



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GEORGIANE SILVA MOTA

**DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E FATORES DE RISCO PARA SÍFILIS
EM MULHERES DE UMA COMUNIDADE RURAL**

SALVADOR

2021

GEORGIANE SILVA MOTA

**DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E FATORES DE RISCO PARA SÍFILIS
EM MULHERES DE UMA COMUNIDADE RURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem Cuidado e Saúde” na Linha de Pesquisa Cuidado a Saúde das Mulheres, Relações de Gênero e Etnicorraciais.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Jeane Freitas de Oliveira

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a. Catia Suely Palmeira

SALVADOR

2021

Mota, Georgiane Silva

Determinantes Sociais da Saúde e fatores de risco para sífilis em mulheres de uma comunidade rural / Georgiane Silva Mota. -- Salvador, 2021.

85 f.

Orientadora: Prof. Dra. Jeane Freitas de Oliveira.

Coorientadora: Catia Suely Palmeira

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde)
-- Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2021.

1. Mulheres. 2. Sífilis. 3. População Rural. 4. Determinantes sociais da saúde. – Bahia – Brasil. I.Oliveira, Jeane Freitas de. II. Palmeira, Catia Suley.

GEORGIANE SILVA MOTA

**DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E FATORES DE RISCO PARA SÍFILIS
EM MULHERES DE UMA COMUNIDADE RURAL**

Dissertação 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 mestra 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 24 de fevereiro de 2021

BANCA EXAMINADORA

Jeane Freitas de Oliveira – Orientadora 

Doutora em Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia

Professora de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Cláudia Geovanna da Silva Pires 

Doutora em Enfermagem - Universidade Federal da Bahia

Professora de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Mirian Santos Paiva 

Doutora em Enfermagem - Universidade Federal da Bahia

Professora de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Cleuma Sulei Santos Suto 

Doutora em Enfermagem - Universidade Federal da Bahia

Professora de Enfermagem da Universidade Estadual da Bahia

Dedico essa dissertação a:

Georgiana, minha mãe, amiga e confidente, por
sempre me apoiar, acreditar e vibrar com os
meus sonhos;

Antônio Carlos, meu pai, pelo incentivo e
apoio;

Lucinha, minha avó, por sempre acreditar e
torcer pelas minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela concretização deste imenso sonho.

À minha orientadora, Professora Dr^a. Jeane Freitas de Oliveira, com quem eu convivo desde a época da graduação, pelo exemplo de pessoa humana e acolhedora, pela sabedoria e competência e para e a minha co-orientadora Prof.^a Dr^a. Catia Suely Palmeira, pela paciência, pelos ensinamentos, competência e por ter me acolhido nessa caminhada.

Agradeço imensamente a vocês pelas preciosas orientações, que contribuíram de forma significativa para a construção desse estudo. Minha eterna gratidão e admiração!

As membras da banca de qualificação e defesa, Prof^o Dr^a Catia Suely Palmeira, Prof^o Dr^a Miriam Santos Paiva, Prof^o Dr^a Cláudia Geovana da Silva Pires e Prof^o Dr^a Cleuma Sueli Santos Suto, pela sabedoria, disponibilidade e competência e por terem aceitado compartilhar deste momento da vida acadêmica e profissional.

À minha parceira de caminhada, Daine Ferreira Brazil do Nascimento, pelo apoio, parceria e por estar sempre comigo em todos os momentos dessa trajetória, gratidão.

Á Priscilla Nunes Porto, por todo ensinamento e competência, minha eterna admiração e gratidão.

Às companheiras de coleta, Bianca Souza e Lais Ribeiro, que aceitaram embarcar nesse projeto de pesquisa, pela disponibilidade, atenção e parceria.

Às Agentes Comunitárias de Saúde por todo acolhimento e carinho que tiveram nessa jornada. Meu agradecimento por cada troca, cada convívio e cada encontro.

Às(aos) funcionárias(os) da Unidade de Saúde da Família do Coqueiro de Monte Gordo, minha gratidão pela acolhida e carinho recebidos.

À direção da Secretaria de Saúde de Camaçari (SESAU) pela autorização para que a pesquisa fosse possível na unidade de saúde da comunidade.

Á Lívia Brito do Departamento de Estatística do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), pela paciência, pelos ensinamentos e por todo suporte que foi dado com tanta maestria.

Ao Grupo de Pesquisa Sexualidade Vulnerabilidade, Drogas e Gênero – SVDG, pelo aprendizado, acolhimento e constantes trocas de experiências.

À(o)s professora(e)s do curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem (EE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), por toda contribuição e ensinamento pelo qual me fez chegar até aqui.

À Direção da EEUFBA, por todo empenho e apoio que foi dado. À Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro através da bolsa, que foi de suma importância durante essa caminhada com a possibilidade de participações em congressos e nas compras de materiais acadêmicos.

À todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização e finalização dessa pesquisa e desse grande sonho conquistado, gratidão.

RESUMO

MOTA, G.S. **Determinantes sociais da saúde e fatores de risco para sífilis em mulheres de uma comunidade rural**. 2021. 85 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

Os determinantes sociais da saúde são um conjunto de fatores que representam as particularidades dos indivíduos e compõem uma rede heterogênea de fatores que prejudicam, promovem ou protegem a saúde. Segundo o Ministério da Saúde, a sífilis continua ainda hoje um problema de saúde pública para o Brasil. Dentre seus fatores de risco em mulheres de comunidades rurais destacam-se: acesso restrito aos serviços de saúde, retardo no diagnóstico e intervenção precoce, relações sexuais desprotegidas e falta do conhecimento acerca da sífilis acarretando diretamente nos impactos sociais dessas mulheres e nos determinantes sociais da saúde no que diz respeito as desigualdades partindo das condições da vida cotidiana. Constitui-se como objetivos da pesquisa: identificar os determinantes sociais da saúde e os fatores de risco para a sífilis em mulheres de uma comunidade rural; verificar a associação entre os determinantes sociais da saúde e os fatores de risco para a sífilis em mulheres de uma comunidade rural. Trata-se de um estudo transversal realizado com 259 mulheres de uma comunidade rural de Camaçari-BA. Os dados foram coletados no período de julho de 2019 a janeiro de 2020, mediante aplicação de um formulário que contemplava as características sociodemográficas e condições de saúde geral. Para o processamento e análise dos dados utilizou-se o software estatístico SPSS, versão 21.0. A análise descritiva foi realizada mediante números absolutos e índices percentuais. Para verificar a associação entre os determinantes sociais da saúde e os fatores de risco para a sífilis foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, considerando uma significância estatística quando $p < 0,05$, e análise de regressão logística múltipla para determinar quais variáveis puderam ser consideradas preditoras para a sífilis. Houve predomínio de mulheres acima de 30 anos (61,4%), de cor preta/parda (89,2%), sem antecedentes pessoas de doenças crônicas (60,2%), com início da vida sexual acima dos 16 anos (57,7%), com 1 a 3 parceiros sexuais na vida (72,9%), que usavam métodos contraceptivos (67,6%), sem uso dos preservativos em todas as relações sexuais (62,2%), conheciam sobre a transmissão e prevenção de IST (89,8%), já gestaram (91,5%) e não abortaram (74,1%). Possuíam crença religiosa (75,7%), viviam com companheiro (71,4%), possuía filho (89,6%), não contavam com grupo de apoio (57,1%), tinha até o ensino fundamental (47,1%), exercia atividade remunerada (34,3%), residia em casa própria ou cedida (86,1%), recebia menos que um salário mínimo (33,7%), parcialmente dependente financeiramente de alguém (39,4%), não recebe auxílio governamental (51,4%) e acessam exclusivamente serviços de saúde públicos (53,3%). Identificou-se associação estatística significativa entre: o uso de preservativos nas relações sexuais e o uso de métodos contraceptivos com a situação de moradia ($p=0,03$); número de dependentes da renda ($p=0,01$) e acesso aos serviços de saúde ($p=0,03$). Com relação ao conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST e crença religiosa ($p=0,02$) demonstrou associação significativa, assim como possuir filhos ($p=0,02$), escolaridade ($p < 0,01$) e renda mensal ($p=0,02$). Os dados revelaram desigualdades sociais que podem interferir na saúde das mulheres rurais, portanto possibilita a ampliação de ações de saúde e estratégias no intuito de atender as necessidades da população.

Palavras-chaves: Mulheres; Sífilis; População Rural; Determinantes sociais da saúde

ABSTRACT

MOTA, G.S. **Social determinants of health and risk factors for syphilis in women from a rural community**. 2021. 85 f. Dissertation (M.Sc in Nursing) – Nursing School at the Federal University of Bahia (UFBA), Salvador, 2021.

The social determinants of health are a set of factors that represent the particularities of individuals and make up a heterogeneous network of factors that harm, promote or protect health. According to the Health Ministry, syphilis remains as a public health problem for Brazil today. Among its risk factors in women from rural communities, the following stand out: restricted access to health services, delayed diagnosis and early intervention, unprotected sex and lack of knowledge about syphilis, directly affecting the social impacts of these women and the social determinants of health with regard to inequalities based on the conditions of daily life. The research objectives are: to identify the social determinants of health and the risk factors for syphilis in women from a rural community; to verify the association between social determinants of health and risk factors for syphilis in women from a rural area. This is a cross-sectional study conducted with 259 women from a rural community of Camaçari-BA. The data were collected from July 2019 to January 2020, by applying a form that contemplated sociodemographic characteristics and general health conditions. The SPSS statistical software, version 21.0, was used to process and analyze the data. Descriptive analysis was performed by using absolute numbers and percentage indices. To verify the association between social determinants of health and risk factors for syphilis, Pearson's Chi-square test was used, considering statistical significance when $p < 0.05$, and multiple logistic regression analysis to determine which variables could be considered predictors of syphilis. There was a predominance of women over 30 years old (61.4%), black / brown (89.2%), with no previous history of chronic diseases (60.2%), with sexual onset after 16 years old (57.7%), with 1 to 3 sexual partners in life (72.9%), who used contraceptive methods (67.6%), without using condoms in all sexual relations (62.2%), knew about transmission and prevention of STIs (89.8%), have already gestated (91.5%) and have not aborted (74.1%). They had a religious belief (75.7%), lived with a partner (71.4%), had a child (89.6%), did not have a support group (57.1%), even had elementary school (47, 1%), engaged in paid activity (34.3%), resided in their own or ceded home (86.1%), received less than a minimum wage (33.7%), partially financially dependent on someone (39.4%), does not receive government assistance (51.4%) and exclusively access public health services (53.3%). A statistically significant association was identified between: the use of condoms during sexual intercourse and the use of contraceptive methods with the housing situation ($p = 0.03$); number of income dependent ($p = 0.01$) and access to health services ($p = 0.03$). With regard to knowledge about the transmission and prevention of STIs and religious beliefs ($p = 0.02$), there was a significant association, as well as having children ($p = 0.02$), education ($p < 0.01$) and monthly income ($p = 0.02$). The data revealed social inequalities that can interfere with the health of rural women, thus enabling the expansion of health actions and strategies in order to meet the needs of the population.

Keywords: Women; Syphilis; Rural population; Social determinants of health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização das mulheres que vivem em comunidade rural de acordo com as camadas 1 e 2 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021.....	37
Tabela 2 –	Caracterização das mulheres que vivem em comunidade rural de acordo com as camadas 3 e 4 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021.....	38
Tabela 3 –	Associação entre uso do preservativo nas relações sexuais por mulheres que vivem em comunidade rural e variáveis das Camadas do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021.....	40
Tabela 4 –	Associação entre conhecimento sobre a transmissão e a prevenção de IST e variáveis das camadas do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021	42
Tabela 5 –	Distribuição das análises das variáveis preditoras para uso do preservativo em todas as relações sexuais de acordo com as camadas 1, 2 e 4 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021.....	44
Tabela 6 –	Distribuição das análises das variáveis preditoras para conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST de acordo com as camadas do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021.....	49
Tabela 7-	Regressão logística múltipla entre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e uso de preservativo em toda relação sexual de acordo com as camadas 2 e 4 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021.....	46
Tabela 8-	Regressão logística múltipla entre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST de acordo com as camadas 1, 3 e 4 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CUSES	CONDOM SELF-EFFICACY SCALE
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
ELISA	Ensaio Imunossorvente ligado à Enzima
FTA-Abs	Teste de Anticorpos Treponêmicos Fluorescentes com Absorção
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MEDLINE	Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PubMed	National Library of Medicine
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	Software Estatístico Statistical Package of Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
SVDG	Grupo de Pesquisa sobre Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero
Scielo	Scientific Electronic Library Online
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Testes Rápidos
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DA SÍFILIS.....	22
2.2	FATORES DE RISCO PARA A SÍFILIS E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....	25
2.3	PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM.....	31
2.4	NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE SAÚDE E VIDA DE MULHERES RURAIS.....	33
3	MÉTODO	36
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	36
3.2	LÓCUS DO ESTUDO.....	37
3.3	POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA.....	37
3.4	COLETA DE DADOS	38
3.4.1	Instrumentos	38
3.4.2	Teste do instrumento de coleta de dados	40
3.5	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	40
3.6	ANÁLISE DOS RESULTADOS E ESTATÍSTICA.....	41
3.7	PRECEITOS ÉTICOS.....	43
4	RESULTADOS	44
5	DISCUSSÃO	54
6	CONCLUSÃO	65
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.....	78
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	83

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – (OMS) (WHO, 2019), ocorre cada dia mais de 1 milhão de novos casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) curáveis no mundo entre pessoas de 15 a 49 anos, dentre esses, 6,3 milhões são de sífilis. Estima-se que essa infecção foi responsável por 200 mil natimortos e óbitos de recém-nascidos em 2016, tornando-se uma das principais causas de perda de bebês no mundo. No Brasil, em 2019, foram diagnosticados 52.915 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 72,8 casos/100.000 habitantes) e 61.127 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 20,8/1.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2020a). Em 2019, na Bahia foram diagnosticados 58,3 % casos de sífilis em mulheres, dessas notificações 29% foram notificadas como sífilis adquirida e 29,4% como sífilis em gestante (BRASIL, 2019a).

Segundo o Ministério da Saúde – (MS) (BRASIL, 2019a), as IST constituem ainda hoje um problema de saúde pública para o Brasil, dentre elas, a sífilis se destaca. Considerada uma doença infectocontagiosa crônica que se mantém disseminada na população geral e pode ser identificada em pessoas de todos os sexos e todas as idades. Sua transmissão ocorre principalmente pela via sexual, mas também pela transmissão vertical (transmitida para a criança durante gestação/parto), compartilhamento de seringas entre usuários de drogas, acidentes com perfuro cortante e transfusão de sangue (PINHEIRO, 2016).

O MS atua com diversas formas e maneiras para prevenção e controle de IST, disponibilizando gratuitamente os preservativos masculino e feminino que vão agir na prevenção dessas infecções, contanto, que seu uso seja correto e adequado. Embora seja uma estratégia acompanhada de grande dimensão por uma campanha de planejamento familiar, a prática do sexo desprotegido e seu convívio com a IST continuam alarmantes, causando aumento nos casos de sífilis (NASCIMENTO; CAVALCANTI; ALCHIERRI, 2017). Vale ressaltar que o preservativo disponibilizado nos serviços de saúde em sua grande maioria é o masculino implicando na vulnerabilidade para as mulheres, uma vez que o poder de escolha fica na mão do companheiro, exercendo uma cultura machista em que o ser feminino é estar convivendo diariamente vulnerável em especial no âmbito da saúde. A mulher quando possui um parceiro fixo é colocada uma confiança no mesmo fazendo com que ela deixe de utilizar o preservativo, deixando de pensar nos riscos possíveis com uma relação sexual desprotegida, acontece também quando se tem parceiros eventuais (MENESES *et al.*, 2017).

Estudo traz os motivos das mulheres com relação a não utilização do preservativo nas relações sexuais, são eles: a não aceitação do parceiro, pela negociação em não utilizar, a

confiança no companheiro, quanto ao sexo masculino, às causas para não usar o preservativo são: não ter a camisinha no momento do ato sexual ou por não estar convencido dos benefícios que o seu uso pode trazer para a saúde de ambos (BARBOSA *et al.*, 2019). Dados esses que nos remetem a refletir o quanto forte é essa submissão da mulher frente às escolhas sexuais, na falta de informações e conhecimento para poder de negociação e fazendo com que fiquem expostas às infecções acarretando na saúde dessas mulheres.

Dentre os fatores de risco para a saúde das mulheres em relação à sífilis, destaco o acesso restrito aos serviços de saúde, retardo no diagnóstico e intervenção precoce e aspectos sócio comportamentais como, relações sexuais desprotegidas e falta do conhecimento acerca da prevenção e transmissão de IST. As mulheres vivem rodeadas de vulnerabilidades e ela é ampliada devido às diversas formas de violência e abuso sexual, preconceito, restrição na busca aos atendimentos de saúde e pela dificuldade em exercer o autocuidado (PINTO *et al.*, 2014). Essas dificuldades relacionadas na busca do serviço de saúde acarretam diretamente nos impactos sociais dessas mulheres e nos determinantes sociais da saúde no que diz respeito às desigualdades partindo das condições da vida cotidiana, sejam elas sociais, ambientais e econômicas que atuam na saúde dos indivíduos e população (LAMARCA, VETTORE, 2015).

Destaco a susceptibilidade das mulheres em relação às IST que tem suas raízes construídas nas relações históricas de diferenças entre os sexos, onde o lugar do homem é o espaço público, a rua e o trabalho, e o da mulher se constitui no privado, em casa (OLIVEIRA, 2004). Ainda referindo as especificidades das mulheres, em se tratando da saúde das que vivem na zona rural, a relação direta com as condições de vida e trabalho pela qual são acometidas diariamente, é possível observar o quanto é forte as desigualdades nas relações de gênero e classe social no que tange aos determinantes sociais e as vulnerabilidades resultantes desses aspectos (BORTOLLOTT *et al.*, 2018).

O seu desenvolvimento se constituiu numa trajetória de aproximação com a temática de comunidades rurais, que vem desde a infância e que se aprofundou durante vivências no grupo de pesquisa mediante participação no projeto “Padrão do consumo de drogas e comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural: articulando pesquisa e ação”. A participação nesse projeto oportunizou contato direto com mulheres da comunidade rural permitindo ouvir muitos relatos sobre as dificuldades enfrentadas no cotidiano, decorrentes de questões culturais, sociais, estruturais e financeiras que repercutiam na saúde das mesmas. Diante dessas vivências no campo, surgiu a necessidade em estudar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e sua influência nos fatores de risco para a sífilis em comunidades rurais, em função das evidências do quanto a estrutura social está relacionada

com o processo de adoecimento desta população. Esse processo se deu durante a graduação pela inserção em atividades de iniciação científica e em grupo de pesquisa sobre o estudo da saúde da mulher, em Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (SVDG), e na área da assistência à saúde quando atuei como residente em Saúde da Família no município de Camaçari-Ba.

Diante dos fatos e minha aproximação com a temática, motivou um levantamento na literatura por meio de bases realizado associando Determinantes Sociais da Saúde e sua influência nos fatores de risco para a sífilis em mulheres de uma comunidade rural. Na análise realizada nas bases eletrônicas de dados National Library of Medicine (PubMed/MEDLINE), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), no período de 2004 a 2012, utilizando as palavras-chave mulher rural, doenças sexualmente transmissíveis e sífilis, nos idiomas português, espanhol e inglês, foi constatado a escassez de literatura sobre o tema.

A importância de estudos sobre a temática é fundamental, de modo particular em comunidades situadas em regiões afastadas dos grandes centros, em se tratando da situação de saúde dessas mulheres. Esse panorama reflete o número limitado de pesquisas que avaliem os DSS desse grupo, especialmente os modificáveis, em mulheres que residem em comunidades rurais e que focalizem às IST. Diante disso, as dificuldades encontradas durante o estudo e observadas de perto na comunidade rural, são particulares e de extrema importância para dar continuidade às políticas públicas no Brasil com enfoque nessa população, de forma a gerar avanços e consolidar o cuidado em rede para os moradores, além de, melhorar as condições de vida, de acesso e de saúde. É preciso ações mais efetivas de redução de vulnerabilidades para a população que vive nessas comunidades, pois muitas vezes, ela é a única opção para muitos cidadãos (ãs).

Em vista dessas considerações, definiu-se como objeto de estudo desta investigação: Determinantes Sociais da Saúde e fatores de risco para a sífilis em mulheres de uma comunidade rural. Configurando-se como questão norteadora da pesquisa: quais os Determinantes Sociais da Saúde influenciam na exposição aos fatores de risco para a sífilis em mulheres de uma comunidade rural?

Definiu-se, portanto, como objetivos do estudo:

1. Identificar os Determinantes Sociais da Saúde e os fatores de risco para a sífilis em mulheres de uma comunidade rural;

2. Verificar a associação entre os Determinantes Sociais da Saúde e os fatores de risco para a sífilis em mulheres de uma comunidade rural.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Visando contemplar os elementos do objeto de investigação serão abordados em quatro subitens aspectos conceituais, epidemiológicos e clínicos da sífilis; os determinantes sociais da saúde e os fatores de risco para a sífilis; prevenção e controle da sífilis: atuação da enfermagem; além de notas introdutórias sobre saúde e vida de mulheres rurais.

2.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DA SÍFILIS

A sífilis é uma das primeiras Infecções Sexualmente Transmissíveis, uma doença persistente, que atinge pessoas de todas as idades, raça/cor, situação econômica, podendo inclusive causar morte fetal, causada por uma bactéria denominada *Treponema pallidum*, a sífilis é transmitida principalmente por via sexual, podendo ocorrer também pelo compartilhamento e/ou acidentes com objetos contaminados, tatuagens, transfusões sanguíneas e por via transplacentária (BRASIL, 2015).

A evolução natural da doença é alternada por períodos de atividade com características clínicas e imunológicas (primária, secundária e terciária) e de latência (sífilis latente). A sífilis primária é uma lesão específica (cancro duro ou protosifiloma) localizada na região genital. Surge três semanas em média após a infecção, se caracteriza inicialmente por uma pápula de cor rósea, podendo evoluir para um vermelho intenso com ulcerações. Normalmente é indolor e nas mulheres seu aparecimento é mais frequente nos grandes lábios, parede vaginal e colo uterino (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Normalmente a pessoa é diagnosticada na fase secundária devido ao acometimento de pele e dos órgãos internos, com lesões sob a forma de mácula de cor eritomatosa, tendo lesões palmares e plantares bem peculiares. Quanto aos sintomas, destacam-se febre, mal-estar, cefaleia, rouquidão, dores nas articulações, falta de apetite, queda de cabelo, aumento dos linfonodos e lesões oculares. Após o desaparecimento da fase secundária, o paciente entra na fase de latência que pode durar de seis a oito semanas e não possui sintomas. É dividida em latente recente quando o *Treponema pallidum* ocorreu há menos de dois anos e latente tardia quando a infecção aconteceu há mais de dois anos (PINHEIRO, 2016; BRASIL, 2019a).

Na fase terciária, os pacientes desenvolvem lesões na pele, mucosas, sistema cardiovascular e nervoso, podendo acometer ossos, músculos e fígado. A doença tem forma de granuloma, as lesões são em pequenas quantidades e de forma assimétrica, com bordas bem demarcadas e pouca inflamação (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A depender da forma de contaminação é classificada como adquirida ou congênita. A sífilis congênita ocorre durante o período de gestação, por via transplacentária, em decorrência do não tratamento do casal grávido ou tratados inadequadamente (PINHEIRO, 2009). O Ministério da Saúde, desde 1986 exige a notificação compulsória para casos de sífilis congênita. No ano de 2005, passou a determinar também a notificação compulsória para a sífilis em gestantes e em 2010 para a sífilis adquirida (BRASIL, 2019a). De acordo com a OMS, mais de 1 milhão de IST são adquiridas todos os dias, no período de 2016 a 2019 foi estimando um total de 6,3 milhões de novos casos de sífilis em todo o mundo (WHO, 2019). No Brasil, em 2019, foram diagnosticados 52.915 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 72,8 casos/100.000 habitantes) (BRASIL, 2020a).

No Brasil a incidência e prevalência da infecção, seja ela por via adquirida ou congênita, vêm aumentando significativamente, tornando-se um desafio para a saúde pública (BRASIL, 2019a). Dados do Ministério da Saúde (MS) mostram que no período de 2010 a junho de 2020, foi notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) um total de 783.544 casos de sífilis adquirida dos quais 13,0% foi na região nordeste. No Brasil, houve uma redução da taxa de detecção de sífilis adquirida de 76,2 casos por 100.000 habitantes, em 2018, para 72,8 casos por 100.000 habitantes, em 2019. Observa-se que a maior parte das notificações de sífilis adquirida no ano de 2019 ocorreu em indivíduos entre 20 e 29 anos (36,2%), seguidos por aqueles na faixa entre 30 e 39 anos de idade (21,8%) (BRASIL, 2020a).

Na Bahia, também se notou uma diminuição da incidência de sífilis adquirida com taxa de 85,5 casos por 100.000 habitantes no ano 2018, totalizando 9.914 casos e, em 2019 foram notificados 6.362 casos da doença. Enquanto a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 21,2 casos por mil nascidos vivos com 4362 casos no ano de 2018 e em 2019, foram notificados 2.274 casos (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2020a). Diante dos números apresentados, vale ressaltar que o ônus da morbimortalidade devido à sífilis congênita é alto. Segundo a OMS, 988.000 mulheres grávidas foram infectadas com sífilis em 2016, resultando em 200.000 natimortos e mortes de recém-nascidos (WHO, 2018).

Recentemente foram definidas metas pela OMS para reconhecimento da eliminação da sífilis congênita, tais como, 95% de cobertura de cuidados pré-natais e rastreamento para sífilis em gestantes, de forma a alcançar em 0,5 casos por 1.000 nascidos vivos, posição obtida apenas por Cuba e Chile na América Latina (KUZNIK *et al.*, 2015). Tendo consciência dessa complexidade o Brasil se tornou assinante de planos internacionais para eliminação da sífilis congênita desde 1992.

O Ministério da Saúde enquanto responsável pelas ações para minimizar o problema da sífilis que assola constantemente a população brasileira, instituiu duas categorias para exames diagnósticos para a sífilis: exames diretos e testes imunológicos. Os exames diretos são aqueles que se realiza a pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras coletadas diretamente das lesões, considerado um teste de alta sensibilidade e especificidade, eficiente e de baixo custo (BRASIL, 2019a). Os imunológicos, considerados os mais utilizados na prática clínica, seja pela sua fácil detecção de interpretação, pelo seu acesso no dia-a-dia ou pela forma rápida dos resultados, são responsáveis pela pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma. Subdividem-se em duas classes: treponêmicos e não-treponêmicos (BRASIL, 2019a).

Os exames de sangue costumam ser não reagentes para a sífilis na fase primária devido ao fator tempo para a soroconversão, ou seja, produção de anticorpos, pelo organismo. Nas fases secundária, terciária ou primária tardia os mais utilizados são o VDRL (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), os testes rápidos, o Teste de Anticorpos Treponêmicos Fluorescentes com Absorção – FTA-Abs e Ensaio Imunossorvente ligado à Enzima – ELISA (PINHEIRO, 2016).

Os testes treponêmicos, conhecidos também como testes rápidos, podem ser usados como primeiro teste por serem os primeiros a se tornarem reagentes, ou podem usar também como complementares, pois eles detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum*. Possuem inúmeras vantagens por serem de fácil execução e são práticos, possui uma leitura diagnóstica em no máximo 30 minutos e podem ser realizados no momento da consulta, onde possibilitará o tratamento imediato (BRASIL, 2019a). Dentre os testes, os não-treponêmicos, o mais comum é o VDRL, que consiste em um exame simples de rastreio que considera positivo para sífilis entre 4 e 6 semanas após a contaminação e com titulação 1/8 na sua forma de diluição (PINHEIRO, 2009).

Quanto ao tratamento da sífilis no Brasil, o mesmo é gratuito e oferecido pelo SUS, com a utilização da penicilina G benzatina. Este tratamento pode ser realizado por profissionais capacitados que compõem a equipe multiprofissional, logo, o tratamento pode ser feito por enfermeiras (BRASIL, 2019a). É importante enfatizar a importância da busca ativa para diagnóstico e tratamento das (os) parceiras (os) sexuais, de conhecer as formas de prevenção e tratamento, para que as informações sejam visibilizadas e de acesso igualitário em todos os contextos, principalmente em populações vulneráveis, onde o acesso é comprometido em alguns aspectos.

Diante das desigualdades sociais no processo de adoecimento das mulheres, em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), adotando ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação dos principais agravos de saúde desta população. Este programa engloba a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Partindo do perfil das mulheres das comunidades rurais e para atender as necessidades de atenção à saúde dessa população, o MS instituiu a Portaria MS/GM nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). A referida política tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de etnia e de orientação sexual. No que se refere ainda a esta política, ela tem o propósito de facilitar o acesso aos serviços de atendimento; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e das inovações tecnológicas agrícolas; e a melhoria dos indicadores de saúde e da sua qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Diante disso, é de extrema importância conhecer como a sífilis se manifesta e seus principais fatores de risco, buscando a prevenção e promoção da saúde na população estudada.

2.2 FATORES DE RISCO PARA A SÍFILIS E DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

A maior parte da carga de doenças que existe em todos os países ocorre por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Essas condições sociais tem grande influência na saúde e ao longo da vida é afetada pelas características do contexto social ao qual está inserida (CARVALHO, 2013).

No caso da sífilis, inúmeros são os fatores que envolvem a infecção, dentre eles, os fatores sociodemográficos, comportamentais e de assistência à saúde. Em oposição ao modelo explicativo muito utilizado na atualidade que enfatiza os fatores de risco, e tende a responsabilizar os indivíduos pelo surgimento de suas doenças, ressurgiu a concepção teórica dos determinantes sociais em saúde que tenta compreender o processo saúde doença como fenômeno social (SOUZA, 2013).

O conceito de determinantes sociais trata de forma geral, das condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos de população que estejam relacionadas com situações de saúde (BUSS; PELLEGRINI, 2007). O conjunto de condições constituído pelos fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, étnicos, ambientais, psicológicos e comportamentais de uma organização social compõe os “determinantes sociais da saúde” (DSS) (OMS, 2011; BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

É importante enfatizar que diferentes modelos explicativos foram construídos com o objetivo de favorecer a compreensão dos mecanismos que geram as desigualdades em saúde, ou seja, para explicar a relação entre os determinantes sociais e a saúde. Merece destaque os modelos de Diderichsen e Hallqvist (1998), adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001), o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) e o modelo de Mackenbach (1994) o modelo de Brunner, Marmot e Wilkinson (2003) (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). De acordo com os autores, o Modelo Diderichsen e Hallqvist (1998), adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001) enfatiza os níveis de influência entre os fatores que determinam as desigualdades, incluindo fatores comportamentais, sociais e institucionais; o Modelo de Mackenbach (1994) ressalta os mecanismos que geram as desigualdades na saúde: seleção versus causa, e o Modelo de Brunner, Marmot e Wilkinson (2003) utiliza os Determinantes Sociais em Saúde como objeto e explicita como as desigualdades socioeconômicas de saúde são resultantes da exposição aos riscos ambiental, psicológico e comportamental ao longo da vida.

No modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), os DSS são um conjunto de fatores que representam as particularidades dos indivíduos, configuram sua inserção no tempo e no espaço, compõem uma rede heterogênea de fatores que prejudicam, promovem ou protegem a saúde. São interligados em níveis, dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes, funcionando de forma interdependente. (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

Nesse modelo de camadas (Figura 1), no centro está disposta a camada 1 constituída pelas características individuais (idade, sexo e fatores hereditários) que são imutáveis, mas que exercem influência sobre o potencial e condições de saúde do indivíduo. Na camada 2 estão os determinantes proximais (comportamento e estilos de vida). A camada 3 expressa o nível de coesão social e abrange a influência das redes comunitárias e de apoio. Na camada 4 estão os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho (habitação, ambiente de trabalho, desemprego, saneamento, acesso a serviços sociais como saúde e educação e

alimentos). Esta camada indica que as pessoas que estão em desvantagem social estão sujeitas a maior risco, decorrente das condições precárias de vida. No último nível, está a camada 5, representada pelos determinantes distais ou macrodeterminantes: condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo determinantes suprarracionais como a globalização) (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).



Figura 1. Determinantes Sociais da Saúde, modelo de Dahlgren e Whitehead (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007).

A hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, não é uma simples relação direta de causa-efeito e a forma com que estes determinantes interferem na saúde é diferente com relação à saúde dos indivíduos e com a saúde de grupos e populações (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). Assim, a perspectiva do modelo de Determinação Social ao ressaltar a diversidade de fatores relacionados à saúde da população, evidencia que circunstâncias sociais e econômicas sujeitam o indivíduo a diferentes vulnerabilidades, no nível populacional. Nesse sentido, a dinâmica das doenças infecciosas é determinada pela prevalência da própria infecção, mas também pelas características dessa população (HOGBEN, 2008).

Dessa forma os DSS desempenham um papel importante na transmissão e aquisição de doenças dentre elas a sífilis. No que se referem aos determinantes individuais da primeira camada (idade, sexo e raça), os registros mostram que a faixa etária onde a ocorrência da

sífilis é maior, está entre as pessoas de 20 a 29 anos, sexo feminino e de raça cor/raça negra (pardos e pretos) (BRASIL, 2019b). Com relação à incidência da doença em pessoas mais jovens justifica-se pelo fato desta população estar em um período de exploração de relações e comportamento sexual, o que aumenta a probabilidade de IST (POTEAT *et al.*, 2017)

Apesar das desigualdades referentes às questões raciais e étnicas estarem entre os determinantes sociais que influenciam as disparidades nas taxas de IST (GUY *et al.*, 2013), no Brasil não existe estudo populacional que confirme estes dados. O que se sabe com relação a raça/cor é que este é um fator de discriminação e exclusão social, sobretudo quando associado a condição feminina e a baixa condição socioeconômica. A discriminação racial na vida das mulheres negras é constante e a sua inserção no mercado de trabalho é mais difícil. Essas desigualdades contribuem para a submissão da mulher, que, por sua vez, se tornam a base para discriminação, sendo frutos de preconceitos e de violência (ALVES, 2015).

Porém, quando falamos em sexo, tratamos apenas da variável enquanto característica biológica e para a compressão das diferenças do processo de adoecimento entre homem e mulher teremos que abordar as questões de gênero. Essa relação de poder está ligada com o papel que a mulher tem estabelecido na sociedade, relacionados com os afazeres domésticos, com a dedicação maternal e matrimonial, muitas vezes impossibilitando-as até mesmo com o seu cuidado individual e com a sua saúde, tendo seus direitos limitados. Isso ocorre por que homem ainda tem suas raízes engendradas nas injustiças e na opressão às mulheres, prevalecendo nas comunidades rurais, onde a autoridade e a dominação masculina são refletidas em condutas machistas que são influenciadas através das relações de gênero (SCHMITT, 2016). As desigualdades de gênero robustecem a vulnerabilidade, principalmente nas mulheres, e envolvem o diferencial do acesso aos bens materiais e imateriais, como a adoção ou não de medidas preventivas, educação e acesso aos serviços de saúde (BASTOS; CUNHA; HACKER, 2005).

No que tange aos determinantes da camada 2, comportamento e estilo de vida, pelo próprio modelo, situam-se no limiar entre os fatores individuais e os DSS e sofrem assim a influência dos alguns determinantes sociais, como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007). Dentre os fatores comportamentais, podemos destacar a idade precoce na primeira relação sexual, que torna as mulheres mais susceptíveis para a sífilis e outras IST, seja pela busca de novas experiências nas práticas sexuais ou pela maior dificuldade de negociação com o parceiro quanto ao uso do preservativo, caracterizando

anseio de invulnerabilidade das mais jovens, porém, tornando-as mais vulneráveis e levando-as a uma gravidez precoce e indesejada (PINTO *et al.*, 2018).

Outros fatores comportamentais incluem o número de parceiros sexuais que uma pessoa infectada possui e o não uso de preservativos durante a relação sexual aumenta a capacidade de disseminação da sífilis na população. O uso de drogas também é um fator de risco para infecção por sífilis, pois drogas pode levar a julgamento alterado, inibição diminuída, aumento do comportamento impulsivo, o que pode estar potencialmente associados a um número aumentado de parceiros e encontros, bem como a outros comportamentos sexuais de alto risco (por exemplo, relações sexuais sem preservativo) (SCHMIDT *et al.*, 2019). Ainda de acordo com os determinantes proximais, presentes na 2ª camada, pode-se citar a importância do uso de métodos contraceptivos. Nesse ponto, há de se considerar a desigualdade social de gênero que influencia na abordagem com seu (sua) companheiro (a) a respeito do uso do preservativo e sobre a transmissão e prevenção de IST.

Estudo realizado em 2014 para estimar a prevalência de sífilis, em São Paulo, com 203 mulheres, a média de idade da primeira relação sexual foi de 16,1 anos, número médio de parceiro sexual eventual relatado por 35 das entrevistadas foi de 15,3 anos, quanto ao uso do preservativo em todas as relações sexuais, 45 afirmaram utilizar, no que se refere a informação correta sobre a transmissão sexual e prevenção pelo uso do preservativo, 122 responderam que sabem como ocorrem (PINTO *et al.*, 2014). Esses elementos associados a sífilis em mulheres que vivem em comunidades rurais, nos remete uma acentuada vulnerabilidade implicando em condições sociais, econômicas e de saúde. Esses comportamentos retratam o grau de informação a respeito do seu (sua) parceiro (a), se já tem ou já teve alguma IST, se tem outras parceiras e se conhece os serviços que oferecem aconselhamento para prevenção as IST e testes rápidos, uma vez que, o vínculo do casal é importante para as questões relacionadas a saúde. Podem envolver as relações afetivas e sexuais, como normas sociais e relações de gênero, que em interações com os outros fatores socioeconômicos como o acesso a informação e aos serviços de saúde, podem reduzir o poder de negociação para adoção de métodos de prevenção (TUCKER *et al.*, 2013; UUSKÜLA *et al.*, 2004).

Sobre as variáveis que são abordadas na 3ª camada, citam-se as questões relacionadas sobre a religião, situação conjugal, o número de filhos e se possui algum grupo de apoio ou redes sociais para contar. Estudo retrata que a religião tem influência sobre suas atitudes e alimentam um conjunto de normas com relação à sexualidade (PAIVA *et al.*, 2008). Ainda que existam pesquisas que advertem que a religiosidade é tendenciosa para o retardo de início

da vida sexual, as relações presentes entre as variáveis ainda são poucos exploradas no Brasil (MACÊDO *et al.*, 2017). Inúmeras são as relações possíveis de serem analisadas partindo da questão da prática sexual. A situação conjugal, seja ela estável ou não, dificulta a relação de convivência seja pelo fato de serem dependentes totalmente ou parcialmente dos seus companheiros ou por não terem uma autonomia em casa e está sujeita a relações de poder (MACÊDO *et al.*, 2017). O grau de dependência financeira a qual algumas mulheres se encontram, podem trazer elementos relacionados às suas condições de moradia, uma vez que, muitas não têm emprego e precisam sustentar uma casa com pessoas que dependem de sua renda, que muitas das vezes não recebem nenhum auxílio social do governo.

Quanto à influência das redes sociais, são positivas para a saúde, sobretudo em situações de adoecimento crônico com ações terapêuticas prolongadas. Contar com grupos de apoio, com familiares beneficia comportamentos de cuidados com a saúde, podendo estabelecer ajuda mútua, influenciar na satisfação com a vida e na capacidade de lidar com problemas (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

A 4ª camada trata sobre as questões que retratam o risco que as pessoas que estão em desvantagem social estão mais sujeitas a esses acometimentos. A escolaridade é um fator amplamente citado na literatura nacional e internacional como variável de alta vulnerabilidade em relação às IST (HOGBEN, 2008). De acordo com Macêdo *et al.*, (2017) o grau de escolaridade está diretamente relacionado com o nível de informações, e a baixa escolaridade tem relação com a disseminação da sífilis. Este é um aspecto a ser repensado na abordagem do profissional de saúde durante o atendimento as mulheres com baixa escolaridade, como vista a melhorar o grau de compreensão das infecções, em especial da sífilis, sua transmissão, prevenção e tratamento.

Os fatores associados à assistência à saúde são bastante peculiares nas comunidades rurais, em decorrência da distância entre os serviços de saúde e a moradia das usuárias, implicando em um percurso longo e custos com transporte (OLIVEIRA *et al.*, 2007). Em consequência destas dificuldades muitas mulheres quando não tem o dinheiro para o transporte necessita ir caminhando ao serviço de saúde, arriscando sua vida, sua segurança e precisando chegar ainda na madrugada para conseguir o atendimento no dia. Partindo dessas particularidades vivenciadas na busca pelo atendimento, a enfermeira tem papel fundamental com foco na educação em saúde, prevenção e controle das IST, em especial, a sífilis.

2.3 PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS: ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

Visando melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com IST no país, o MS criou o primeiro documento de orientação específica da Atenção Básica do MS, publicado em 2004 através do manual “Aconselhamento em DST/HIV/Aids na Atenção Básica”, como parte da campanha “Fiquei Sabendo” lançada no mesmo ano (BRASIL, 2005). De acordo com este manual (MS, 2005), no aconselhamento é enfatizado a sua importância no caso de um resultado negativo, contribuindo nas estratégias e formas para que a pessoa não venha a se infectar com outras IST, e em se tratando de um caso positivo, ajudando a lidar com o tratamento. Embora o controle e prevenção das IST demande ação de todos os trabalhadores da saúde, no contexto da atenção básica, a enfermeira se destaca por abranger diferentes perspectivas de cuidados e de educação em saúde, tendo assim atribuições e atuação importantes frente a essas infecções.

Em 2015, foi criado o primeiro Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis com informações que orienta o papel dos profissionais no manejo programático e operacional dessas infecções, contemplando os três níveis de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2015). O referido protocolo está em conformidade com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica que destaca o papel da enfermeira frente o manejo da IST, seja pelas atribuições específicas da mesma com a realização de consultas de enfermagem, procedimentos, educação em saúde e, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal (BRASIL, 2015).

A enfermeira, por ser integrante da equipe da ESF, é uma profissional que precisa estar capacitada com os conhecimentos específicos em relação a IST, seja para orientar, aconselhar, estabelecer diagnóstico e planejar o tratamento imediato a fim de que seja garantido a prevenção da reincidência da infecção e para minimizar o número de casos novos (ZAMBIANCO *et al.*, 2014).

A sua atuação na atenção básica é considerada como garantia do cuidado, uma vez que é ela que possui vínculo com a comunidade, contribuindo para uma melhor prevenção da sífilis, seja no pré-natal, planejamento sexual e reprodutivo, educação em saúde, no diagnóstico e tratamento, executando estratégias visando à integralidade da assistência e diante das dificuldades encontradas como a falta de insumos e de mão de obra quando se tem uma demanda muito grande (RODRIGUES *et al.*, 2016). De acordo com suas atribuições, é

imprescindível buscar maneiras para reverter essas situações e oferecer uma assistência de qualidade. Frente à prevenção de agravos, promoção de saúde e tratamento de doenças tem importância fundamental nos programas de pré-natal, planejamento familiar, sexual e reprodutivo e, ainda, na assistência a mulher no trabalho de parto e pós-parto. Informações, educação e comunicação são essenciais nas ações de promoção da saúde visando entender as características da doença, formas de transmissão, diagnóstico e acesso ao tratamento gratuito. Esclarecer sobre a importância do uso do preservativo em todas as relações sexuais é uma forma de não adquirir apenas a sífilis, mas outras IST. Nas consultas de enfermagem o reforço dessas informações é imprescindível.

No pré-natal, a enfermeira assume um lugar de destaque, com a possibilidade de desenvolver ações de prevenção, inclusive da transmissão vertical da sífilis durante a gravidez. Cabe a enfermeira e a toda a equipe acolher e orientar as mulheres sobre a importância do pré-natal, da amamentação, vacinação, do preparo para o parto e seus sintomas clínicos, solicitando exames de rotina, visando garantir uma gravidez sem complicações (MELO *et al.*, 2010).

Com relação ao diagnóstico, tratamento e controle da sífilis, o MS recomenda que seja oferecido/realizado os testes rápidos no primeiro trimestre de gestação ou no início do pré-natal e repetido no terceiro trimestre. Ademais, o teste rápido deve ser ofertado e realizado na assim que a mulher der entrada na maternidade visando testar todas as gestantes, sobretudo aquelas que não foram testadas no pré-natal e, conseqüentemente reduzir as repercussões da sífilis para o feto (OLIVEIRA; SILVA; GOMES, 2018).

Em se tratando do quantitativo das publicações e pesquisas acerca da temática e do meu interesse pela mesma desde a graduação, tive o prazer de participar de uma pesquisa com mulheres que abarcava essas questões das IST partindo da abordagem sindrômica para tentar intervir e diminuir com implementações de diversas metodologias o número de novos casos. Essas práticas fortalecem as redes de atenção para as pessoas em situações de vulnerabilidades e a promoção da saúde vem trabalhando na perspectiva de proporcionar uma melhor qualidade de vida a essas pessoas, em especificamente às mulheres que sempre esteve no contexto de vulneráveis.

2.4 NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE SAÚDE E VIDA DE MULHERES RURAIS

O conceito de comunidade é abarcado como um fenômeno histórico e social, que se atribui a significados distintos no tempo e no espaço (XIMENES *et al.*, 2016). No Brasil, em

várias regiões, é comum usar a terminologia “comunidade rural” para denominar um grupo de pessoas que vive nas áreas rurais e que compartilhem das mesmas, tradições, eventos e costumes e que se eternizam por uma relação estreita com a terra e o lugar (SILVA; HESPANHOL, 2016). O contexto rural geralmente é associado a características agrícolas, do campo e marcado pela pobreza estrutural, considerado um estilo de vida construindo suas especificidades no outro e com a terra (XIMENES *et al.*, 2016).

Cerca de 100 milhões de mulheres habitam as zonas rurais do continente americano. Na América Latina e no Caribe, são perto de 60 milhões e, apesar dos avanços, continuam em desvantagem frente aos homens rurais e às mulheres da cidade. Estima-se que a população rural residente no Brasil é de 29 milhões e destas 14 milhões são de mulheres (IICA, 2016). Elas fazem parte de uma ampla categoria de mulheres que vivem no campo, tem sua pluralidade e definição refletida a partir de um espaço geográfico que é caracterizado pela variedade de territórios rurais, da relação com o ambiente ligado aos recursos da terra, das florestas, das águas e dos animais (BRASIL, 2013).

É um grupo populacional considerado vulnerável devido as suas características próprias de dificuldades de acesso aos bens e serviços de saúde, economia, cultura, dentre outros. Nessas comunidades o acesso aos serviços de saúde é enfrentado por iniquidades quando comparada as condições urbanas. Nesse contexto, quando a população consegue ter acesso à educação/escolas é com muita dificuldade e as oportunidades de trabalho são poucas, fazendo com que a maior parte da renda advinha da agricultura (SOUSA *et al.*, 2018).

O acesso aos serviços de saúde pela população rural reflete um certo grau de dificuldade, devido as suas características próprias de saúde que operam aumentando ou diminuindo barreiras para esse acesso pela população. Inúmeros são os obstáculos encontrados por esse grupo populacional decorrente de uma menor disponibilidade dos serviços, por grandes distâncias percorridas, baixa renda, dificuldades de transportes, entre outros (TRAVASSOS, VIACAVA, 2007).

A distância das comunidades para os centros urbanos torna o sustento instável, alguns homens trabalham na cidade, no meio urbano e algumas mulheres também trabalham na cidade, porém, sua grande maioria ficam em casa, exercendo a rotina doméstica demandando cuidados com os filhos e maridos, cuidando da alimentação e afazeres da casa e cuidado com a propriedade, agricultura e pequena pecuária. Com a ressalva de acesso mais difícil à sede do município e de a maioria das pessoas trabalharem na própria localidade onde tiram o seu sustento (TOEBE *et al.*, 2018).

Apesar de representarem a maior parte da população do país, as mulheres continuam assumindo papéis sociais reforçados pelas desigualdades entre o homem e a mulher. É provável constatar que o meio rural é constituído de espaços que nos remetem a múltiplas formas de desigualdade social, dentre elas, as desigualdades de gênero, a violência doméstica, a divisão sexual do trabalho que implicam na desvalorização do trabalho agrícola exercido pela mulher (SILVA, 2019).

As mulheres rurais são essenciais cuidadoras no âmbito familiar: o seu tempo de cuidado comparado com os dos homens é maior-no cuidado da nutrição, educação e saúde de toda família, considerando essas desigualdades e o fato delas não serem pagas pelos trabalhos realizados na esfera privada, o aspecto estrutural do clima pode afetar a sua saúde, uma vez que elas exercem os seus afazeres independentes das temperaturas, podendo ocasionar problemas graves (SILVA, 2019). Compreender a importância de valorizar a integralidade do cuidado em particular para o território e suas peculiaridades, conhecendo as necessidades de saúde e seus valores vêm se tornando uma construção diária com as comunidades rurais com o intuito de fortalecer as ações de promoção e prevenção da saúde, trazendo os profissionais para atuarem como protagonistas nesse contexto (LIMA *et al.*, 2019).

Um estudo realizado na cidade do Ceará no ano de 2014 avaliou indicadores de saúde cardiovascular em 863 indivíduos adultos residentes em comunidades rurais, apontou a existência de baixos níveis de adequação à dieta saudável, altas frequências de hipertensão, alta prevalência de fumantes e elevada prevalência de peso corporal nas mulheres (MENDES *et al.*, 2014).

Mulheres que vivem em comunidades rurais enfrentam inúmeras iniquidades, dentre elas, o acesso geográfico decorrente da distância entre a moradia e centros de saúde e da insuficiência de recursos financeiros para transportes que garanta o atendimento, tendo em vista que este ocorre por ordem de chegada e em USF com rede física precária e com insuficiência de profissionais (GARNELO *et al.*, 2018). É importante que situações que influenciam negativamente nas condições de vida, sejam elas de saúde, sociais e físicas e que aumentam ainda mais a vulnerabilidades das mulheres rurais sejam considerados para criação de estratégias mais efetivas de assistência à saúde (BORTOLOTTI *et al.*, 2018).

De acordo com Paiva, Calazans e Segurando (2013) as pessoas que estão mais expostas ao adoecimento são aquelas que passam pelas consequências da pobreza e da exclusão social. É notório que as mulheres estudadas nessa pesquisa sofrem com esses fatores, pois vivem em uma comunidade vulnerável, onde a população é menos assistida quanto as suas necessidades básicas em especial as de saúde, por morarem distantes das zonas urbanas e

dentre todos os fatores que serão aprofundados mais à frente quando formos tratar dos aspectos gerais da comunidade rural. Esses fatores limitam a oferta para suprir as demandas e necessidades dessa população, reafirmando essa vulnerabilidade e precariedade quando comparado aos territórios urbanos e mostrando o quanto as mulheres estão susceptíveis à sífilis.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal. O estudo de corte transversal é obtido através da observação direta de um evento de acordo com a quantidade de um indivíduo em uma única oportunidade, estabelecendo dimensão e magnitude da temática abordada testando a relação entre as variáveis preditoras e de desfecho (SANTANA, CUNHA, 2011). O estudo quantitativo é marcado por empregar instrumentos estatísticos seja na coleta dos dados quanto no tratamento, com finalidade de garantir exatidão nos dados e evitar deformidades de análise e interpretação (MARQUES e MELO, 2017).

A presente investigação é recorte do projeto matriz de doutoramento do Programa de Pós Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - PPGENF intitulado: “Padrão do consumo de drogas e comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural: articulando pesquisa e ação”, desenvolvido no grupo de pesquisa Sexualidade, Vulnerabilidade, Drogas e Gênero (SVDG), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-EEUFBA. Tendo como resultados: uma dissertação de mestrado intitulado “Fatores sociodemográficos e consumo de bebida alcoólica em mulheres de uma comunidade rural”, uma tese de doutorado em andamento e essa dissertação.

3.2 LÓCUS DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em uma comunidade rural do município de Camaçari-Bahia. De acordo com dados do IBGE (2017), o município fica localizado na região metropolitana de Salvador-Bahia, e possui uma extensão territorial de 784, 548 Km quadrados, com população estimada de 296.893 habitantes, sendo aproximadamente 6% dessa população de característica rural. Apesar de ser uma cidade onde possui inúmeros polos petroquímicos, ainda é possível observar as vulnerabilidades, as desigualdades de renda e muita precariedade (NEVES, 2010).

Trata-se de uma comunidade que possui uma Unidade de Saúde da Família composta por uma única equipe: uma enfermeira, um médico, duas técnicas de enfermagem, onze Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois vigilantes patrimoniais e uma recepcionista. O espaço é dividido entre recepção, consultórios de enfermagem, médico e odontológico, sala de curativo, de acolhimento e procedimentos, farmácia, banheiros, dentre outros, sendo um

serviço capaz de realizar em torno de 60 atendimentos diários. Seu território de abrangência cobre aproximadamente 9.000 pessoas, tendo 2.500 mulheres maiores de 18 anos como número estimado (PORTO, 2018).

Por se tratar de uma zona rural, o local se configura como um ambiente de muitas dificuldades para os moradores como relata Toebe *et al.*, (2018) pois no deslocamento, a pé, de um domicílio para o outro, percorrendo estradas de “chão batido”, buscando meios de transportes alternativos, seja por caronas, transporte escolar e motocicletas, gerando custos, tais dificuldades implicam em maior tempo gasto para acessar a USF, saída de casa mais cedo, com chegada ainda pela madrugada às unidades, correndo sérios riscos de assaltos. Todas essas condições a prestação de cuidados em saúde.

O acesso para comunidade, saindo de Salvador, requer várias conduções e dura em torno de 3 horas, contudo essa dificuldade não se constituiu em impedimento para realização da pesquisa uma vez que havia uma equipe formada por componentes do grupo de pesquisa SVDG, composta por uma doutoranda, duas mestrandas, duas graduandas.

3.3 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

Foi constituída por 259 mulheres de uma comunidade rural, do município de Camaçari, Bahia, Brasil mediante amostra não probabilística por conveniência que estavam cadastradas no serviço de junho de 2019 a fevereiro de 2020. O poder do estudo foi estimado com base na taxa de detecção de sífilis adquirida em mulheres na Bahia (29,0 casos/100.000 habitantes). Adotou-se nível de significância de 5%, encontrando-se poder de teste de 95,0%.

O processo de aproximação com as participantes do estudo foi longo e contou com conversas individuais e coletivas na sala de espera da UBS, atividades educativas com foco na temática de câncer do colo de útero e das mamas, em comemoração ao outubro rosa, no ano de 2019. Ademais, foi ofertado e realizado para as mulheres que aceitaram: auriculoterapia, exames citopatológico e testagem rápida para sífilis, HIV, hepatite B e C. Essas ações favoreceram o contato e a formação de vínculo com a comunidade, possibilitando a participação das mulheres na pesquisa.

As características físicas da comunidade restringiu o acesso às participantes por parte das pesquisadoras devido a dificuldade de trajeto à comunidade até a unidade de saúde, por conta de chuvas e pela deflagração do distanciamento social diante da pandemia do COVID-19 que impôs a interrupção da coleta de dados e decisão da UFBA de interromper as atividades presenciais. Apesar dessas dificuldades, antes da pandemia, utilizamos algumas

estratégias, tais como, a utilização de caronas com profissionais que trabalham na unidade para alcançar a amostra, visto que tínhamos o número limitado de idas a campo. Outras dificuldades como a indisponibilidade dos ACS para acompanhar os pesquisadores na ida ao campo e a escassez de transporte, também limitaram a viabilidade da coleta de dados.

A inclusão e exclusão das participantes na pesquisa atendeu aos seguintes critérios:

- a) Critérios de inclusão – ser mulher, estar cadastrada na USF, com idade mínima de 18 anos.
- b) Critérios de exclusão – mulheres que não apresentarem condições psicológicas e/ou emocionais de interagir com a pesquisadora no momento da coleta.

3.4 COLETA DE DADOS

Para obtenção dos dados da pesquisa, utilizou-se todo o rigor metodológico na aplicação do instrumento e operacionalização da coleta descrita a seguir:

3.4.1 Instrumento

Para realizar a coleta de dados foi utilizado um questionário de investigação com base em instrumento adaptado e validado no Brasil, o CUSES (CONDOM SELF-EFFICACY SCALE) (SOUSA *et al.*, 2017) e adaptações das questões dos marcadores de vulnerabilidade de mulheres brasileiras às IST desenvolvidos em pesquisa nacional em 2011 (GUANILO; TAKAHASHI; BEERTOLOZZI, 2014).

O referido instrumento é dividido em blocos de informações: características sociodemográficas, condições de saúde geral, caracterização familiar, comportamento sexual e reprodutiva relacionados ao planejamento reprodutivo e comportamentos afetivos sexuais que ampliam a vulnerabilidade das mulheres no campo da saúde reprodutiva. Descritas a seguir:

1. Características sociodemográficas: inclui questões fechadas e semiestruturadas sobre idade em anos, orientação sexual, raça/cor autodeclarada, religião, grau de escolaridade, situação conjugal, ocupação, tipo de moradia, condições de moradia, quantidade de cômodos da casa, número de pessoas que moram na residência e com quem mora, infraestrutura domiciliar. No que tange a condição socioeconômica, grau de dependência financeira, renda

familiar (em salário mínimo), número de dependentes da renda, se recebe algum auxílio do governo e qual tipo de auxílio.

2. Características de saúde: inclui questões fechadas e semiestruturadas relacionadas ao acesso dos serviços de saúde que já fez atendimento, se recebe visita da agente comunitária de saúde e tem alguma doença crônica.

3. Caracterização familiar: inclui questões fechadas e semiestruturadas sobre frequência dos conflitos familiares, violência vivenciadas pela família e pela participante.

4. Comportamento sexual e reprodutivo: práticas sexuais (idade da coitarca, número de parceiros sexuais), número de gestações (se realizou pré-natal), uso de preservativos, uso de contraceptivo, negociação do uso de preservativo, se o parceiro tem múltiplas parceiras, se possui múltiplos parceiros, histórico de IST e diagnóstico de IST.

3.4.2 Teste do instrumento de coleta de dados

Foi realizado no período de abril e junho 2019 o teste do instrumento com 20 participantes que estavam cadastradas na USF, a fim de avaliar a adequação do tempo de aplicação, a linguagem empregada e as instruções para o preenchimento. Este teste foi aplicado pelas mestrandas da pesquisa. A aplicação aconteceu nos turnos da manhã e tarde na sala de espera, enquanto as mulheres aguardavam por atendimentos.

Foram encontradas inúmeras dificuldades para a sua realização, tais como: pouco interesse das mulheres a participarem desse processo, desmarcação de consultas do médico, pouca salas disponíveis para aplicação do instrumento, pouco tempo disponibilizado pelas mestrandas para não comprometer o conteúdo das aulas, o número limitado de pesquisadoras na aplicação, falta de energia no serviço, chuvas fortes comprometendo o percurso das participantes até o serviço, por conta da insegurança o funcionamento da instituição é reduzido e as suas atividades encerram mais cedo. Essas intercorrências contribuíram para um número reduzido de mulheres durante o pré-teste. O tempo médio para o preenchimento do formulário foi de 10 minutos para cada participante. Após a aplicação do teste, percebeu-se que seria preciso realizar alguns ajustes na aplicação dos formulários e na organização das outras etapas da coleta de dados, como a necessidade de aplicação dos instrumentos no território de abrangência com o acompanhamento das agentes comunitárias de saúde. Esse piloto permitiu ainda, uma avaliação das pesquisadoras acerca de aspectos que deveriam ser melhorados.

3.5 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Variáveis dos Determinantes Individuais - 1ª Camada

- Faixa etária: computada em anos completos e posteriormente categorizada em faixa etária utilizando por meio da mediana a divisão em duas categorias.
- Cor: considerou-se a cor da pele autodeclarada em preta, parda (morena), branca, amarela, indígena e outra.
- Antecedentes pessoais: Presença de doenças crônicas: levou-se em consideração a presença das seguintes doenças: cardiopatias, diabetes, hipertensão arterial, tuberculose pulmonar, câncer, HIV/AIDS, IST, hepatites, distúrbios psiquiátricos.

Variáveis dos Determinantes Proximais - 2ª Camada

- Idade da 1ª relação sexual: computada em anos completos e vida e em seguida foi realizado categorização.
- Número de parceiros sexuais: considerou-se o número de parceiros sexuais na vida e em seguida foi realizado categorização.
- Usa algum método contraceptivo: sim ou não.
- Usa preservativo em todas as relações sexuais: sim ou não.
- Conhecimento sobre a transmissão e prevenção das IST: sim ou não.
- Gestação - considerou-se se já ela gestou.
- Aborto - considerou-se se ela já abortou.

Variáveis da Influência das Redes Sociais - 3ª Camada

- Religião: foram levados em consideração se possui alguma religião.
- Coabitação com o parceiro: sim ou não.
- Número de filhos: considerou-se o número de filhos vivos.
- Grupos de apoios ou redes sociais: foram levadas em conta as seguintes opções: alcoólicos anônimos, narcóticos anônimos, amigos, igreja/centro, internet, outros - sim ou não.

Variáveis dos Determinantes Intermediários - 4ª Camada

- Grau de escolaridade: até fundamental, médio incompleto e completo.
- Atividade Remunerada: levou-se em consideração se possuía alguma atividade ou não: formal, informal ou desempregada.
- Situação de moradia: própria, alugada, cedida, outros.
- Renda familiar mensal: considerou-se o somatório do valor bruto dos vencimentos mensais de cada integrante da família em salário mínimo.
- Grau de dependência financeira: levou-se em consideração a dependência financeira que a participante tem de terceiros, tais como: independente, totalmente independente e parcialmente dependente. Para a análise bivariada foi feito a dicotomização de cada variável.
- Número de dependentes da renda: considerou-se o número de pessoas que dependem financeiramente da renda familiar da participante.
- Recebe algum benefício do governo: sim ou não.
- Acesso dos serviços de saúde: considerou-se como é obtido o acesso aos serviços: exclusivamente público, plano de saúde, público e privado.

3. 6 ANÁLISE DOS RESULTADOS E ESTATÍSTICA

Para atingir os objetivos do presente estudo, inicialmente foi realizada análise descritiva exploratória das variáveis selecionadas de acordo com o Modelo de DSS (MDSS) de Dahlgren e Whitehead (2007), sendo disposto em quatro camadas descritas no 3.5. Vale ressaltar que foram pensados três desfechos para o estudo, entretanto, após fazer vários testes de modelos estatísticos e pela questão da baixa frequência de mulheres com histórico de IST, optou-se por excluir a variável dependente: possui histórico de IST, por não apresentar um modelo de estudo adequado para o tipo de método escolhido.

As variáveis foram consideradas a partir das Camadas 1, 2, 3, e 4 do MDSS, enquanto a Camada 5 foi utilizada na discussão dos achados, pois faz referência aos determinantes distais ou macrodeterminantes, que envolve as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e as políticas existentes.

Os dados foram analisados por meio do software estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0. Foram calculadas frequências absoluta e relativa para

variáveis do estudo. Verificaram-se associações por meio do teste Qui-quadrado de Pearson, considerando uma significância estatística quando $p < 0,05$.

A análise de regressão logística múltipla foi utilizada para determinar quais variáveis puderam ser consideradas preditoras para a sífilis, ou seja, para avaliar o impacto da variável. Para a regressão logística múltipla, em um primeiro momento visando identificar as variáveis potencialmente preditivas foi realizado teste bivariado por meio do Teste Qui-Quadrado de Pearson, sendo então incluídas no modelo multivariado as variáveis que apresentaram p-valor $< 0,20$. As variáveis potencialmente preditivas para o modelo de desfecho “uso do preservativo em todas as relações sexuais” foram: cor, método contraceptivo, atividade remunerada – desempregada, grau de dependência financeira – independente e número de dependentes da renda; e para o desfecho “conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST” foram: antecedentes de doenças crônicas não transmissíveis, método contraceptivo, religião, escolaridade – até fundamental e médio completo, atividade remunerada – informal, renda < 1 salário e > 1 salário.

No modelo final foram consideradas as variáveis com $p < 0,05$ e ajustadas pelo método *stepwise* e a seleção foi realizada considerando o critério de informação de Akaike (AIC), bem como pelo acerto preditivo apresentado pelos modelos relacionados.

O AIC estima a quantidade relativa de informações perdidas por um determinado modelo: quanto menos informações um modelo perde, maior a qualidade desse modelo e menor a pontuação AIC. Dadas duas hipóteses (modelos estatísticos) de mesmo poder explicativo para determinado fenômeno, a hipótese mais simples tem maior chance de estar correta. O AIC leva em conta e penaliza a complexidade dos modelos e tende a favorecer a escolha de modelos mais simples (RICHARD, 2016).

De acordo com Abbad e Torres (2002), a regressão *stepwise* geralmente é a estratégia escolhida para estudos exploratórios, a seleção da sequência de entrada das preditoras na equação é feita estatisticamente, sem um modelo teórico consistente a ser seguido. Utilizada para modelar a probabilidade de um evento em função de um conjunto de variáveis explicativas qualitativas ou quantitativas, sendo a variável dependente (resposta) uma variável aleatória dicotômica que assume um valor 1 se o evento de interesse ocorre ou o 0 em caso contrário (FRANCISCO *et al.*, 2008).

3.7 PRECEITOS ÉTICOS DA PESQUISA

Foram respeitados os princípios éticos de acordo com as Resoluções nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, nº 510/16, de 07 de abril de 2016 e nº 580/18, de 22 de março de 2018 (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2016b; BRASIL 2018), do Conselho Nacional de Saúde, que determina sobre a pesquisa com seres humanos. A coleta de dados ocorreu mediante explicação dos objetivos da pesquisa para as mulheres, todas foram informadas sobre a natureza voluntária e confidencial da participação na pesquisa.

Foi esclarecido previamente o risco oferecido pelo estudo, considerando o desconforto que a entrevistada poderia sentir ao compartilhar elementos de sua vivência/experiência e podendo livremente se recusar a continuar na pesquisa. Também foram apontados os benefícios da sua participação.

Para esta pesquisa, inicialmente, foi solicitada autorização da unidade da Secretaria Municipal de Saúde, mediante encaminhamento prévio do anteprojeto para apreciação da responsável legal. Após aquiescência para sua realização, o estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA e obteve parecer favorável nº 3.268.895 (Anexo A).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) foi assinado por todas as participantes, em duas vias (uma via ficou com a pesquisadora, outra com as participantes do estudo). Como forma de manter o sigilo, cada entrevistada foi identificada por um número.

Os dados coletados serão utilizados apenas para objetivos acadêmicos e científicos com divulgação em congressos, seminários e atividades afins e publicação em periódicos da área. Após a realização da pesquisa, os dados ficarão de posse das pesquisadoras por um período de cinco anos, podendo ser utilizado em outros estudos. Após esse período, o banco de dados será arquivado na sede do Grupo de Sexualidade, Vulnerabilidade, Drogas e Gênero - SVDG da Escola de Enfermagem da UFBA.

4 RESULTADOS

Os dados relacionados à camada um e a camada dois do modelo de determinantes sociais da saúde, representadas pelos determinantes individuais e proximais respectivamente estão apresentados da Tabela 1.

Entre as 259 participantes do estudo houve predominância de mulheres na faixa etária acima de 30 anos (61,4%) e cor preta/parda (89,2%). Ainda com relação aos determinais individuais considerados neste estudo, observa-se que 39,8% tinham antecedentes pessoais de doenças crônicas, sendo as mais frequentes diabetes *mellitus* e/ou hipertensão arterial que representam (51,5%) e, Infecções Sexualmente Transmissíveis (18,4%). Somente (9,7%) relataram transtornos mentais, principalmente a depressão.

No que concerne aos dados da vida sexual disposto na camada 2, a maioria das entrevistadas iniciou a vida sexual com idade maior ou igual a 16 anos (57,7%), teve de 1 a 3 parceiros sexuais na vida (72,9%), usa algum método contraceptivo (67,6%), não usam preservativo em todas as relações sexuais (62,2%) e possuem conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST (89,8). Quanto à história obstétrica 91,5% relataram terem gestado e 74,1% já terem sofrido um aborto.

Tabela 1 - Caracterização das mulheres que vivem em comunidade rural de acordo com as camadas 1 e 2 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021

Variáveis	n (%)
Camada 1 – Determinantes Individuais	
Faixa etária (n=259)	
18 a 30	100 (38,6)
>30	159 (61,4)
Cor (n=259)	
Preta/Parda	231 (89,2)
Branca/outras	28 (10,8)
Antecedentes pessoais de doenças crônicas (n=259)	
Sim	103 (39,8)
Não	156 (60,2)
Camada 2 – Determinantes Proximais	
Início da vida sexual (em anos) (n=253)	
< 16	107 (42,3)
≥ 16	146 (57,7)
Número de parceiros sexuais na vida (n=240)	
1 a 3	175 (72,9)
Acima de 3	65 (27,1)

Usa algum método contraceptivo (n=259)	
Sim	175 (67,6)
Não	84 (32,4)
Uso preservativo em todas as relações sexuais (n= 259)	
Sim	96 (37,8)
Não	163 (62,2)
Conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST (n=259)	
Sim	170 (89,8)
Não	89 (10,2)
Gestação (n=259)	
Sim	237 (91,5)
Não	22 (8,5)
Abortos (n=259)	
Sim	67 (25,9)
Não	192 (74,1)

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 2 descreve as características das mulheres de acordo com a camada três, representada pela influência das redes sociais e a camada quatro composta pelos determinantes intermediários do modelo de determinantes sociais da saúde.

No que se refere à influência das redes sociais, observa-se que (75,7%) possuíam algum tipo de crença religiosa e (71,4%) coabitavam com o companheiro. A maioria possuía filhos (89,6%) e não possuía grupo de apoio ou redes sociais a qual pudessem contar (57,1%).

Quanto aos determinantes intermediários, houve predomínio das mulheres que possuíam nove ou menos anos de estudo (47,1%), exerciam algum tipo de atividade remunerada (65,6%), com renda mensal menor que um salário mínimo (33,7%), com dependência parcial (39,4%) e que residem em casa própria e/ou cedida (86,1%). Referiram ter até 4 pessoas dependentes da sua renda familiar (76,3%), não receber benefício do governo (51,4%) e ter acesso aos serviços de saúde exclusivamente público (53,3%).

Tabela 2 - Caracterização das mulheres que vivem em comunidade rural de acordo com as camadas 3 e 4 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021

Vaiáveis	n (%)
Camada 3 – Influência das Redes Sociais	
Religião (n=259)	
Com religião	196 (75,7)
Sem religião	63 (24,3)
Coabitação com o parceiro (n=259)	
Sim	185 (71,4)
Não	74 (28,6)

Filho (n=258)	
Sim	231 (89,6)
Não	27 (10,4)
Grupos de apoios ou redes sociais (n=259)	
Sim	111 (42,9)
Não	148 (57,1)
Camada 4 – Determinantes Intermediários	
Grau de escolaridade (n=259)	
Até fundamental	122 (47,1)
Médio incompleto	51 (19,7)
Médio completo	86 (33,2)
Atividade Remunerada (n=259)	
Atividade formal	89 (34,3)
Atividade informal	81 (31,3)
Desempregada	89 (34,3)
Situação da moradia (n=259)	
Casa própria e/ou cedida	223 (86,1)
Casa alugada	36 (13,9)
Renda familiar mensal (salário) (n=258)	
<1	87 (33,7)
1	85 (32,9)
> 1	86 (33,3)
Grau de dependência financeira (n=259)	
Independente	91 (35,1)
Parcialmente dependente	102 (39,4)
Totalmente dependente	66 (25,5)
Número de dependentes da renda (n=232)	
1– 4	177 (76,3)
>4	55 (23,7)
Benefício governamental (n=259)	
Sim	126 (48,6)
Não	133 (51,4)
Acesso aos serviços de saúde (n=259)	
Exclusivamente público	138 (53,3)
Público e privado	121 (46,7)

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 3 traz a associação entre uso do preservativo nas relações sexuais e variáveis das Camadas 1, 2, 3 e 4 do MDSS, em relação aos fatores de risco para a sífilis.

Não houve associação entre uso do preservativo nas relações sexuais com as variáveis da camada 1. No que se refere a camada 2 pode-se observar uma associação com o uso de métodos contraceptivos ($p < 0,01$). Referente à camada 4, uso do preservativo nas relações sexuais esteve associado significativamente a situação de moradia ($p = 0,03$), número de dependentes da renda ($p < 0,01$) e acesso aos serviços de saúde ($p = 0,03$).

Tabela 3 - Associação entre uso do preservativo nas relações sexuais por mulheres que vivem em comunidade rural e variáveis das Camadas do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS), Camaçari, BA, Brasil, 2021

Camadas do MSDSS	Usa preservativo em todas as relações sexuais n (%)		p-valor
	Sim	Não	
1 – Determinantes Individuais			
Faixa etária (n=254)			
18 a 29	40 (15,7)	56 (22,0)	0,32
>30	56 (22,0)	102 (40,2)	
Cor (n=254)			
Preta/Parda	82 (32,3)	144 (56,7)	0,15
Branca/outras	14 (5,5)	14 (5,5)	
Antecedentes pessoais de doenças crônicas (n=254)			
Sim	36 (14,2)	45 (17,7)	0,13
Não	60(23,6)	113 (44,5)	
2 -Determinantes Proximais			
Início da vida sexual (em anos) (n=252)			
< 16	40 (15,9)	66 (26,2)	0,99
≥ 16	55 (21,8)	91 (36,1)	
Número de parceiros sexuais na vida (n=239)			
1 a 3	64 (26,8)	110 (46,0)	0,18
Acima de 3	30 (12,6)	35 (14,6)	
Usa algum método contraceptivo (n=254)			
Sim	93 (36,6)	82 (32,3)	<0,01*
Não	3 (1,2)	76 (29,9)	
Gestação (n=254)			
Sim	91 (35,8)	145 (57,1)	0,36
Não	5 (2,0)	13 (5,1)	
Aborto (n=254)			
Sim	29 (11,4)	38 (15,0)	0,28
Não	67 (26,4)	120 (47,2)	
3 - Influência das Redes Sociais			
Religião (n=254)			
Com religião	71 (28,0)	121 (47,6)	0,63
Sem religião	25 (9,8)	37 (14,6)	
Coabitação com o parceiro (n=254)			
Sim	63 (24,8)	121 (47,6)	0,06
Não	33 (13,0)	37 (14,6)	
Filho (n=253)			
Sim	87 (34,3)	143 (56,5)	0,90
Não	9 (3,6)	14 (5,5)	
Grupos de apoios ou redes sociais (n=254)			
Sim	43 (16,9)	64 (25,2)	0,50
Não	53 (20,9)	94 (37,0)	
4 - Determinantes Intermediários			
Grau de escolaridade (n=254)			
Até fundamental	41 (16,1)	80 (31,5)	0,41

Médio incompleto	22 (8,7)	28 (11,0)	
Médio completo	33 (13,0)	50 (19,7)	
Atividade Remunerada (n=254)			
Atividade formal	39 (15,4)	49 (12,3)	0,17
Atividade informal	31 (12,2)	50 (19,7)	
Desempregada	26 (10,2)	59 (23,2)	
Situação da moradia (n=254)			
Casa própria e/ou cedida	88 (34,6)	130 (51,2)	0,03*
Casa alugada	8 (3,1)	28 (11,0)	
Renda familiar mensal (n=253)(salário)			
<1	29 (11,5)	58 (22,9)	0,57
1	34 (13,4)	49 (19,4)	
> 1	32 (12,6)	51 (20,2)	
Grau de dependência financeira (n=254)			
Independente	36 (14,2)	55 (21,7)	0,90
Parcialmente dependente	37 (14,6)	64 (25,2)	
Totalmente dependente	23 (9,1)	39 (15,4)	
Número de dependentes da renda (n=228)			
1- 4	78 (34,2)	96 (42,1)	<0,01*
>4	9 (3,9)	45 (19,7)	
Benefício governamental (n=254)			
Sim	44 (47,3)	79 (31,1)	0,51
Não	52 (20,5)	79 (31,1)	
Acesso aos serviços de saúde (n=259)			
Exclusivamente público	60 (23,6)	77 (30,3)	0,03*
Público e privado	36 (14,2)	81 (31,9)	

Fonte: Elaboração própria.

*Teste Qui-Quadrado de Pearson.

A Tabela 4 traz os resultados da análise bivariada da associação entre a variável “conhecimento sobre a transmissão e a prevenção de IST” e as variáveis das Camadas 1, 2, 3 e 4 do MDSS, em relação aos fatores de risco para a sífilis. Nas camadas 1 e 2 não foi observado associação significativa. Encontrado significância estatística na camada 3, que integra a influência das redes sociais, no que diz respeito a crença religiosa ($p=0,02$), e em relação a ter filhos ($p=0,02$). Na Camada 4, ou determinantes intermediários, observou-se significância em relação à escolaridade ($p<0,01$) e renda mensal ($p=0,02$).

Tabela 4 - Associação entre conhecimento sobre a transmissão e a prevenção de IST e variáveis das camadas do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021

Camadas do MSDSS	Conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST		p-valor
	n (%)		
	Sim	Não	
1 - Determinantes Individuais			
Faixa etária (n=258)			
18 a 29	65 (25,2)	35 (13,6)	0,81

>30	105 (40,7)	53 (20,5)	
Cor (n=258)			
Preta/Parda	154 (59,7)	77 (29,8)	0,44
Branca/outras	16 (6,2)	11 (4,3)	
Antecedentes pessoais de doenças crônicas (n=258)			
Sim	60 (58,8)	42 (41,2)	0,06
Não	110(70,5)	46 (29,5)	
2 - Determinantes Proximais			
Início da vida sexual (em anos) (n=252)			
< 16	69 (27,4)	38 (15,1)	0,69
≥ 16	97 (38,5)	48 (19,0)	
Número de parceiros sexuais na vida (n=239)			
1 a 3	117(49,0)	57 (23,8)	0,54
Acima de 3	41 (17,2)	24 (10,0)	
Usa algum método contraceptivo (n=258)			
Sim	120 (56,5)	54 (20,9)	0,13
Não	50 (19,4)	34 (12,3)	
Gestação (n=258)			
Sim	153 (59,3)	83 (32,2)	0,23
Não	17 (6,6)	5 (1,9)	
Aborto (n=258)			
Sim	45 (17,4)	22 (8,5)	0,79
Não	125 (48,4)	66 (25,6)	
3 - Influência das Redes Sociais			
Religião (n=258)			
Com religião	136 (52,7)	59 (22,9)	0,02*
Sem religião	34 (13,2)	29 (11,2)	
Coabitação com o parceiro (n=258)			
Sim	119 (46,1)	51 (19,8)	0,51
Não	65 (25,2)	23 (8,9)	
Filho (n=257)			
Sim	147 (57,2)	83 (32,3)	0,02*
Não	23 (8,9)	4 (1,6)	
4 - Determinantes Intermediários			
Grau de escolaridade (n=258)			
Até fundamental	66 (25,6)	55 (21,3)	<0,01*
Médio incompleto	33 (12,8)	18 (7,0)	
Médio completo	71 (27,5)	15 (5,8)	
Atividade Remunerada (n=258)			
Atividade formal	64 (24,8)	25 (9,7)	0,09
Atividade informal	46 (17,8)	35 (13,6)	
Desempregada	60 (23,3)	28 (10,9)	
Situação da moradia (n=258)			
Casa própria e/ou cedida	147 (57,0)	75 (29,1)	0,78
Casa alugada	23 (8,9)	13 (5,0)	
Renda familiar mensal			

(n=257)(salário mínimo)			
<1	47 (18,3)	40 (15,6)	0,02*
1	54 (21,0)	30 (11,7)	
> 1	68 (26,5)	18 (7,0)	
Grau de dependência financeira (n=258)			
Independente	59 (22,9)	31 (12,0)	0,98
Parcialmente dependente	67 (26,0)	35 (13,6)	
Totalmente dependente	44 (17,1)	22 (8,5)	
Número de dependentes da renda (n=230)			
1– 4	116 (50,4)	59 (25,7)	0,89
>4	37 (16,1)	18 (7,8)	
Benefício governamental (n=258)			
Sim	76 (29,5)	50 (19,4)	0,06
Não	94 (36,4)	38 (14,7)	
Acesso aos serviços de saúde (n=258)			
Exclusivamente público	87 (33,7)	83 (19,4)	0,38
Público e privado	50 (32,2)	38 (14,7)	

Fonte: Elaboração própria.

*Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Na tabela 5 estão apresentados os resultados das análises para as possíveis preditoras, em relação ao uso do preservativo em todas as relações sexuais. Foi encontrada associação significativa com o uso de método contraceptivo pertencentes a camada 2, a dos determinantes proximais ($p < 0,01$; OR= 28,43; IC: 8,83 - 146,33) e com o grau de dependência financeira – independente ($p < 0,01$; OR 4,35; IC: 1,88 - 11,34) e número de dependentes da renda ($p < 0,01$; OR = 4,35; IC: 1,88 - 11,34) pertencentes a camada 4, a dos determinantes intermediários. Um ponto que cabe a ser destacado é que os determinantes da camada 3 não foram incluídos nas potenciais preditoras porque não apresentaram p-valor $< 0,20$.

Tabela 5 – Distribuição das análises as variáveis preditoras para uso do preservativo em todas as relações sexuais de acordo com as camadas 1, 2 e 4 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021

Variáveis preditoras	Uso de preservativo em todas as relações sexuais		
	n (%)	p-valor	OR (IC 95%)
1 - Determinantes Individuais			
Cor			
Preta/parda	82 (36,3)	0,15	0,57 (0,24 - 1,36)
Branca/outras	14 (50,0)		

2 - Determinantes Proximais			
Método Contraceptivo			
Sim	93 (53,1)	<0,01	28,43(8,83;146,33)
Não	3 (3,8)		
4 - Determinantes Intermediários			
Atividade Remunerada - desempregada			
Sim	26 (31,3)	0,13	0,66 (0,36; 1,18)
Não	70 (40,9)		
Grau de dependência financeira– Independente			
Sim	78 (44,3)	<0,01	4,35 (1,88; 11,34)
Não	8 (15,4)		
Número de dependentes da renda			
1-4	78 (44,8)	<0,01	4,04 (1,81; 9,99)
>4	9 (16,7)		

Fonte: Elaboração própria.

*Teste Qui-Quadrado de Pearson; OR (IC 95%) = Odds Ratio (Intervalo de confiança em nível de 95% não ajustados).

Na tabela 6 estão dispostos os resultados das análises para as possíveis preditoras em relação com o desfecho “conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST”, observa-se associação com antecedentes de doenças crônicas não transmissíveis presentes na camada 1 – determinantes individuais ($p < 0,01$; $OR = 0,46$; $IC: 0,26 - 0,82$). Na camada 4, dos determinantes intermediários, permaneceu a associação estatísticas com escolaridade - ensino fundamental ($p < 0,01$; $OR = 0,38$; $IC: (0,21 - 0,67)$), escolaridade – ensino médio completo ($p < 0,01$; $OR = 2,99$; $IC: 1,56 - 5,98$), atividade remunerada – informal ($p < 0,01$; $OR = 0,18$; $IC: 0,38 - 1,24$), renda < 1 salário ($p < 0,01$; $OR = 0,48$; $IC: 0,27 - 0,84$) e renda > 1 salário ($p < 0,01$; $OR = 2,61$; $IC: 1,39 - 5,08$).

Tabela 6 – Distribuição das análises das variáveis preditoras para conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST de acordo com as camadas do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021

Variáveis preditoras	Conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST		
	n (%)	p-valor	OR (IC 95%)
1 - Determinantes Individuais			
Doenças crônicas não transmissíveis			
Sim	44 (53,7)	<0,01	0,46 (0,26 - 0,82)
Não	126 (71,6)		

2 - Determinantes Proximais			
Método contraceptivo			
Sim	120 (69,0)	0,13	1,51 (0,84 - 2,68)
Não	50 (59,5)		
3 - Influência das Redes Sociais			
Religião			
Com religião	136 (69,7)	0,02	1,96 (1,05 - 3,66)
Sem religião	34 (54,0)		
4 – Determinantes Intermediários			
Escolaridade até fundamental			
Sim	66 (54,5)	<0,01	0,38 (0,21 - 0,67)
Não	104 (75,9)		
Escolaridade - médio completo			
Sim	68 (81,0)	<0,01	2,99 (1,56 - 5,98)
Não	102 (58,6)		
Atividade Remunerada - informal			
Sim	48 (60,0)	0,18	0,69 (0,38 - 1,24)
Não	122 (68,5)		
Renda < 1 salário			
Sim	48 (54,5)	<0,01	0,48 (0,27 - 0,84)
Não	122 (71,6)		
Renda > 1 salário			
Sim	68 (79,1)	<0,01	2,61 (1,39 - 5,08)
Não	101 (59,1)		

Fonte: Elaboração própria.

*Teste Qui-Quadrado de Pearson; OR (IC 95%) = Odds Ratio (Intervalo de confiança em nível de 95% não ajustados).

De acordo com os dados apresentados na tabela 7 que descreve a regressão logística múltipla entre os DSS e uso de preservativo em toda relação sexual, o que se refere à camada dos determinantes proximais, quem usa algum tipo de método contraceptivo, tem 24,5 mais chances de usar preservativo em todas as relações sexuais do que quem não usa nenhum método. Com relação à camada dos determinantes intermediários, não estar desempregada é fator de proteção para o uso de preservativo em todas as relações sexuais e quem tem até quatro dependentes da renda, têm três vezes mais chances de usar preservativo em todas as relações sexuais do que quem tem mais de quatro dependentes.

Tabela 7 - Regressão logística múltipla entre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e uso de preservativo em toda relação sexual de acordo com as camadas 2 e 4 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021

Variáveis	β	SE	p-valor	OR (IC 95%)
-----------	---------	----	---------	-------------

2 - Determinantes Proximais				
Método Contraceptivo	3,20	0,62	<0,01	24,55 (7,31- 82,39)
4 - Determinantes Intermediários				
Desempregada	-0,78	0,36	0,03	0,46 (0,22 - 0,94)
Número de dependentes da renda	1,18	0,43	<0,01	3,26 (1,39 - 7,63)

Fonte: Elaboração própria.

β - Coeficiente de Regressão; SE - Erro padrão; p-valor < 0.05; OR (IC 95%) = Odds Ratio (Intervalo de confiança em nível de 95% ajustados).

De acordo com os dados apresentados na tabela 8 que descreve a regressão múltipla entre os DSS e conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST, com relação a camada dos determinantes individuais, quem não possui doença crônica não transmissível tem mais chance de conhecer sobre a transmissão e a prevenção de IST.

Na camada relacionada à influência das redes sociais, quem pertence a alguma religião, tem duas vezes mais chances de conhecer a transmissão e prevenção de IST do que quem não possui nenhuma crença religiosa.

Com relação à camada dos determinantes intermediários, quem tem uma maior escolaridade, tem 58% mais chance de conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST do que quem tem até o ensino fundamental e quem tem renda maior que um salário mínimo, tem duas vezes mais chances de conhecer sobre a transmissão e prevenção de IST do que as pessoas que recebem menos que um salário mínimo mensalmente.

Tabela 8 - Regressão logística múltipla entre Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST de acordo com as camadas 1, 3 e 4 do Modelo de Determinantes Sociais da Saúde (MDSS). Camaçari, BA, Brasil, 2021

Variáveis	B	SE	p-valor	OR (IC 95%)
1 - Determinantes Individuais				
Doenças crônicas	-0,76	0,30	0,01	0,47 (0,26 - 0,84)
3 - Influência das Redes Sociais				
Religião	0,91	0,32	<0,01	2,50 (1,32 - 4,71)
4 - Determinantes Intermediários				
Escolaridade Até fundamental	-0,85	0,29	<0,01	0,42 (0,24 - 0,75)
Renda > 1 salário mínimo	0,83	0,32	0,01	2,30 (1,22 - 4,33)

Fonte: Elaboração própria.

β - Coeficiente de Regressão; SE - Erro padrão; p-valor < 0.05; OR (IC 95%) = Odds Ratio (Intervalo de confiança em nível de 95% ajustados).

5 DISCUSSÃO

A análise sobre o perfil de mulheres de uma comunidade rural na perspectiva do modelo dos DSS, referente à primeira camada, onde se situam os determinantes individuais, aponta predominância de uma população com mais de 30 anos de idade. Este achado pode refletir uma consequência direta do êxodo de pessoas mais jovens para os centros urbanos, entre os quais as mulheres representam o grupo mais significativo, ocasionando uma redução da presença feminina jovem no campo (SCOTT *et al.*, 2010).

É preciso considerar, que mesmo sendo a maioria das participantes maior de 30 anos, esta é uma faixa etária na qual o número de notificações de sífilis adquirida é muito alto. Em 2018, o percentual de pessoas com sífilis incluindo homens e mulheres nesta faixa etária, foi de 51,9% (BOLETIM, 2019). Outro ponto a evidenciar é que muitas mulheres dessa faixa etária, assim como de 20 a 29 anos estão em idade reprodutiva e se houver uma contaminação por sífilis é particularmente preocupante devido ao seu potencial de transmissão de mãe para filho durante a gravidez, com resultados adversos dramáticos na gestação.

Estudo realizado em comunidades rurais de Ouro Preto apontou uma maior prevalência de IST em mulheres com idade ≥ 40 anos (BARBOSA *et al.*, 2019). Analisando as taxas de detecção de sífilis adquirida com relação a faixa etária no Brasil, observou-se predominância de idade entre 20 a 29 anos, em 2018, alcançando 165,4 casos por 100.000 habitantes e em 2019, 163 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2020).

Nessa perspectiva, é necessário implementar ações de educação em saúde em todas as faixas etárias, para que se tenha garantia das informações acerca da sexualidade, seja ela saudável e responsável influenciando o autocuidado e nas escolhas dos métodos contraceptivos.

No tocante a variável cor, ainda referente à primeira camada da DSS, constatou-se predominância de mulheres de cor autodeclarada preta e/ou parda o que coaduna com o perfil da população baiana, que tem na sua composição uma maior proporção de pessoas negras (81,1%) (IBGE, 2018). Os indivíduos pretos no Brasil ainda são representados por menores condições de vida, de acesso à saúde, recursos ligados a informações, tendo suas maiores taxas de mortalidade, morbidade e menor expectativa de vida retratando e fortalecendo as vulnerabilidades existentes com relação às desigualdades sociais tanto na zona rural quanto urbana (BORTOLOTTO *et al.*, 2018).

Ainda referindo à primeira camada, com relação aos antecedentes pessoais, o presente estudo mostra que menos da metade das participantes relataram doenças crônicas, sendo as

mais frequentes diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. De acordo com a análise de regressão logística utilizada, quem não possui nenhuma doença crônica, tem mais chances de conhecer como ocorre a transmissão e a prevenção de IST. Pode-se inferir que a faixa etária pode ser um fator relacionado, visto que a mulher estando em período reprodutivo pode procurar mais informações acerca de prevenção e promoção da saúde. Outro aspecto para reflexão é que esse grupo de doenças e seus múltiplos e entrelaçados fatores no seu processo de determinação, principalmente as condições de vida e os processos sócio-demográficos, representam importantes determinantes para as IST, fazendo com que estas ocorram concomitantemente com as doenças crônicas não transmissíveis, aumentando ainda mais os danos à saúde da população.

Segundo estudos desenvolvidos com comunidade rural para avaliação de fatores de risco cardiovasculares, esta população também apresenta altas prevalências de susceptibilidades cardiovasculares (GEA-HORTA *et al.*, 2018; LUZ *et al.*, 2020). De acordo com estes estudos, a modernização da sociedade e as consequentes mudanças no estilo de vida, incluindo a alimentação, também têm alcançado a população rural, que fica mais exposta às doenças crônicas, quando estas condições se associam com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a reduzida escolaridade e o baixo nível socioeconômico.

Estudo epidemiológico realizado em uma comunidade rural de um município de Minas Gerais, com uma população de 287 adultos, observou alta frequência de hipertensão arterial e de níveis de dislipidemias tanto em homens quanto em mulheres, entretanto obesidade global, adiposidade central e hipertrigliceridemia foram mais prevalentes nas mulheres do que nos homens (SILVA *et al.*, 2008). Dados de pesquisa desenvolvida em uma comunidade rural de um município do Espírito Santo com agricultores mostram que somente 43,2% das mulheres tinham pressão arterial normal, as demais tinham pressão arterial dentro do estágio de pré-hipertensas (21,8%) ou de hipertensão (35,0%) e 14,0% estavam com hiperglicemia (LUZ *et al.*, 2020).

Em relação à hipertensão arterial existem evidências de que este é um problema de saúde pública tanto nas populações urbanas quanto nas rurais, embora os índices de controle da doença estejam melhores em função das intervenções do Programa Saúde da Família (PSF) nessas comunidades, com realização de diagnóstico, fornecimento de medicação e acompanhamento (GEA-HORTA *et al.*, 2018).

No presente estudo, somente um pequeno percentual de mulheres tenha relatado antecedentes de transtornos mentais, principalmente a depressão. Pesquisa realizada na zona rural de um município de Rio Grande-RS, observou que uma em cada três mulheres

apresentavam transtornos mentais comuns, os quais estavam associados com menor escolaridade e já ter sofrido algum aborto durante a vida (SOARES; MEUCCI, 2020). De acordo com Dimenstein *et al.*, (2017) existe uma inter-relação entre condições precarizadas de vida e saúde mental, tendo em vista que situações de violência, questões de gênero e as modalidades de apoio social estão mais presentes e desiguais do cotidiano dos moradores da área rurais.

Ainda sobre a saúde mental nos meios rurais, condições de desvantagem social, como o isolamento, a dificuldade no acesso à educação, à formação profissional, aos meios de transportes e de comunicações, e a ausência de oportunidades econômicas podem ocasionar mais problemas que contribuem para o surgimento de transtornos mentais, especialmente a depressão, deixando esta população ainda com maior vulnerabilidade psicossocial (ALVES; RODRIGUES, 2010, DIMENSTEIN *et al.*, 2017). Para agravar a situação, a escassez e até mesmo a inexistência de serviços de atenção em saúde mental disponibilizados pela rede de atenção psicossocial em zonas rurais não beneficia a participação da população nos cuidados a estes agravos (SILVA; 22 DIMENSTEIN; LEITE, 2013).

Cabe salientar que o trabalho de equipes multiprofissionais das ESF tem como base um território adstrito que as ações a ser desenvolvidas devem ser a partir do conhecimento da realidade e das necessidades da população daquele território. Em virtude disso, o conhecimento dos determinantes sociais associados à saúde mental é importante para nortear o desenvolvimento de ações adequadas de prevenção e controle mais efetivas que estão diretamente relacionadas com as iniquidades sociais que afligem população e a vida em áreas rurais para reduzir a carga de problemas de saúde desse público.

Outro aspecto relacionado aos antecedentes de doenças crônicas refere-se ao relato de 18,4% das mulheres terem mencionado já ter sido acometida por alguma IST. Fatores como, períodos assintomáticos prolongados em várias mulheres infectadas, o fato de que no Brasil muitas das IST não serem de notificação compulsória e ainda a fragilidade e inadequação dos sistemas de vigilância, levam a um desconhecimento da verdadeira situação epidemiológica dessas doenças e de suas complicações, tornando a situação ainda mais complexa (PINTO *et al.*, 2018). Sabe-se que, quando vários agravos de saúde ocorrem concomitantemente, principalmente com uma doença estigmatizada e negligenciada como a sífilis, os impactos negativos a saúde e qualidade de vida da população pode ser maiores.

Analisando a segunda camada, os dos determinantes proximais, constituída pelos comportamentos e estilos de vida, no que se refere ao início da vida sexual, apesar do predomínio de participantes desse estudo terem iniciado a vida sexual com idade igual ou

maior de 16 anos, vale destacar que o percentual de 42,3% que relataram o seu início antes dos 16 anos é preocupante. O início precoce da vida sexual é algo frequente em adolescentes e vem acompanhado da necessidade de mostrar uma liberdade sexual, na curiosidade do novo, no processo de construção do convívio com amigos e a falta dessas informações na escola, porém, muito deles não tem o conhecimento de como esse começo precoce pode representar uma inserção às vulnerabilidades tornando-os susceptíveis a IST (LARA, ABDO, 2015).

Ainda no que concerne a vida sexual das entrevistadas, uma maior frequência de mulheres que não usam preservativo em todas as relações sexuais foi predominante no estudo, mesmo que a maioria tenha afirmado conhecer como ocorre a transmissão e prevenção de IST. Este achado vem ao encontro da literatura que ressalta que possuir o conhecimento não é suficiente para promover a adoção de comportamentos preventivos, sendo também necessário promover a reflexão e sensibilização sobre essas questões (ANDRADE *et al.*, 2015).

Várias circunstâncias podem dificultar o uso do preservativo, mesmo entre pessoas esclarecidas sobre sua capacidade de prevenir IST, entre estas são citadas, situação conjugal, ter parceiros fixo, escolaridade, condições socioeconômicas e ainda o fato de que a decisão pelo uso do preservativo, frequentemente, cabe ao homem em sociedades patriarcais (BARBOSA *et al.*, 2019). Segundo os autores a não compreensão da própria vulnerabilidade pode levar a considerar como um hábito natural a prática do sexo desprotegido.

Pesquisa sobre conhecimento, atitudes e práticas dos indivíduos de 15 a 64 anos residentes no município de São Paulo observou associação positiva entre IST e idade superior a 25 anos, onde mais de três quartos das mulheres (77,8%) iniciaram a vida sexual após os 15 anos e 62,4% não usaram preservativo na primeira relação sexual (PINTO *et al.*, 2018). Nessa mesma pesquisa a análise bivariada evidenciou que ter iniciado a vida sexual após os 15 anos está associada negativamente com IST, portanto, ter mais idade na primeira relação sexual representa um fator de proteção contra as IST.

De acordo com os dados deste estudo, mais da metade das entrevistadas referiram ter ao longo da vida, de um a três parceiros sexuais. Achado que merece atenção, pois nota-se uma alta exposição a agravos de saúde e falta de conhecimento sobre os riscos que se tem quando a relação sexual é desprotegida. Entre os fatores comportamentais que vulnerabiliza as mulheres com relação à sífilis, encontra-se o número de parceiros, resultado comprovado no estudo de Macedo *et al.*, (2017), que aponta que quanto mais cedo a mulher inicia a vida sexual, maior a quantidade de parceiros, do mesmo modo a probabilidade de risco à saúde.

Quando analisado o uso de algum método contraceptivo, a maioria das entrevistadas referiu usar. A análise bivariada mostrou associação estatisticamente significativa entre esta

variável e uso do preservativo. Os resultados identificados mostram que entre as participantes que usam algum tipo de método contraceptivo, a chance de uso de preservativo nas relações sexuais é de 24,5 com relação as que não utilizam nenhum método. Dado que preocupa, uma vez que, o preservativo masculino é um método contraceptivo que possui dupla proteção com maior visibilidade, seja para prevenir IST ou gravidez, principalmente porque o preservativo feminino pouco é utilizado e distribuído em unidades de saúde.

Inquérito populacional desenvolvido junto a uma amostra probabilística de 4 mil mulheres com 15 a 44 anos de idade, residentes na cidade de São Paulo, observou que o não uso de método contraceptivo se associou ao grupo etário mais jovem, às religiões pentecostais, à ausência de renda própria da mulher e não ter plano de saúde (LAGO *et al.*, 2020). Tais dados podem refletir na importância dos serviços de saúde local, reforçar estratégias para ampliar o acesso a diferentes métodos contraceptivos, conforme preferências e necessidades das mulheres, com foco não só na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, mas também na prevenção de infecções.

É notório que os casos de IST na zona rural vêm aumentando assim como acontece nas grandes cidades devido às vulnerabilidades que as mulheres que residem em comunidades rurais estão expostas, as informações e alguns recursos chegam com dificuldade para essa população, com isso ainda é bastante presente tratar a sexualidade como um tabu e o uso do preservativo ser deixado de lado (SOUZA *et al.*, 2020).

Com relação ao uso do preservativo nas relações sexuais, os dados revelam um menor percentual do uso entre as entrevistadas. Estes resultados retratam que o conhecimento sobre o uso dos métodos contraceptivos, em especial o preservativo, entre jovens, não é certeza de uso. Porém, ter a informação pode contribuir para um melhor entendimento da temática, e adotar comportamento que minimizem os riscos para as IST, uma vez que a ausência de informação é considerada como um fator de resistência para o uso de métodos contraceptivos (KERNTOPF *et al.*, 2016). Contudo, é importante que ações educativas sejam direcionadas a cada faixa etária específica, considerando que a idade influencia na escolha do método contraceptivo (FERREIRA *et al.*, 2019).

Ainda no que se refere à segunda camada, no que concerne a gestação, mais da metade das participantes já gestaram. Este dado pode estar relacionado à idade das entrevistadas, pois a maioria tinha mais de 30 anos e coabitavam com companheiro, condições estas que facilitam um maior número de gestações. A responsabilidade do planejamento sexual e reprodutivo no que diz respeito à anticoncepção, não é apenas da mulher, mas também do seu companheiro e da equipe de saúde da Atenção Básica, que por meio de assistência clínica,

aconselhamento, atividades educativas e fornecimento de recursos permitam uma escolha consciente de ter ou não filhos, o número de filhos, e ainda o método anticoncepcional mais adequado (BRASIL, 2013b). Desse modo, considerando que o acesso aos serviços de saúde e ao planejamento sexual e reprodutivo na USF zona rural estudada ser incipiente, o ato consciente de planejar o nascimento dos filhos pode estar sendo prejudicado.

Embora a frequência de mulheres que referiram já ter tido aborto não constitua a maioria, o percentual de 25,9% das que relataram sim para a questão merece destaque, mesmo que não pesquisado o tipo (espontâneo ou induzido). Geralmente o aborto é reflexo de serviços de planejamento sexual e reprodutivo inexistente ou insuficientes, e ainda falta de esclarecimentos das mulheres quanto aos métodos contraceptivos (FONSECA *et al.*, 2020).

Estudo de revisão sistemática aponta que nas Américas, entre as causas do aborto espontâneo, destacam-se fatores sociodemográficos, como baixa renda e baixa escolaridade e ainda o estado de saúde da mulher (OLIVEIRA, 2020). No caso do aborto provocado, não há dados sobre a população rural, mas nas populações urbanas, sabe-se que ocorre em todas as faixas etárias e em todos os grupos sociais, entretanto as maiores taxas são entre mulheres de baixa escolaridade e renda, pretas, pardas e indígenas, e tem como agravante que nestas populações, esta prática geralmente se dá de maneira insegura colocando em risco a vida da mulher (DINIZ *et al.*, 2017). Esses dados levam a pensar sobre a importância da educação em saúde para essa população, focando na informação e na necessidade de mostrar os benefícios para a saúde com relação ao uso adequado dos métodos contraceptivos.

No que diz respeito à terceira camada onde estão dispostos os grupos de apoio social e redes comunitárias, os dados mostram que pertencer a alguma religião, tem duas vezes mais chances de conhecer como ocorre a transmissão e prevenção de IST comparado a quem não possui nenhuma crença religiosa. Esses dados corroboram com a literatura que aponta que indivíduos adolescentes (COSTA *et al.*, 2019) e adultos sem religião (SOARES *et al.*, 2020) têm mais chances de vulnerabilidade às IST. Crenças religiosas podem funcionar como reguladoras e inspiradoras do comportamento humano a depender de cada devoção religiosa (ANDRADE *et al.*, 2015).

Assim, é importante refletir que as crenças religiosas têm sua influência seja nas informações acerca das IST como também na escolha do tipo de método que a mulher irá utilizar devido a uma subordinação inconsciente aos valores e normas comportamentais preconizadas para seus seguidores (HOGA *et al.*, 2010; SOARES *et al.*, 2020). Nessa perspectiva, os profissionais devem focar sua atenção e promover reflexões sobre o tema

junto às usuárias dos serviços de saúde, para que as decisões e escolhas das mulheres sejam frutos da informação, reflexão e conscientização.

Quanto à coabitação com o parceiro, os resultados trazem que a maioria das entrevistadas vive com companheiro. Estudos observam uma menor prevalência do uso do preservativo em indivíduos que vivem conjugalmente em união estável e mulheres com parceiro fixo, levando as casadas/em união estável/viúvas serem as mais infectadas pelas IST (BARBOSA *et al.*, 2019; PINTO *et al.*, 2018). Dados da pesquisa sobre fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, realizado com amostra de 1,208 jovens com idades entre 18 e 29 anos, em 15 estados e no Distrito Federal, verificou que indivíduos em união estável, não importando o gênero e a idade, previne menos não apenas no uso do preservativo, mas também busca menos informação sobre DST/AIDS do que os solteiros (FONTES *et al.*, 2017).

Esses dados chamam atenção para o fato da estabilidade da união influenciar no uso do preservativo enquanto método de prevenção às IST, e refletir que a crença uso do preservativo só é necessário em parcerias casuais, sem considerar os riscos para as infecções quando a relação não é monogâmica. Diante dessas considerações fica evidente que intervenções educativas sobre o uso de preservativos são importantes tanto as mulheres solteiras como as que têm união estável.

Com relação a possuir filhos, mais da metade das entrevistadas relataram tê-los, sendo identificada associação significativa entre esta variável e o conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST. Estudo traz que ser mãe e viver em zona rural é estar diariamente rodeada de desafios, sob a pressão de cuidar da casa e de atender a vontade do companheiro em ter vários filhos, visto que o trabalho doméstico e suas atribuições em sua grande maioria vêm acompanhados da dependência financeira do mesmo, criando um ciclo vicioso (SOF, 2018).

No que concerne ao pertencimento a grupos de apoio ou rede sociais, houve predomínio das mulheres que não possuem esse apoio. Embora, uma menor frequência de mulheres tenha informado não contar com grupos de apoios ou redes sociais, e não ter sido encontrado associação estatística com os desfechos “uso de preservativo em todas as relações” e “conhecimento sobre a transmissão e a prevenção de IST”, sabe-se que tais redes apresentam-se como importante fonte de promoção da saúde, oportunizando o acesso a recursos diversos, inclusive aos serviços de saúde.

Grupos de apoio e redes sociais envolvem uma relação de envolvimento e de troca entre os seus participantes, funcionando assim como fonte de cuidado, suporte emocional e mais êxito nos cuidados com a saúde, especialmente em comunidades que tem insuficiência

de serviços públicos de assistência, como as rurais. Por conseguinte, entende-se que quanto mais grupos de apoio e redes estiverem disponíveis para as mulheres rurais, mais possibilidade de troca de conhecimento e de prevenção e cuidados no controle das IST (SOARES *et al.*, 2013).

Dentre os fatores pertencentes à quarta camada do modelo de DSS onde se situam as condições de vida e trabalho, incluindo a escolaridade, foi verificada associação entre esta última variável e conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST. De acordo com o método da regressão logística utilizado para análise, quem tem uma maior escolaridade, tem 58% mais chance de conhecer sobre a prevenção e transmissão de IST do que quem tem até o ensino fundamental. Contudo, não foi encontrada associação significativa com o uso do preservativo, embora existam evidências que maiores níveis de escolaridade colaboram para atitudes positivas frente ao uso deste método de barreira (ANDRANDE *et al.*, 2015) e que o acesso à educação é um contribuinte para melhores hábitos relacionados a prevenção de doenças, por predispor facilidade de encontrar, compreender e assimilar informações que podem ser traduzidas em mudança de hábitos (ANDRANDE *et al.*, 2015; CAMELO *et al.*, 2016).

Um achado consistente na literatura é o de que o nível de escolaridade, assim como a renda e ocupação definem a posição socioeconômica dos indivíduos, e conseqüentemente as suas condições de saúde (OMS, 2008). Dados do Ministério da Saúde de 2019, no tocante a infecção por sífilis, entre os 63,8% que tinha a escolaridade informada, 1,1% eram analfabetos, 18,4% não possuíam o ensino fundamental completo, 17,0% possuíam o fundamental completo ou médio incompleto, evidenciando que a doença atinge principalmente as pessoas com baixa escolaridade (BRASIL, 2020).

Ainda se tratando da escolaridade, estudo traz que uma educação com atividades educativas abordando temáticas acerca da saúde sexual e reprodutiva tendem a ser uma aliada para menores riscos as IST, visto que, a informação é fundamental quando relacionado à educação sexual. Entretanto quando comparado o ensino da zona rural com o urbano, o no acesso à educação é mais difícil, assim como também uma disponibilidade de acesso garantido aos serviços de saúde (MACEDO e CONCEIÇÃO, 2015; MORIN e LÜDKE, 2019).

Com relação à camada dos determinantes intermediários, não estar desempregada é fator de proteção para o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Apesar de não ter sido encontrado associação significativa entre uso do preservativo em todas as relações sexuais com atividade remunerada, é importante salientar que a falta de renda e baixos

salários têm impacto nas condições de vida e de saúde dificultando o acesso aos bens de serviços e materiais, como também na compra de métodos contraceptivos quando não se consegue gratuito nos serviços do SUS (CUEVAS *et al.*, 2018).

No que se refere à renda familiar, foi identificada associação significativa com conhecimento sobre transmissão e prevenção de IST. Os resultados mostram que quem tem renda maior que um salário mínimo, tem duas vezes mais chances de conhecer sobre a prevenção e transmissão de IST do que as pessoas que recebem menos que um salário mínimo mensalmente. Estudo realizado no Brasil para avaliar a vulnerabilidade de jovens acerca das DST/HIV Aids e Hepatites Virais, retrata que a renda familiar como um fator independente para as práticas e atitudes sobre o conhecimento das infecções (FONTES *et al.*, 2017).

Ao considerar os determinantes sociais da saúde e sua relação com a prevenção da sífilis, o *status* socioeconômico é considerado um dos mais importantes para a saúde sexual (HOGBEN; LEICHLITER, 2008). Segundo os autores no nível macro dos determinantes sociais, a pobreza, desemprego e renda estão associados à instabilidade residencial, discriminação, segregação, menos oportunidades de emprego, educação e acesso à saúde, sendo que esta falta de recursos e a desigualdade na distribuição de recursos levam a comportamento sexual de risco, falta de cuidados de saúde e aumento das taxas de DST.

No que diz respeito ao grau de dependência financeira, houve predomínio entre as entrevistadas que dependem parcialmente de alguém para sobreviver financeiramente. Este é um aspecto que pode levar as mulheres não dispor de meios de aquisição do preservativo, bem como um grau de subordinação ao marido, quando este é o provedor.

Quanto ao número de dependentes da renda, foi identificada uma associação significativa com o uso do preservativo. Resultados da regressão logística revelam que quem tem até quatro dependentes da renda, têm três vezes mais chances de usar preservativo em todas as relações sexuais do que quem tem mais de quatro dependentes. Considerando que o número de dependentes da renda e uso de preservativos estão relacionados, é importante o reforço desta prática, não só para prevenção de IST, mas também para prevenir gravidez e consequente o agravamento da situação financeira da família por ter mais pessoas dependendo de uma mesma renda.

No que diz respeito à situação de moradia, observa-se que as entrevistadas residem predominantemente em casa própria e/ou cedida e foi identificada associação significativa com o uso do preservativo. Este é um aspecto relevante, pois remete ao fato de não haver gastos com aluguel, principalmente para uma população que apresenta percentual alto à saúde.

Em se tratando do recebimento de algum benefício governamental, os dados revelam que a maioria das entrevistadas não recebe. Este dado reflete o grau de vulnerabilidade e desafios que tem as mulheres que vivem em comunidade rural, que além da ausência de emprego formal e da dependência financeira de terceiros, ainda não conta com a ajuda do governo para o seu sustento. É sabido que a pobreza aprofunda as iniquidades sociais e em saúde e que programas de transferência de renda em países de renda média e baixa possibilitam alívio imediato das condições, contribuindo para melhorias na saúde, como no aumento do uso de serviços preventivos e no incentivo a práticas saudáveis (MELLO, 2015).

Levando-se em consideração que um em cada quatro brasileiros que vivem no campo está em situação de pobreza extrema, e que é nessa população que incide o maior número das consequências da deficiência de infraestrutura básica e dos problemas característicos da falta de desenvolvimento social, esses grupos sofrem mais nos aspectos da saúde quando se admite a perspectiva da Determinação Social da Saúde (MELLO, 2015). Nesse sentido, considera-se fundamental a uma abordagem multidimensional dos profissionais de saúde que leve em conta a compreensão dos modos de vidas e das implicações psicossociais da pobreza.

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, houve predomínio do serviço público com uma associação estatisticamente significativa com o uso do preservativo nas relações sexuais das mulheres entrevistadas. Dado relevante quando se refere à comparação do ambiente rural com o urbano, pois o viver no campo é sofrer com inúmeras vulnerabilidades, dentre elas, as distâncias do grande centro e no acesso fragilizado na assistência a saúde que acarreta na qualidade de vida das mulheres que ali residem aumentando a predisposição para as IST em especial a sífilis (SOUZA *et al.*, 2020). A atuação da equipe da atenção básica é de extrema importância na assistência, suas ações e estratégias as quais foram utilizadas na pesquisa, dentre elas cito as educações em saúde que foram realizadas, foi fundamental para as participantes no contexto de viver em comunidade rural, de lutar diariamente contra as dificuldades encontradas no âmbito social, econômico e de saúde.

No Brasil as investigações sobre acessibilidade aos serviços de saúde em áreas rurais são escassas. Ressalta-se que a ESF é o único serviço de saúde disponível para estas populações, e que geralmente é caracterizado pela distância geográfica para acessá-la, distribuição esparsa das unidades, escassez de recursos, condições precárias de trabalho e alta rotatividade dos profissionais, falta de qualificações adequadas com destaque para a falta de médicos que queiram trabalhar no campo, tornando à cobertura da Estratégia, insuficientes para uma APS resolutiva (GARNELO *et al.*, 2018, PITILIN; LENTSCCK, 2015).

Estes aspectos podem impactar diretamente na prevenção das IST, considerando que representam barreiras de aproximação dos usuários aos serviços de saúde. Nesse sentido, é necessário não só ampliar as investigações com populações rurais, mas pensar em estratégias de assistência com vistas ao enfrentamento das iniquidades que condicionam a saúde.

6 CONCLUSÃO

O perfil das mulheres estudadas na busca dos fatores de risco para sífilis com base no DSS evidenciou que mulheres que estavam na faixa etária acima de 30 anos, da raça/cor preta/parda, sem antecedentes pessoas de doenças crônicas, com início da vida sexual acima dos 16 anos, possuindo de 1 a 3 parceiros sexuais na vida, usavam métodos contraceptivos, porém, sem uso dos preservativos em todas as relações sexuais, conhecem sobre a transmissão e prevenção de IST, já gestaram e não abortaram. As participantes possuíam crença religiosa, viviam com companheiro, possuíam filho e não contavam com apoio social. O grau de escolaridade foi até ensino fundamental, exerciam atividade remunerada, residiam em casa própria ou cedida, recebiam menos que um salário mínimo sendo parcialmente dependente financeiramente de alguém, não recebiam auxílio governamental e acessavam exclusivamente serviços de saúde públicos.

A associação entre o uso de preservativos nas relações sexuais e o uso de métodos contraceptivos evidenciou associação estatisticamente significativa ($p < 0,01$). Verificou-se também associação com a situação de moradia ($p = 0,03$), número de dependentes da renda ($p = 0,01$) e acesso aos serviços de saúde ($p = 0,03$).

A análise bivariada do conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST e crença religiosa ($p = 0,02$) demonstrou associação significativa, assim como possuir filhos ($p = 0,02$), escolaridade ($p < 0,01$) e renda mensal ($p = 0,02$).

Apesar do uso do preservativo entre as mulheres não ser prevalente entre as participantes, quem usa algum tipo de método contraceptivo tem 24,5 mais chances de usar preservativo em todas as relações sexuais. Com relação ao exercício de atividade remunerada, não estar desempregada é fator de proteção para o uso da camisinha e quem tem até quatro dependentes da renda, tem três vezes mais chances de usá-lo.

No que se refere ao conhecimento sobre a transmissão e prevenção de IST, quem não possui nenhuma doença crônica não transmissível tem mais chance de conhecer sobre a transmissão e prevenção de IST, assim como quem pertence a alguma crença religiosa tem duas vezes mais chance de conhecimento. Quem tem maior escolaridade, tem 58% mais chance de conhecer sobre a transmissão e prevenção de IST do que quem tem até o ensino fundamental e quem tem renda maior que um salário mínimo, tem duas vezes mais chances de conhecimento.

A limitação do estudo se deu, sobretudo pelas características físicas da comunidade que reduziu o acesso às participantes e pela questão do distanciamento social diante da

pandemia do COVID-19 que estabeleceu a suspensão da coleta de dados e atribuindo uma mudança no tipo de amostra, sendo adaptada para uma amostra não probabilística por conveniência.

O ineditismo dos dados, embora limitados a uma comunidade rural, retratam a necessidade de estratégias que objetivem melhorias e expansão da assistência à saúde e cuidado às mulheres rurais, levando em consideração as desigualdades sociais vivenciadas cotidianamente e ampliando ações com foco no aumento a adesão do uso do preservativo e conhecimento acerca da transmissão e prevenção de IST.

Sugere-se a realização de novos estudos que abordem mulheres de outras comunidades rurais e permitam investigar elementos relacionados à saúde reprodutiva e sexual, adequando elementos para gestores e equipes de saúde repensar e adotar ações e estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos para esse grupo populacional relevante no contexto nacional, mas com acesso restrito aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABBAD, Gardênia; TORRES, Cláudio Vaz Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. **Estud. Psicol**, Natal, v.7, n (spe), p. 19-29, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000300004>. Acesso em: 15 jan. 2021
- ALVES, Meire Viana. O Movimento da Mulher Negra Brasileira: História Tendência e Dilemas Contemporâneos. Instituto de Mulher Negra. **Portal Geledés**, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/o-movimento-da-mulher-negra-brasileira-historia-tendencia-e-dilemas-contemporaneos/>. Acesso em: 14 ago. 2019
- ANDRADE, Smalyanna Sgren Costa *et al.* Conhecimento, atitude e prática de mulheres de um aglomerado subnormal sobre preservativos. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 364-371, 2015. Disponível: doi: 10.1590/S0080-623420150000300002. Acesso em: 14 jul. 2020
- AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-26, mar./abr. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>. Acesso em: 10 out. 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. Saude [online]**, Brasília, v. 28, n.2, 2019. Disponível em: doi: 10.5123/S1679-49742019000200023. Acesso em: 27 nov. 2020
- BASTOS, Francisco. I; CUNHA, Cynthia B; HACKER, Mariana A. Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil, 2005. **Rev Saúde Pública**, v. 42, Supl 1, p. 98-108, 200. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/12.pdf>. Acesso em: 07 set. 2019
- BORTOLOTTI, Caroline Cardozo; MOLA, Cristian. Loret de; TOVO-RODRIGUES, Luciana. Qualidade de vida de adultos em zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Rev Saude Publica**, v. 52, Supl 1:4s, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000261>. Acesso em: 15 nov. 2020
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília: 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília: 2012a. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: 2016b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 02 out. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 08 set. 2019

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 02 set. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** – Brasília: Ministério da Saúde, 300 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26), 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 29 dez. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa**. 1. ed.; 1. Reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 03 set. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis (Edição Especial)**, Brasília, Ano VI – nº 01, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2020/outubro/29/BoletimSfilis2020especial.pdf>. Acesso em: 29 dez. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 29 dez. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, n. 01. Brasília: 2019b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/08/boletim_sifilis_2019.pdf. Acesso em: 15 mar. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites

Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>. Acesso em: 12 set. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 14 set. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica. / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acons_ind_atenbasica01_web.pdf. Acesso em: 22 set. 2019

BUSS, Paulo. Morchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis [online]**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 12 dez. 2019

CAMELO, Lidiane Vale *et al.* Comportamentos saudáveis e escolaridade no Brasil: tendência temporal de 2008 a 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p. 1011-1021, abr. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015214.09742015>. Acesso em: 29 dez. 2019

CAMPOS, Cleanes Pereira Silva; SAMPAIO, Alexandre. A importância do pai nas consultas de pré-natal. **Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa.** Brasília, 2014. Disponível em: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/12e139eec30944479daa02a0735e121f.pdf. Acesso em: 15 set. 2019

COSTA, Maria Isabelly Fernandes da *et al.* Determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.72 n.6, nov./dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0726>. Acesso em: 10 jan. 2021

DAHLGREN, Goran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health.** Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockolm: Arbetsrapport/Institute for Framtidsstudier [Internet]. 2007. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019

DIMENSTEIN, Magda *et al.* Iniquidades Sociais e Saúde Mental no Meio Rural. **Psico-USF**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 541-553, set./dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220313>. Acesso em: 12 dez. 2019

DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; MADEIRO, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto

2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 653-660, fev. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>. Acesso em: 29 dez. 2020

FERREIRA, Hellen Livia Oliveira Catunda *et al.* Social Determinants of Health and their influence on the choice of birth control methods. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 72, n. 4, jul./ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0574>. Acesso em: 05 jan. 2021

FONSECA, Sandra Costa *et al.* Aborto legal no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36 (supl.1), fev. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00189718>. Acesso em: 29 dez. 2020

FONTES, Miguel Barbosa *et al.* Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.12852015>. Acesso em 19 jan. 2021

FRANCISCO, Priscila Maria S Bergamo *et al.* Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev. bras. Epidemiol**, São Paulo, v.11, n.3, set. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000300002>. Acesso em: 25 jan. 2021

GARNELO, Luiza *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 81-99, set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s106>. Acesso em: 25 ago. 2020

GEA-HORTA, Tatiane *et al.* Anthropometric changes and their effects on cardiometabolic risk factors in rural populations in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1415-1423, mai. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.19552016>. Acesso em: 15 jan. 2021

GUANILO, Mónica Cecilia de la Torre Ugarte; TAKAHASHI, Renata Ferreira; BERTOLOZZI, Maria Rita. Avaliação da vulnerabilidade de mulheres às Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e ao HIV: construção e validação de marcadores. **Rev Esc de Enferm USP**, v. 48, n esp, p. 156-63, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-156.pdf. Acesso em: 22 out. 2019

HOGA, Luiza Akiko Komura; TIBÚRCIO, Cristiane Alves; BORGES, Ana Luiza Vilela; REBERTE, Luciana Mognoni. **Religiosity and Sexuality**: Experiences of Brazilian Catholic Women. *Health Care for Women International*. v.31, n.8, p. 700–717, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399332.2010.486881>. Acesso em: 15 jan. 2021

HOGBEN, Matthew; LEICHLITER, Jami S. Social Determinants and Sexually Transmitted Disease Disparities. **Sex Transm Dis**, v. 35, n. 12, p.13–18, dec. 2008. Disponível em: doi: 10.1097/OLQ.0b013e31818d3cad. Acesso em: 25 jun. 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2018. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua-PNDA Contínua 2018**. [Internet].

Disponível em:

https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_media/ibge/arquivos/81c9b2749a7b8e5b67f9a7361f839a3d.pdf. Acesso em: 15 nov. 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas de gênero: uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv88941.pdf>. Acesso em: 19 set. 2019

INSTITUTO INTERAMERICANO DE COOPERAÇÃO PARA A AGRICULTURA. **Estratégia – Gênero e mulheres rurais no desenvolvimento agrícola e os territórios rurais**. Costa Rica, 2016. Disponível em: <http://repositorio.iica.int/bitstream/11324/7254/3/BVE19029518p.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2019

KERNTOPF, Marta Regina *et al.* Sexualidade na adolescência: uma revisão crítica da literatura. **Rev. Adolesc. Saude (Online)**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 106-113, ago./ set. 2016. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v13s2a13.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2020

KUZNIK, Andreas *et al.* Antenatal syphilis screening using point-of-care testing in low- and middle-income countries in Asia and Latin America: a cost-effectiveness analysis. **PLoS ONE**, v.10, n. 5, feb. 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127379>. Acesso em: 09 ago. 2019

LAGO, Tania Di Giacomo *et al.* Diferenciais da prática contraceptiva no Município de São Paulo, Brasil: resultados do inquérito populacional Ouvindo Mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 10, out. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00096919>. Acesso em: 25 set. 2020

LAMARCA, Gabriela; VETTORE, Mario. **Os Determinantes Sociais da Saúde e o bem-estar**. Rio de Janeiro: DSS Brasil: 2015. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2015/05/os-determinantes-sociais-da-saude-e-o-bem-estar/>. Acesso em: 15 mar. 2020

LIMA, Ângela Roberta Alves; DIAS, Nathalia da Silva; LOPES, Luani Burkert; HECK, Rita Maria. Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 755-764, jul./set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912208>. Acesso em: 15 nov. 2020

LUZ, Tamires Conceição da *et al.* Fatores de risco cardiovascular em uma população rural brasileira. **Cien Saude Colet**, v.10, n.25, p. 3921-3932, out. 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-de-risco-cardiovascular-em-uma-populacao-rural-brasileira/17149?id=17149>. Acesso em: 15 jan. 2021

MACEDO, Etienne Oliveira Silva de. **Significações sobre adolescência e promoção da saúde entre os participantes de um grupo educativo**. 2012. 110 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/11916>. Acesso em: 15 jan. 2020

MACÊDO, Vilma Costa de *et al.* Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Revista De Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 17, ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007066>. Acesso em: 25 set. 2019

MARQUES, Keila Aparecida; MELO, Ana Flávia Ferreira de. Abordagens Metodológicas no Campo da Pesquisa Científica. **Simpósio de Metodologias Ativas: Inovações para o ensino e aprendizagem na educação básica e superior**. Blucher Education Proceedings, v.2, n.1, 2017. Disponível em: doi: 10.5151/sma2016-007. Acesso 20 out. 2019

MELLO, Janine; ANDRADE, Bruno Teixeira; MELCHIORI, Cíntia Ebner; OLIVEIRA, Ysrael Rodrigues de. A inclusão produtiva rural no Brasil sem miséria: O desafio da superação da pobreza no campo. **Caderno de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**, nº 23. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2015. Disponível em: http://mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/livro_o_brasil_sem_miseria/artigo_10.pdf. Acesso em: 20 out. 2020

MELO, Mônica Cecília Pimentel de; COELHO, Nathália Havana Nunes; CREÔNCIO, Sheila Cristiane Evangelista. Atuação da enfermeira no pré-natal: uma revisão a partir da sistematização, da humanização e da educação em saúde. **Enciclopédia Biosfera - Centro Científico Conhecer - Goiânia**, v.6, n.10, p. 1, 2010. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2010b/atuacao.pdf>. Acesso em: 01 set. 2019

MENDES, Mariana Santos Filisbino *et al.* Avaliação dos fatores de risco cardiovasculares em uma população rural brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.6, p 1183-1194, jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00103213>. Acesso em: 11 ago. 2019

MENESES, Maiara Oliveira *et al.* O perfil do comportamento sexual de risco de mulheres soropositivas para sífilis. **Rev enferm UFPE [on line]**, Recife, v. 11, n. 4, p.1584-94, abr. 2017. Disponível em: doi: 10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201704. Acesso em: 07 fev. 2021

MORIN, Vanessa Lago; LÜDKE, Everton. Uma comparação do conhecimento estudantil sobre saúde da mulher entre estudantes de escolas públicas da zona urbana e rural. **Vivências**, v. 15, n. 28, p. 50-67, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31512/vivencias.v15i28.14>. Acesso em: 07 mai. 2020

NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do; CAVALCANTI, Marília Abrantes Fernandes; ALCHIERRI, João Carlos. Adherence to condom use: the real behavior in the Northeast of Brazil. **Revista de Salud Pública**, Bogotá, v.19, n.1, jan./feb. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.44544>. Acesso em: 15 mai. 2020

NEVES, Marcio Silva das. **Causas dos homicídios de jovens e a fragilidade da rede de proteção social em Camaçari**. 159p. Dissertação – Mestrado em Desenvolvimento Regional e Urbano, Universidade Salvador, Salvador, 2010. Disponível em: <http://tede.unifacs.br/bitstream/tede/214/1/Dissertacao%20Marcio%20Silva%20das%20Neves.pdf>. Acesso em: 19 set. 2019

OLIVEIRA, Fabíola Araújo *et al.* Sexually transmitted infections, bacterial vaginosis, and

candidiasis in women of reproductive age in rural Northeast Brazil: a population-based study. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 102, n. 6, p. 751-756, sep. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02762007000600015>. Acesso em: 17 ago. 2019

OLIVEIRA, Fabíola Araújo Sales de. **Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres em idade fértil**: um estudo populacional. 2004. 89 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

Disponível em:

http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/6953/1/2004_dis_fasoliveira.pdf. Acesso em: 26 set. 2019

OLIVEIRA, Maria Tânia Silva *et al.* Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife, v. 20, n.2, p. 361-372, abr./jun. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>. Acesso em: 29 dez. 2020

OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; SILVA, Katia Silveira da; GOMES, Daniela Marcondes. Fatores associados à submissão ao teste rápido anti-HIV na assistência ao parto. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2018. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.11612016>. Acesso em: 05 ago. 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2008. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 24 jan. 2021

PAIVA, Vera *et al.* Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42 supl.1, jun. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000800008>. Acesso em: 15 mar. 2020

PAIVA, Vera; CALZANS, Gabriela; SEGURADO, Aluisio. **Vulnerabilidades e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde entre indivíduos e comunidade. Livro II. Curitiba. Jarua, 2013

PINHEIRO, Pedro. **Sífilis - Sintomas, VDRL e Tratamento**. MD. Saúde. Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2009/01/dst-sifilis.html>. Acesso em: 02 ago. 2019

PINTO, Valdir Monteiro *et al.* Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p.2423-2432, jul. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.20602016>. Acesso em: 08 set. 2019

PINTO, Valdir Monteiro *et al.* Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Rev. bras. Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 341-354, jun. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400020005ENG>. Acesso em: 05 ago. 2019

PITILIN, Érica de Brito; LENTSCCK, Maicon Henrique. Primary Health Care from the

perception of women living in a rural area. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 726-732, out. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500003>. Acesso em: 05 ag. 2019

PORTO, Priscilla Nunes. **Padrão do consumo de drogas e comportamento sexual e reprodutivo de mulheres de uma comunidade rural**: articulando pesquisa e ação. 2018. 127 p. Tese (Doutorado em Enfermagem e Saúde). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2018. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/18905/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Enf_%2020Priscilla%20Nunes%20Porto.pdf. Acesso em: 25 jun. 2019

POTEAT, Tonia *et al.* HIV prevalence and behavioral and psychosocial factors among transgender women and cisgender men who have sex with men in 8 African countries: A cross-sectional analysis. **PLoS Med**, 14(11): e1002422. Disponível e: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002422>. Acesso em: 20 out. 2020

RICHARD, McElreath. **Statistical Rethinking: A Bayesian Course with Examples in R and Stan**. [S.l.]: CRC Press. p. 189, 2016. AIC provides a surprisingly simple estimate of the average out-of-sample deviance

RODRIGUES, Antonia Regynara Moreira *et al.* Atuação de enfermeiros no acompanhamento da sífilis na Atenção Primária. **Rev. enferm. UFPE [on line]**, Recife, v.10, n.4, p.1247-55, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201611>. Acesso em 26 ago. 2020

SANTANA, V.S; CUNHA, Sergio Souza da. Estudos transversais. In: ALMEIDA FILHO, Naomar de Almeida; BARRETO, Maurício Lima. **Epidemiologia & Saúde**. Fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.186-193

SCHMIDT, Rebecca; CARSON, Paul James; JANSEN, Rick J. Resurgence of Syphilis in the United States: An Assessment of Contributing Factors. **InfectDis (Auckl)**, v.16, n.12, oct. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1178633719883282>. Acesso em: 15 jan. 2021

SCHMITT, Nayara Graciele. **A influência da cultura patriarcal na produção de violências e na construção das desigualdades entre homens e mulheres**: um olhar dos profissionais que atuam na rede de proteção social no município de Araranguá/SC. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós Graduação em Educação e Direitos Humanos: escola, violências e defesa de direitos). Universidade do Sul de Santa Catarina. Araranguá, 2016. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Artigo-Nayara.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2019

SCOTT, Parry; CORDEIRO, Rosineide; MENEZES, Marilda. **Gênero e geração em contextos rurais** / organizadores Parry Scott, Rosineide Cordeiro e Marilda Menezes. – Ilha de Santa Catarina: Ed. Mulheres, 2010. Disponível em: https://www.ufpe.br/documents/1016303/1020379/genero+e+gera_o+em+contextos+rurais.pdf/171b01b8-2ded-48dc-9639-8e7e34c7bbcc. Acesso em: 08 dez. 2020

SILVA, Daniele A *et al.* Distúrbios metabólicos e adiposidade em uma população rural. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 489-448, abr. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302008000300009>. Acesso em: 15 jan. 2021

SILVA, Juniele Mrtins; HESPANHOL, Rosangela Aparecida de Medeiros. Discussão sobre comunidade e características das comunidades rurais no município de Catalão (GO). **Soc. nat**, Uberlândia, v. 28, n.3, p. 361-374, set./dez. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-451320160303>. Acesso em: 29 ago. 2019

SILVA, Mariane Rodrigues. Gender and inequalities: reflections on women in family agricultural activity. **Braz. J. of Develop**, Curitiba, v.5, n. 3, p. 2095-2105, mar. 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/1227>. Acesso em: 03 ago. 2019

SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli; LOPES, Marta Julia Marques; NJAINE, Kathie. Violência nos relacionamentos afetivo-sexuais entre adolescentes de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: busca de ajuda e rede de apoio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600009>. Acesso em: 15 jan. 2021

SOARES, Juliana Pontes *et al.* Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em cortadores de cana-de-açúcar: subsídios para o cuidado*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3425.3306>. Acesso em: 15 jan. 2021

SOARES, Pedro San Martin; MEUCCI, Rodrigo Dalke. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 3087-3095, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.31582018>. Acesso em: 12 dez. 2021

SOUSA, Bárbara Cabral de *et al.* Comportamento sexual e fatores associados em adolescentes da zona rural. **Rev Saude Publica**, v. 2018, p. 52-39, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052006988.pdf. Acesso em: 02 ago. 2019

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, jan. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1062.2991>. Acesso em: 12 ago. 2019

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da "questão social". **Saude soc**, São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100006>. Acesso em: 15 jan. 2021

SOUZA, Layane Trindade de *et al.* Infecções Sexualmente Transmissíveis e fatores associados na população rural. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v.9, n.50, p.1858 – 1863, 2020. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/169>. Acesso em: 05 jan. 2020

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – SUVISA. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/?superintendencia=suvisa-superintendencia-de-vigilancia-em-saude>. Acesso em 18 de outubro de 2019

TOEBE, Daiane *et al.* Self-care practices related to children nutrition in rural areas. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 38, n.3, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.64507>. Acesso em: 14 ago. 2019

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Idosos de áreas rurais e acesso a serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p.2490-2502, out. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000023>. Acesso em: 04 ago. 2019

TUCKER, Joseph D *et al.* Social determinants of syphilis in South China: the effect of sibling position on syphilis and sexual risk behaviours. **BMJ Open**, v. 3, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002834>. Acesso em: 15 jan. 2021

UUSKÜLA, Anneli; NYGÅRD, Jan F; KIBUR-NYGÅRD, Mari. Syphilis as a social disease: experience from the post-communist transition period in Estonia. **Int J STD AIDS**, v. 15, n.10, p. 662-8, oct. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/095646240401501006>. Acesso em 15 dez. 2021

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa. *et al.* Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. **Rev Bras Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 29, p. 85-92, dez. 2016. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409>. Acesso em 04 ago. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório sobre vigilância global de Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2018.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf;jsessionid=26061624B42762968EEA397258083D85?sequence=1>. Acesso em: 14 out. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Geneva: WHO; 2019. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Acesso em 12 de ago. 2020

XIMENES, Verônica Morais *et al.* Pobreza multidimensional e seus aspectos subjetivos. **Estud. Psicol**, Natal, v. 21, n. 2, p.146-156, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160015>. Acesso em: 14 out. 2019

ZAMBIANCO, Vanessa da Silva *et al.* Aplicabilidade da Abordagem Sindrômica pelo enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família. **Estudos**, Goiânia, v. 41, especial, p. 229-242, out. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18224/est.v41i0.3819>. Acesso em: 14 out. 2019

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

FORMULÁRIO COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

CÓDIGO DA PARTICIPANTE

_ _ _ _

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
1. INICIAIS:	2. IDADE:
TELEFONE:	
ENDEREÇO:	
EMAIL:	
3. Orientação sexual: (1) Heterossexual (2) Homossexual (3) Bissexual	
4. COR: (1) preta (2) parda (morena) (3) branca (4) amarela (5) indígena (6) outra _____	5. RELIGIÃO: (1) católica (2) evangélica (3) espírita (4) não tem (5) outra _____
6. GRAU DE ESCOLARIDADE: (1) analfabeta (2) fundamental incompleto (3) fundamental completo (4) médio incompleto (5) médio completo (6) superior incompleto (7) superior completo	
7. SITUAÇÃO CONJUGAL: (1) solteira (2) casada (3) União estável (4) viúva (5) separada	
8. OCUPAÇÃO: _____	9. ONDE: _____
10. TIPO DE MORADIA: (1) Alvenaria (2) Madeira (3) Outros _____	
11. CONDIÇÕES DE MORADIA: (1) Casa própria (2) Alugada (3) Cedida (4) Outros _____	
12. NÚMERO DE COMODOS: _____	
13. NÚMERO DE PESSOAS QUE MORAM NA RESIDÊNCIA: _____	
14. 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) _____	
15. INFRA-ESTRUTURA DOMICILIAR: (1) Fossa séptica (2) Rede de esgoto (3) Eletricidade (4) Água encanada (6) Fogão a gás (7) Chuveiro elétrico	
16. GRAU DE DEPENDÊNCIA FINANCEIRA: (1) independente (2) totalmente dependente (3) parcialmente dependente	
17. TOTALMENTE/ PARCIALMENTE DEPENDENTE DE QUEM: (1) companheiro (2) ex-companheiro (3) pai da criança (4) familiar (5) outro _____	
18. RENDA FAMILIAR (TOTAL EM SALÁRIO MÍNIMO): _____	
19. QUANTAS PESSOAS DEPENDEM DA SUA RENDA _____	
20. RECEBE AUXÍLIO DE ALGUM PROGRAMA SOCIAL DO GOVERNO: (1) Sim (2) Não	
21. Se sim. Qual? _____ (codificar depois)	
22. ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE: (1) Exclusivamente público (2) Plano de saúde (3) Público e privado	
23. SERVIÇOS DE SAÚDE QUE JÁ FEZ ATENDIMENTO: (1) USF (2) PA (3) HOSPITAL (4) CAPSad (5) Outros _____	
24. VOCÊ RECEBE VISITA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE? (1) Sim (2) Não	
25. SITUAÇÃO DE CONFLITOS COM A JUSTIÇA: 1 pessoal 2 parceiro 3 familiar () Tráfico () Delito () Violência () Homicídio () Trabalhista () Outro _____	
26. GRUPOS DE APOÍOS OU REDES SOCIAIS: (1) Alcoólicos anônimos (2) Narcóticos anônimos (3) amigos (4) Igreja/centro (5) Internet (6) outros _____	
27. JÁ OUVIU FALAR EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: (1) Sim (2) Não	
28. Se sim QUAIS: _____ (codificar depois)	
29. CONHECE ALGUM PROGRAMA DO GOVERNO VOLTADO PARA AS MULHERES: (1) Sim (2) Não	
30. Se sim QUAIS: _____ (codificar depois)	
31. JÁ REBEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: (1) Sim (2) Não	
32. ONDE: (1) Casa (2) Escola (3) Serviço de saúde (4) Igrejas (5) Associação de moradores (6) Outros _____	

33. DE QUEM: (1) Familiar (2) Enfermeira (3) Outro profissional de saúde (4) Professora (5) Amigo(a) (6) Outros _____		
34. PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE EDUCATIVA/ PALESTRA?: (1) Sim (2) Não		
35. Se Sim, quem realizou? _____ (codificar depois)		
36. Quais os temas abordados? _____ (codificar depois)		
37. CONFLITOS FAMILIARES: (1) Sim (2) Não		
SE SIM SEGUE A PERGUNTA 38		
38. FREQUÊNCIA DOS CONFLITOS: (1) Diariamente (2) Frequentemente (3) Raramente		
39. VIOLÊNCIAS VIVENCIADAS PELA FAMÍLIA: (1) Violência infantil (2) Violência entre os pais (3) Violência física (4) Violência psicológica (5) Abuso sexual () Nenhuma		
40. SOFRE/ JÁ SOFREU VIOLÊNCIA: (1) Sim (2) Não		
SE NÃO SEGUE A PERGUNTA 43		
41. TIPO DE VIOLÊNCIA: (1) infantil (2) doméstica (3) institucional/serviços de saúde (4) Abuso sexual (5) psicológica		
42. QUEM PRATICOU: _____ (codificar depois)		
COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO		
43. IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL: _____	NÚMERO DE PARCEIROS: _____	NÚMERO DE PAIS DOS FILHOS: _____
NÚMERO DE GESTAÇÕES: _____		NÚMERO DE PARTOS: _____
NÚMERO DE GESTAÇÕES NÃO PLANEJADAS: _____		
NÚMERO DE ABORTOS: _____		NÚMERO DE FILHOS VIVOS: _____
NÚMERO DE FILHOS PRÉ-MATUROS: _____		
USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO: (1) SIM (2) NÃO		
QUAL MÉTODO: (1) Preservativo (2) ACO (3) ACI mensal (4) ACI trimestral (5) DIU		
(6) Laqueadura/Vasectomia (7) Diafragma (8) Outros _Qual?		
TEVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA NAS GESTAÇÕES: (1) Sim (2) Não		
QUAIS: _____ (19.1 quando for codificar os sub itens)		
O RN APRESENTOU ALGUM PROBLEMA AO NASCER: (1) Sim (2) Não		
QUAIS: _____ (20.1 quando for codificar os sub itens)		
FEZ PRÉ-NATAL EM TODAS AS GESTAÇÕES (1) Sim (2) Não		
NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL (ÚLTIMA GESTAÇÃO): _____		
POSSÍVEIS MOTIVOS DA ÚLTIMA GRAVIDEZ: (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 _____		
Usou alguma droga durante a gestação: (1) Sim (2) Não		
DOENÇAS CRÔNICAS: (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 _____		
Quanto ao uso do preservativo, responda as afirmativas abaixo com Verdadeiro (V) ou Falso (F)		
Possui preservativo caso precise/deseje usar Sim () Não ()		
Usa preservativo toda vez que você e seu (sua) parceiro (a) tem relação sexual Sim () Não ()		
Para o envolvimento sexual antes de qualquer penetração para colocar o preservativo em você ou seu (sua) parceiro (a) Sim () Não ()		
Usa o preservativo mesmo após o uso de bebidas alcoólicas Sim () Não ()		
Conversa sobre o uso do preservativo com seu (sua) companheiro (a) Sim () Não ()		
Consegue convencer seu (sua) parceiro (a) a usar preservativo no ato sexual Sim () Não ()		
Recusa o sexo caso não tenha ou seu (sua) parceiro (a) não queria usar preservativo Sim () Não ()		
Vulnerabilidade às IST		
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 (sua) parceiro (a) tem ou já teve alguma IST (1) Sim (2) Não (3) Não sabe		
Sabe como ocorre a transmissão e prevenção das IST/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 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	
INFECÇÃO	RESULTADO: [1] Positivo [2]Negativo [3] Indeterminado
RESULTADOS DOS TESTES RÁPIDOS	DATA: _____/_____/_____
HIV	
Sífilis	
Hepatite B	
Hepatite C	

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 AUDIIT, e será realizada 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, 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

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do 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 Vieira S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-080

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7815

Fax: (71)3283-7815

E-mail: cepes.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Contribuição do Pesquisador: 3.268,00\$

- 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_P RCUETO_1283532.pdf	10/04/2019 20:17:28		Aceito

Endereço: Rua Augusto Vieira S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7815 Fax: (71)3283-7815 E-mail: cepes.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.203.095

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
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tdce.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 Vieira S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7815 Fax: (71)3283-7815 E-mail: cepes.ufba@ufba.br

Página 03 de 04

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA



Continuação do Parecer: 3.203.095

SALVADOR, 16 de Abril de 2019

Assinado por:
Marta Carolina Ortiz Whitaker
(Coordenador(a))

