um nome fictício escolhido pela Sra., garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade. Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação, em artigos científicos em revistas indexadas, apresentados em congresso e espaços da rede de atenção à saúde.

Para coleta das informações serão utilizados três instrumentos para entrevista: formulário comportamento sexual e reprodutivo, ASSIST e AUDI[T], e será realizado testagem rápida para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C. A entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização por escrito. Serão desenvolvidas ainda oficinas temáticas que serão realizadas voltadas para educação em saúde sobre o consumo de

drogas e o comportamento sexual e reprodutivo. O material será arquivado por 05 (cinco) anos e após esse período será destruído.

Embora este estudo não lhe ofereça riscos físicos, nem complicações legais ele poderá causar-lhe constrangimento ao relatar fatos da sua vida pessoal e profissional. Visando reduzir estes riscos, seu depoimento será coletado de preferência em um ambiente reservado, em uma sala, sem que haja interrupções de pessoas estranhas, e o seu nome será omitido. Caso ocorra situação de constrangimento, a pesquisadora interromperá o momento da coleta de dados e ofertará acolhimento ao(à) participante até que o(a) mesma se restabeleça e decida se deseja prosseguir com a coleta. Em caso de algum diagnóstico positivo durante a realização do teste rápido, será ofertado tratamento e acompanhamento em unidades de saúde especializadas da rede de Camaçari, de acordo com a necessidade.

O uso das informações fornecidas pela senhora está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em cumprimento as recomendações das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12 e 510/2016. Esta pesquisa foi submetida, avaliada e acompanhada pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA. Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, você poderá entrar em contato com a autora da pesquisa através do telefone nº (71) 99911-5556 ou e-mail [priscillaporto@outlook.com](mailto:priscillaporto@outlook.com), e através do CEP-EEUFBA situado à Rua Augusto Viana, s/n, 4º andar, sala 432-437, Canela, Salvador, Bahia CEP: 40110-060, telefone nº (71)3283-7615. Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

### **Consentimento livre e esclarecido**

Após ter sido devidamente esclarecida e tido todas as minhas questões respondidas, concordo e dou o meu consentimento para participar da pesquisa. Informo ainda que minha anuência foi livre de pressão e coação. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Camaçari (BA), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura da participante da Pesquisa

---

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C – Cartilha “O que preciso saber sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis?”





## Elaboração

**Enfermeira Doutoranda Priscilla Nunes Porto**  
**Professora Dra. Jeane Freitas de Oliveira**

## Apoio



Cartilha elaborada como produto da Tese "Comportamento sexual e reprodutivo e padrão do consumo de drogas de mulheres de uma comunidade rural", apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - PPGENF/UFBA, 2021.

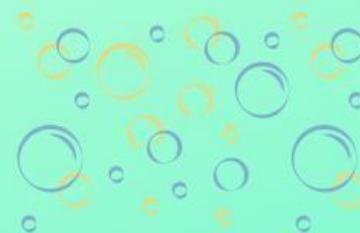


## Sumário

<b>O que são Infecções Sexualmente Transmissíveis?</b>	<b>03</b>
<b>Quem pode se infectar ?</b>	<b>04</b>
<b>Quais são os principais sintomas?</b>	<b>05</b>
<b>Como prevenir as IST</b>	<b>08</b>
<b>E o tratamento?</b>	<b>09</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>12</b>



## O que são Infecções Sexualmente Transmissíveis?



São infecções causadas por vírus, bactérias e outros microorganismos, transmitidos principalmente pelo contato sexual (oral, vaginal, anal) desprotegido, ou seja, sem o uso da camisinha masculina ou feminina, com uma pessoa que esteja infectada.



Alguns exemplos de IST são: herpes genital, sífilis, gonorreia, tricomoníase, infecção pelo HIV, infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), hepatites virais B e C.



## Quem pode se infectar?

Todas as pessoas que tiverem relações sexuais sem camisinha, independente da idade, estado civil, classe social, identidade de gênero, orientação sexual, credo ou religião.



A pessoa pode estar aparentemente saudável, mas pode estar infectada por uma IST.

### **Você sabia?**

**A cada dia aumenta o número de mulheres casadas e pessoas idosas com HIV.**

## Quais são os principais sintomas?

Os sintomas podem variar de acordo com a IST. Os principais sintomas são:

Corrimento

Feridas

Verrugas

Pode ocorrer outros sintomas, como dor pélvica, ardência ao urinar, lesões de pele e aumento de ínguas.



Mas **ATENÇÃO!** Algumas IST podem não apresentar sintomas. Por isso, é importante buscar o serviço de saúde para realizar exames, em caso de relação sexual desprotegida.

### **\*SE LIGUE\***

Podem surgir sintomas em outras partes do corpo como palma das mãos, olhos e língua.



## Saiba mais...

### Corrimento

- Podem ser esbranquiçados, esverdeados ou amarelados,
- Podem ter cheiro forte e/ou causar coceira.
- Podem provocar dor ao urinar ou durante a relação sexual.

Nem todo corrimento vaginal é uma IST.

**PRÓCURE UM SERVIÇO DE SAÚDE!!**



### Feridas

- Os tipos de feridas são muito variados e podem se apresentar como vesículas(bolhas), úlceras, manchas, entre outros.

### Verrugas

- São causadas pelo Papilomavírus Humano (HPV) e podem aparecer em forma de couve-flor, quando a infecção está em estágio avançado.
- Em geral, não doem, mas pode ocorrer irritação ou coceira.

## IMPORTANTE

**Algumas IST podem não apresentar sintomas, e se não forem diagnosticadas e tratadas, podem levar a graves complicações, como infertilidade, câncer ou até morte.**



**O HPV pode causar câncer do colo uterino. Por isso é importante realizar o exame citopatológico (Preventivo) anualmente.**

**Algumas IST, como HIV e a Hepatite B não tem cura, mas tem tratamento, que feito de forma correta, garante a pessoa infectada viver uma vida normal.**





## Como prevenir as IST?

O uso da camisinha (masculina ou feminina) em todas as relações sexuais (orais, anais e vaginais) é o método mais eficaz para evitar a transmissão das IST.



Serve também para evitar a gravidez.



Sempre que possível, realizar dupla proteção: uso da camisinha e outro método anticoncepcional de escolha, como os anticoncepcionais orais ou injetáveis.

A camisinha masculina ou feminina pode ser retirada gratuitamente nas unidades de saúde.



## E o tratamento?

O tratamento vai variar de acordo com o agente causador da infecção (bactérias, vírus, fungos).

Podem ser usadas medicações como antibióticos, antifúngicos e antirretrovirais. Mas para isso, é necessário que o diagnóstico correto seja feito.



**Fique atenta...**

**O TRATAMENTO É FUNDAMENTAL PARA TODOS OS ENVOLVIDOS.**



É necessário tratar todas as pessoas envolvidas na relação sexual (companheira/o, amantes), para que o tratamento funcione de forma adequada. adequado.

**Para as gestantes, existe o risco de transmissão para o feto, caso o casal estar infectado e não realizar o tratamento.**

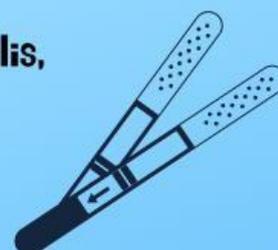
**POR ISSO**

**Se estiver grávida, procure o serviço de saúde para iniciar o pré-natal. Serão ofertados todos os exames necessários pra você e seu parceiro,**



## Em caso de dúvida, procure o Serviço de Saúde

Lá você encontra Testes Rápidos para HIV, Sífilis,  
Hepatite B e Hepatite C.



Em caso de sintomas, médica e enfermeira  
poderão realizar o tratamento indicado, ou  
solicitar exames complementares, caso  
necessário.

Além disso, lá você tem acesso aos métodos  
contraceptivos, inclusive a pílula do dia  
seguinte, de forma gratuita.

E você pode pegar preservativo  
sempre que desejar, sem precisar  
de receita.



## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Infecções sexualmente transmissíveis (ist): O que são, quais são e como prevenir. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/infeccoes-sexualmentetransmissiveis-ist>. Acesso em: 23 de janeiro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_feminizacao\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf). Acesso em 20 janeiro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília, DF, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br>. Acesso em 21 janeiro 2021.



## APÊNDICE D – Folheto “Uso do Preservativo – como torná-lo prazeroso?”

# Uso do Preservativo



## COMO TORNÁ-LO MAIS PRAZEROSO?

### EXPERIMENTE DÍVERSAS OPÇÕES

Existem diversos modelos de Preservativo. Porque não experimentar e variar de vez em quando?



Tem os preservativos com sabor, com textura, os que esquentam, esfriam, e os que prometem prolongar o orgasmo. Todas elas com o objetivo de potencializar o prazer. Tem também as extrafinas, que não interferem na sensibilidade.

**Então não fique na mesma!!**

### NÃO DEIXE O CLIMA ESFRIAR



Não deixe para colocar o preservativo na hora H: coloque assim que iniciar as carícias para tornar o uso mais natural.

Use a boca; torne o momento prazeroso com as preliminares. Colocar o preservativo com a boca contribui para quebrar o gelo e aumentar o prazer do casal.

Mantenha o contato visual: a troca de olhares contribui para manter o clima sexy.

### Conte com uma ajudinha extra



Os preservativos já vem lubrificados, mas a depender da excitação da mulher, o uso de outros lubrificantes pode facilitar a penetração, evitando desconfortos.

Faça jogos envolvendo o preservativo e use acessórios, tornando o momento mais divertido e prazeroso.

### EXPERIMENTE O PRESERVATIVO FEMININO



O preservativo feminino pode ser colocado horas antes da relação sexual, por isso, amplia a autonomia da mulher para a sua proteção. É útil também no sexo oral, por proteger parte da vulva.

Apesar de parecer intimidador, o preservativo feminino é fácil de usar e tem disponível gratuitamente nos postos de saúde.

**EXPERIMENTE!!!!**

**Referências**

Folheto elaborado como produto do TCC “Desenvolvimento sexual e reprodutivo: o papel do cuidado de saúde de mulheres de sua comunidade rural”, apresentada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – PPGEN/UFPA, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de bolso sobre o uso do preservativo feminino. Brasília, DF: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de bolso sobre o uso do preservativo masculino. Brasília, DF: 2012.

APÉNDICE E – Folheto “Redução de Danos para Álcool e Outras Drogas”




## REDUÇÃO DE DANOS PARA O ALCOOL E OUTRAS DROGAS

**Elaboração**

Enfermeira Doutoranda Priscilla Nunes Porto  
Professora Dra. Jeane Freitas de Oliveira

**Apoio**



**Folheto elaborado como produto da Tese:**  
"Comportamento sexual e reprodutivo e padrão do consumo de drogas de mulheres de uma comunidade rural", apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - PPGENF/UFBA, 2021.

## Tabaco



- Estabelecer um limite de cigarros a serem utilizados no dia.
- Aumentar gradativamente o intervalo entre um cigarro e outro
- Diminuir o consumo aos poucos.

## Outras drogas



### DROGAS INJETÁVEIS

- Não compartilhar seringas e agulhas.
- Aplicar a droga devagar para diminuir o risco de overdose.
- Mudar a via de administração
- Tentar substituir por uma droga com efeitos menos nocivos



### ESTIMULANTES

- Em caso de mal-estar, procurar uma emergência e informar a substância consumida
- Não misturar com outras drogas

### CRACK

- Trocar o uso de latas por cachimbo
- Não compartilhar o cachimbo
- substituir por drogas que causem menor dano, como o mesclado, o "freebase" e a maconha.



### IMPORTANTE!!!

**Independente da substância, só consuma acompanhada por pessoas de sua confiança e em um local seguro.**

## Álcool

- Antes de começar a beber, estabeleça o limite do quanto deseja consumir no dia e vá controlando até chegar ao limite estabelecido.
- Beber lentamente e aumentar o intervalo entre as doses.
- Alternar bebidas alcóolicas com bebidas sem álcool (água, refrigerante, suco, etc).
- Não beber de estômago vazio



## Você sabe o que é Redução de Danos?

Trata-se de um conjunto de estratégias que buscam diminuir os danos causados pelo uso do álcool e outras drogas.

O objetivo não é impor que a pessoa deixe de usar, mas sim, de que adote medidas para diminuir os riscos para problemas sociais e de saúde. A seguir, falaremos de algumas estratégias que podem ser utilizadas durante o consumo de substâncias. Para saber mais, procure a Unidade de Saúde mais próxima.

### REFERÊNCIA

CONTE, M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. Boletim da Saúde, v. 18, n. 1, p. 59-76, 2004.

**APÊNDICE F** – Questionário norteador das atividades de retorno



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

CÓDIGO DA PARTICIPANTE

— — —

<b>INICIAIS:</b>	<b>IDADE:</b>	<b>TELEFONE:</b>
<b>ENDEREÇO:</b>		<b>EMAIL:</b>

Prezada senhora! Nós da equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família de Coqueiro de Monte Gordo, estamos mantendo contato para saber como está sua saúde nesse período de pandemia.

1. Você está com algum problema de saúde nesse momento?
2. Você e sua família estão cumprindo o isolamento social? Se sim, como tem sido? Se não, por quais motivos?
3. Você teve ou está com algum sintoma relacionado ao coronavírus (febre, dor de cabeça, falta de apetite, não sentiu sabor dos alimentos, não sentiu cheiro da comida ou outros cheiros da casa, dificuldade de respirar)? Se teve, diga qual e como foi
4. Você ou alguém da sua família teve resultado positivo para COVID-19? Se sim, diga quem e quando ocorreu.

Acreditamos que em breve estaremos de volta, atendendo na unidade.

Aguardo sua resposta!! Um abraço.

Enfermeira Priscilla Porto

## ANEXO A - ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Nome: \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_  
 Entrevistador: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASSIST - OMS**

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- **SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?**
- **Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista**
- **Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões**

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

**NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS**

- a. produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcólicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras** – especificar:

**QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.**

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- **Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões**

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

**5.** Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (*primeira droga, depois a segunda droga, etc*), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

**6.** Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (*primeira droga, depois a segunda droga, etc...*) ?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

**7.** Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (*primeira droga, depois a segunda droga, etc...*) e não conseguiu?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

**Nota Importante:** Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

**8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?**  
(Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

**Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável**

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos	Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
---	---

Mais do que uma vez por semana  
Ou mais do que três dias seguidos

Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo\*

**PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA**

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

**Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.**

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

## ANEXO B - AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

## Questionário AUDIT

**1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?** [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semanas
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

**2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?**

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

**3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?**

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

**9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?**

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

**10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?**

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

## ANEXO C – Parecer Consubstanciado CEP

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Padrão do consumo de drogas e comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural: articulando pesquisa e ação

**Pesquisador:** Priscilla Nunes Porto

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 10352919.3.0000.5531

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.268.895

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de doutorado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e saúde. Será um estudo de pesquisa ação com abordagem qualitativa, que vai descrever o comportamento sexual e reprodutivo de mulheres que residem na zona rural e realizar teste rápido para o diagnóstico de HIV, Sífilis, Hepatite B e C. O estudo será desenvolvido no Programa de Saúde da Família (PSF)- Coqueiro de Monte Gordo, que faz parte do Município de Camaçari, Bahia.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral:

-Desenvolver ações de prevenção de agravos e promoção da saúde no tocante a problemática das drogas e ao comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural.

Objetivos específicos:

- Analisar o perfil sócio demográfico de mulheres que vivem em comunidade rural de Camaçari;
- Caracterizar o comportamento sexual e reprodutivo;
- Verificar o padrão de consumo de álcool e outras drogas;
- Estimar prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- Desenvolver atividades de educação em saúde voltadas para o consumo de drogas e comportamento sexual e reprodutivo;
- Desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 41.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7615

**Fax:** (71)3283-7615

**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.268.895

- Identificar os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis e ao padrão de consumo de álcool e outras drogas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora relata os riscos e benefícios da pesquisa, tais como:

-Riscos: "o desconforto que a entrevistada poderia sentir ao compartilhar elementos de sua vivência/experiência" e "Levantamento de temas sensíveis que possam causar desconforto emocional." Embora este estudo não ofereça riscos físicos, nem complicações legais, por se tratar de temas sensíveis ele poderá causar constrangimento ao relatar fatos da vida pessoal. Visando reduzir estes riscos, os instrumentos serão aplicados em ambiente reservado, em uma sala, sem que haja interrupções de pessoas estranhas, e o seu nome será omitido.

-Benefícios: "Desenvolvimento de atividade de promoção, proteção e recuperação da saúde."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de extrema relevância, principalmente no atendimento às mulheres que residem em zona rural.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta alguns dos termos obrigatórios, mas não há Termo de Anuência do serviço da UFBA que irá prestar assistência as participantes, caso necessário. Porém apresenta anuência do responsável pelo PSF.

**Recomendações:**

Apresenta os termos obrigatórios, porém não explicita na PB as medidas para minimização dos riscos e proteção das participantes da pesquisa, porém traz essas informações na Brochura e no TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Acrescentar na PB as medidas para minimizar os riscos da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1283532.pdf	10/04/2019 20:17:28		Aceito

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 41.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.268.895

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_alterado.pdf	10/04/2019 20:11:09	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Coparticipante.pdf	26/03/2019 20:59:23	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Outros	formulario.pdf	08/02/2019 14:59:27	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Outros	campo.pdf	08/02/2019 14:56:21	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	coleta.pdf	08/02/2019 14:55:56	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	proponente.pdf	08/02/2019 14:55:39	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concessao.pdf	08/02/2019 14:55:17	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	08/02/2019 14:55:04	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	orientador.pdf	08/02/2019 14:54:38	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	confidencialidade.pdf	08/02/2019 14:54:06	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromisso.pdf	08/02/2019 14:53:47	Priscilla Nunes Porto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	08/02/2019 14:53:34	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	08/02/2019 14:53:20	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	08/02/2019 14:53:07	Priscilla Nunes Porto	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/02/2019 14:32:24	Priscilla Nunes Porto	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 41.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.268.895

SALVADOR, 16 de Abril de 2019

---

**Assinado por:**  
**Maria Carolina Ortiz Whitaker**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
**Bairro:** Canela **CEP:** 41.110-060  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br