



PMPSM
Programa de Mestrado Profissional
em Saúde da Mulher

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER**

TÁCITO LEONN LOPES GALVÃO DO AMARAL

**PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E
FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES CIGANAS EM UM MUNICÍPIO DO
NORDESTE BRASILEIRO**

TERESINA - PI

2022

TÁCITO LEONN LOPES GALVÃO DO AMARAL

**PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E
FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES CIGANAS EM UM MUNICÍPIO DO
NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí-UFPI e linha de pesquisa Assistência Integral à Saúde da Mulher, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientadora: Profa. Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes

TERESINA - PI

2022

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

A485p Amaral, Tácito Leonn Lopes Galvão do.
Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e fatores associados em mulheres ciganas em um município do nordeste brasileiro / Tácito Leonn Lopes Galvão do Amaral. -- 2022.
101 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduação em Saúde da Mulher, 2022.

Orientação : Profa. Dr^a. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes.
Bibliografia

1. Epidemiologia. 2. Saúde da Mulher. 3. Vulnerabilidade Social. I. Lopes, Ione Maria Ribeiro Soares. II. Título.

CDD 614.4

TÁCITO LEONN LOPES GALVÃO DO AMARAL

**PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E
FATORES ASSOCIADOS EM MULHERES CIGANAS EM UM MUNICÍPIO DO
NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Mulher do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Piauí-UFPI e linha de pesquisa Assistência Integral à Saúde da Mulher, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher.

Orientadora: Profa. Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes (UFPI)
Orientadora

Prof. Dr. Pedro Vitor Lopes Costa (UFPI)
Examinador Interno

Prof^a. Dra. Brunna Verna Castro Gondinho (UESPI)
Examinadora Externa ao Programa

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, força maior do universo, pela vida e por todas as bençãos recebidas.

À minha família, pelo laço de consanguinidade e afeto, especialmente minha mãe, Lúcia Irene, pelo amor, cuidado e direcionamento dado a mim e a meus irmãos.

À minha noiva, Welma, pelo apoio, companheirismo e dedicação em todos os momentos.

À minha orientadora, professora Dra. Ione, pelo incentivo e pela condução desta pesquisa.

À senhora Marli, líder da comunidade cigana de Esperantina, pelo apoio na identificação e captação das participantes do estudo, fortalecendo o vínculo e a confiança com as mulheres ciganas.

Ao amigo Me. Cristiano, pelo apoio com as análises estatísticas do trabalho.

Ao bioquímico Evandro e a técnica de análises clínicas Letícia, pelo apoio na realização dos exames laboratoriais.

À enfermeira Valnéia, pelo apoio na coleta dos exames citopatológicos cérvico-vaginais.

Ao médico Holean, pelo apoio no atendimento clínico das mulheres.

Aos professores, funcionários e colegas de turma do mestrado em saúde da mulher, por compartilhar o aprendizado, os conhecimentos e as angústias durante o período do curso.

Aos componentes da banca de avaliação, professor Dr. Pedro e a professora Dra. Brunna, pelas contribuições dadas para a melhoria da construção deste trabalho.

Meu muito obrigado!

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

(Albert Einstein)

RESUMO

Introdução: O perfil epidemiológico atual das infecções sexualmente transmissíveis (IST) mostra um aumento da incidência em mulheres, transmitidas por via heterossexual, acometendo as parcelas mais pobres da população, com maiores fatores de vulnerabilidade social. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de IST e fatores associados em mulheres ciganas em um município na região nordeste do Brasil. **Metodologia:** Estudo observacional, transversal, analítico na população feminina cigana no município de Esperantina- Piauí, no ano de 2021. A população foi de 29 mulheres ciganas, com idade de 15 a 64 anos, sexualmente ativas e cadastradas no E-SUS APS. O meio de rastreamento se deu através dos exames sorológicos para HIV, Hepatites B e C, Sífilis (Testes rápidos e VDRL), Clamídia, citopatológico cérvico-uterino e bacterioscopia de secreção vaginal. Os dados foram obtidos através de entrevistas e questionário semi-estruturado, com os exames coletados no laboratório municipal e Unidades Básicas de Saúde da região. Os dados foram inseridos na planilha do programa Excell® e analisados por meio do software SPSS versão 21.0. Todos os modelos foram ajustados a partir da estatística de teste *Wald*. **Resultados:** A média de idade das participantes foi de 30,2 anos. A maioria se autodeclarou parda (79,2%), católicas (87,5%), com união estável (66,7%) e 91,7% tinham o ensino fundamental, vivendo com renda familiar mensal de menos de um salário-mínimo (70,9%). A maioria tinha filhos (79,2%), mas 45,8% tinham realizado a laqueadura tubária. A prática sexual associada a bebidas alcólicas e drogas ilícitas foi referida por 37,5% e 20,8%, respectivamente. Vale ressaltar que 20,8% das ciganas nunca fizeram consulta ginecológica e 33,3% nunca realizaram o exame de Papanicolaou. As IST mais prevalentes foram a Sífilis (37,5%) e a Tricomoníase (12,5%), seguidas igualmente pela Clamídia e Gonorréia (4,2%). Não houve casos de HIV, Hepatite B e C na amostra estudada. Em relação às neoplasias intraepiteliais cervicais (NIC), 8,3% apresentaram lesão de baixo grau. Os fatores mais associados às IST ($p \leq 0,05$) foram: “usa droga ilícita” e “queixa aguda”; à alteração da microbiota vaginal: “idade jovem”, “dificuldade de acesso”, “tabagista” e “parceiro fixo”, enquanto às NIC tiveram associações: “queixa aguda”, “usa droga ilícita”, “dificuldade de acesso”, “baixa escolaridade” e “não usa preservativo”. **Conclusão:** As mulheres ciganas demonstram vulnerabilidade às IST, pela associação aos fatores: idade jovem, cor parda, baixa renda e escolaridade, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, uso de drogas ilícitas, multiplicidade de parceiros sexuais e não utilização de preservativos, com prevalência de Sífilis e *T. vaginalis* e menos frequentemente *C. trachomatis*, e *N. gonorrhoeae*.

Palavras-chave: Infecções Sexualmente Transmissíveis. Prevalência. Mulheres ciganas.

Descritores: Epidemiologia. Saúde da Mulher. Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

Introduction: The current epidemiological profile of sexually transmitted infections (STI) shows an increase in the incidence in women, transmitted heterosexually, affecting the poorest parts of the population, with greater social vulnerability factors. **Objective:** To assess the prevalence of STI and associated factors in Roma women in a municipality in the northeast region of Brazil. **Methodology:** Observational, cross-sectional, analytical study in the gypsy female population in the municipality of Esperantina-Piauí, in the year 2021. The population was 29 gypsy women, aged 15 to 64 years, sexually active and registered in the E-SUS APS. The screening method was through serological tests for HIV, Hepatitis B and C, Syphilis (rapid tests and VDRL), Chlamydia, cervical cytopathology and vaginal secretion bacterioscopy. Data were obtained through interviews and a semi-structured questionnaire, with exams collected in the municipal laboratory and Basic Health Units in the region. The data were entered in the Excell® program spreadsheet and analyzed using SPSS version 21.0 software. All models were fitted using the *Wald* test statistic. **Results:** The mean age of the participants was 30.2 years. Most self-declared brown (79.2%), Catholic (87.5%), with a stable union (66.7%) and 91.7% had elementary school, living with a monthly family income of less than one salary. minimum (70.9%). Most already had children (79.2%), but 45.8% had already undergone tubal ligation. Sexual practice associated with alcoholic beverages and illicit drugs was reported by 37.5% and 20.8%, respectively. It is worth mentioning that 20.8% of the gypsies had never had a gynecological consultation and 33.3% had never had a Pap smear. The most prevalent STI were Syphilis (37.5%) and Trichomoniasis (12.5%), followed equally by Chlamydia and Gonorrhea (4.2%). There were no cases of HIV, Hepatitis B and C in the studied sample. Regarding cervical intraepithelial neoplasia (CIN), 8.3% had a low-grade lesion. The factors most associated with STI ($p \leq 0.05$) were: “uses illicit drugs” and “acute complaint”; to the alteration of the vaginal microbiota: “young age”, “difficult access”, “smoker” and “fixed partner”, while the CIN had associations: “acute complaint”, “uses illicit drugs”, “access difficulty”, “low education” and “does not use condoms”. **Conclusion:** Gypsy women demonstrate vulnerability to STI, due to the association with the factors: young age, mixed race, low income and schooling, difficulties in accessing health services, use of illicit drugs, multiple sexual partners and non-use of condoms, with prevalence of Syphilis and *T. vaginalis* and less frequently *C. trachomatis*, and *N. gonorrhoeae*.

Keywords: Sexually Transmitted Infections. Prevalence. Gypsy women.

Descriptors: Epidemiology. Women’s Health. Social vulnerability.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1. Critérios de inclusão e exclusão da amostra	37
Tabela 1. Características sociais e ginecológicas associadas aos fatores de riscos individuais para IST de mulheres ciganas (N=24). Esperantina, Piauí, 2022	41
Tabela 2. Características sociais e ginecológicas associadas aos fatores de riscos interpessoais para IST de mulheres ciganas (N = 24). Esperantina, Piauí, 2022	43
Tabela 3. Características sociais e ginecológicas associadas a fatores de riscos estruturais quanto ao acesso de mulheres ciganas aos serviços de saúde (N = 24). Esperantina, Piauí, 2022	44
Tabela 4. Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis, alterações da microbiota vaginal e lesões precursoras para câncer do colo do útero em mulheres ciganas. Esperantina Piauí, 2022	46
Tabela 5. Modelo de regressão logística binária para chances de ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis em função das variáveis associadas ao perfil sociodemográfico, comportamental e cultural de mulheres ciganas. Esperantina Piauí, 2022	47
Tabela 6. Modelo de regressão logística binária para chances de ocorrência de alteração da microbiota vaginal em função das variáveis associadas ao perfil sociodemográfico, comportamental e cultural de mulheres ciganas. Esperantina Piauí, 2022	48
Tabela 7. Modelo de regressão logística binária para chances de ocorrência lesões precursoras para câncer do colo do útero em função das variáveis associadas ao perfil sociodemográfico, comportamental e cultural de mulheres ciganas. Esperantina Piauí, 2022	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CF – Constituição Federal
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CVV – Candidíase Vulvovaginal
DHC – Doença Hepática Crônica
DIP – Doença Infamatória Pélvica
ESF – Estratégia de Saúde da Família
E-SUS APS – Sistema Eletrônico da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde
EUA – Estados Unidos da América
FTA Abs - Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption
GASP – Programa de Vigilância Antigonocócica
HBV - Vírus da Hepatite B
HCV - Vírus da Hepatite C
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV - Vírus do Papiloma Humano
HR – Alto Risco
HSH – Homens que fazem sexo com homens
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LAC – Região do Caribe
LBC – Citologia em Base Líquida
MSM – Mulheres que fazem sexo com mulheres
MTS – Mulheres trabalhadoras do sexo
Munic. - Informações Básicas Municipais
NAAT – Amplificação de Ácidos Nucléicos

NIC – Neoplasia Intra-epitelial Cervical
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCDT - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PCR – Reação em Cadeia da Polimerase
PH – Potencial Hidrogeniônico
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNC IST/AIDS - Programa Nacional de Controle de IST/AIDS
PNI - Programa Nacional de Imunização
PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
RDS – Amostragem Direcionada pelo Respondente
RR – Baixo Risco
SEAR – Região do Sudeste Asiático
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS – Sistema Único de Saúde
TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR - Testes Rápidos
TW - Transgênero
UE – União Européia
UFPI – Universidade Federal do Piauí
VB – Vaginose Bacteriana
VDRL - Venereal Disease Research Laboratory
VPI – Violência por Parceiro Íntimo
WPR – Região do Pacífico Ocidental

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	REFERENCIAL TEMÁTICO	16
3.1	Contextualização das IST na saúde	16
3.2	Infecções sexualmente transmissíveis: manifestações clínicas e propedêutica	17
3.2.1	Sífilis	17
3.2.2	HIV/AIDS	19
3.2.3	Hepatites B e C	20
3.2.4	Clamídia e Gonorréia	23
3.2.5	Tricomoníase	25
3.2.6	Microbiota vaginal	26
3.2.7	Rastreamento do câncer do colo do útero e HPV	28
3.2.8	Vulnerabilidade da população cigana às IST	32
3.2.9	Etnocentrismo e o Sistema Único de Saúde	33
4	METODOLOGIA	36
4.1	Delineamento do estudo	36
4.2	Local e período do estudo	36
4.3	População e amostra	37
4.4	Coleta de dados	37
4.5	Análise dos dados	39
4.6	Aspectos éticos e legais	40
5	RESULTADOS	41
5.1	Fatores de riscos	41
5.1.1	Riscos individuais	41
5.1.2	Riscos interpessoais	42
5.1.3	Riscos estruturais	44

5.2	Prevalência das IST, alterações da microbiota vaginal e lesões precursoras para câncer do colo do útero	45
5.3	Análise bivariada para chances de ocorrência de IST, alterações da microbiota vaginal e lesões precursoras para câncer de colo do útero em função das variáveis associadas ao perfil sociodemográfico, comportamental e cultural de mulheres ciganas	46
5.3.1	Associação das IST aos fatores sociodemográficos, comportamentais e culturais	46
5.3.2	Associação das alterações da microbiota vaginal aos fatores sociodemográficos, comportamentais e culturais	47
5.3.3	Associação das lesões precursoras para câncer do colo do útero aos fatores sociodemográficos, comportamentais e culturais	48
6	DISCUSSÃO	49
7	CONCLUSÃO	58
	REFERÊNCIAS	59
	APÊNDICE A	67
	APÊNDICE B	70
	APÊNDICE C	73
	ANEXO A	87
	ANEXO B	96

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) estão entre as cinco principais causas de procura aos serviços de saúde no mundo. Sabe-se que as IST podem causar vários sintomas genitais ou ser assintomáticas, levando à infertilidade, complicações na gravidez, câncer e até morte (IGNACIO, 2016).

Algumas IST estão associadas a significativa morbimortalidade, de acordo com seus agentes causadores, estando agrupadas em infecções bacterianas (clamídia, gonorréia e sífilis), parasitária (tricomoníase) ou virais [vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus do papiloma humano (HPV), vírus da hepatite B (HBV) e hepatite C (HCV)] (BRITO, 2018).

Diante do quadro de feminização e pauperização das IST, o perfil epidemiológico atual demonstra aumento da incidência em mulheres, transmitidas por via heterossexual, acometendo as parcelas mais pobres da população, com menos escolaridade e maiores fatores de vulnerabilidade social (TAQUETTE, 2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe de linhas de cuidados voltadas ao controle das IST, a exemplo do Programa Nacional de Controle de IST/AIDS (PNC IST/AIDS) que visa reduzir a incidência de HIV/AIDS e outras IST e melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas por essas infecções, além da implantação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Atenção Integral as pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST), que visa qualificar a conduta dos profissionais de saúde a partir da atualização de evidências científicas e contribuir para a melhoria da assistência prestada aos usuários do sistema público de saúde brasileiro (BRASIL, 2022).

A população brasileira é composta por uma variedade de segmentos étnicos e sociais, que mantém vivas suas raízes culturais. Estes grupos, convivem dentro de suas comunidades, utilizando-se de seus idiomas próprios, mantendo suas tradições culturais e históricas, além de terem a noção essencial de sua origem comum. Uma dessas comunidades, que se destaca no cenário brasileiro desde o

século XVI, são os ciganos, havendo notícia histórica da existência de três etnias peculiares: **Calón; Rom e Sinti** (TAMBASCO, 2018).

A teoria mais aceita sobre a origem dos povos ciganos foi a de que tenham surgido na Índia, possivelmente da região de Punjab. Tendo iniciado, no século X, um processo de diáspora pelo continente europeu e africano, motivados por uma série de invasões islâmicas. A cultura cigana, por ser fundamentalmente ágrafa e despreocupada por sua história, tem sido estudada pelos não ciganos, com frequência através de um cariz fortemente etnocentrista. As principais fontes de informação são os testemunhos escritos, as análises linguísticas e a genética populacional (MEDEIROS, 2018).

No município de Esperantina ocorreu um fato histórico, no dia 11 de novembro de 1913, com o extermínio de um grupo de aproximadamente 200 ciganos por parte das forças policiais, com anuência do governo. Eles andavam em bando, trajando vestimentas coloridas e carregando muito ouro. Foram dizimados por representarem “ameaça” a população local, acusados de praticarem delitos, quando se deslocavam do estado do Maranhão em direção ao estado do Ceará. A maioria deles foi morta, os corpos foram levados em carroças e enterrados em vala comum, onde foi construído um cemitério, no centro da cidade (MARQUES, 2021).

Atualmente, a população cigana de Esperantina-PI concentra-se no centro da cidade, na região conhecida como “pedreira”. As mulheres ciganas apresentam fatores de vulnerabilidade social, que podem contribuir para o surgimento de casos de IST, alterações da microbiota vaginal e câncer do colo do útero. Dentre estes fatores encontram-se o baixo nível de instrução da população, desemprego, condições precárias de moradia, saneamento básico e higiene, início precoce da vida sexual, multiplicidade de filhos, uso de drogas lícitas e ilícitas (BRASIL, 2020).

A escolha em trabalhar com um público específico como o de mulheres em situação de vulnerabilidade social provém de levantamento bibliográfico e constatação de poucas pesquisas voltadas ao público em questão, além de entender a influência do etnocentrismo na saúde, ou seja, os aspectos que uma cultura deve observar e respeitar a identidade daquela cultura específica e não partindo de uma noção própria de sua cultura.

No Brasil o etnocentrismo ainda prevalece em algumas situações, como por exemplo, o homem branco que aqui vive ainda enxerga o indígena como alguém com atraso socialmente, uma hierarquização de culturas, onde no plano intelectual, pode ser visto como uma dificuldade de pensamentos e diferenças; no plano afetivo, como sentimentos de estranheza, medo, hostilidade, etc. Essa noção de relativismo cultural é necessária para estabelecer-se um estudo sério e preciso sobre as diferentes culturas (ROCHA, 1988).

Dessa maneira, foi possível notar a necessidade de estudos que apontem as condições sociodemográficas, comportamentais e clínicas da população cigana para uma prática em saúde baseada em resultados científicos, que possibilitem maior qualidade no cuidado prestado a essa comunidade.

O presente estudo tem como foco a saúde sexual e reprodutiva de mulheres de origem cigana, especificamente a avaliação da prevalência de IST, alterações da microbiota vaginal, lesões precursoras de câncer do colo do útero e fatores associados nessa população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e fatores associados em mulheres ciganas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os perfis socioeconômicos, demográficos e culturais das mulheres ciganas do estudo;

- Determinar a prevalência das infecções por clamídia, gonorréia, tricomoníase, sífilis, hepatites B e C, HIV, alterações da microbiota vaginal e lesões precursoras para câncer do colo do útero;
- Avaliar os fatores associados às IST, alterações da microbiota vaginal e neoplasia do colo do útero;
- Elaborar, a partir dos resultados do estudo, um instrumento educativo para os profissionais de saúde que prestam assistência a essa população.

3 REFERENCIAL TEMÁTICO

3.1. Contextualização das IST na saúde

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um milhão de pessoas adquire por dia uma IST, no mundo. Atualmente, cerca de 357 milhões de pessoas infectam-se por uma ou mais das IST, como a *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, sífilis ou tricomoníase. Mais de 290 milhões de mulheres estão infectadas pelo HPV e, aproximadamente, 36 milhões de pessoas no mundo estão infectadas pelo HIV. No continente americano, estima-se que ocorram por ano 125,7 milhões de novos casos, sendo 26,4 milhões de *C. trachomatis*, 11 milhões de *N. gonorrhoeae*, 2,8 milhões de sífilis e 85,4 milhões de infecção pelo *Trichomonas vaginalis* (IGNACIO, 2016).

O governo brasileiro criou medidas de controle de IST por meio de programas de saúde tais como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do programa Viva Mulher (Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama) que envolvem a conscientização da população, a realização de exames de rastreamento, diagnóstico de casos e tratamento oportuno. Além do Programa Nacional de Imunização (PNI) que prevê a vacinação contra a Hepatite B e o HPV (BRASIL, 2017).

A prevalência global estimada de clamídia, gonorréia, tricomoníase e sífilis entre mulheres de 15 a 49 anos foi de 4,2%, 0,8%, 5% e 0,5%, respectivamente, em 2012. Essas infecções são responsáveis por mais de 190 milhões de casos em todo o mundo. O HPV afeta 11,7% da população mundial e, dependendo do seu potencial de causar câncer, esse vírus pode ser epidemiologicamente classificado como baixo risco (RR) e alto risco (HR), o último é detectado em cerca de 95% dos cânceres cervicais (BRITO, 2018).

Os dois principais fatores de risco para IST são práticas sexuais sem uso de preservativos e idade jovem. Em relação à sífilis, por exemplo, as notificações no Brasil vêm apresentando tendência de aumento na população mais jovem, de 13 a 29 anos. Por esse motivo, foram incluídas no rastreamento anual as pessoas de até 30 anos de idade com vida sexualmente ativa (BRASIL, 2019).

As IST levam a sérias consequências como a transmissão vertical, morte neonatal e parto prematuro. A sífilis na gestação provoca, por ano, no mundo, cerca de 305 mil mortes neonatais e 215 mil crianças com risco aumentado de morte por prematuridade, baixo peso ao nascer e outras doenças congênitas (IGNACIO, 2016).

Descobriu-se que o uso de drogas ilícitas está positivamente associado às IST. Compartilhar agulhas e reutilizar apetrechos de drogas aumentam a chance de infecções transmitidas pelo sangue, enquanto a influência de drogas ilícitas pode aumentar a probabilidade de envolvimento em comportamento sexual inseguro, como sexo sem preservativo, sexo com múltiplos parceiros, e vendendo sexo para pagar drogas (HAIDER *et al.*, 2020).

3.2. Infecções sexualmente transmissíveis: manifestações clínicas e propedêutica.

3.2.1 Sífilis

A sífilis é uma doença sistêmica de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência quando não tratada causada pelo *Treponema*

pallidum, uma espiroqueta de transmissão sexual na região gênitó-anal, mas qualquer parte do corpo pode ser afetada como o sistema nervoso central e vertical. A sífilis congênita, a infecção fetal se dá por via hematogênica, em qualquer estágio da gestação ou período clínico da afecção materna (DEAK *et al.*, 2017; BRASIL, 2010).

Pode ser classificada de acordo com sua manifestação clínica e tempo de evolução em **Recente e Tardia**. A **sífilis recente** (menos de um ano de evolução) pode ser primária, secundária e latente recente, enquanto a **Sífilis Tardia** (mais de um ano de evolução) pode ser latente tardia e terciária (DEAK *et al.*, 2017).

A característica clínica da **sífilis primária** é o cancro duro (ulceração única e indolor) que surge após cerca de 21 dias após o contato infectante e se não tratada evolui espontaneamente em 3 a 6 semanas. É altamente infectante e rica em treponemas. A **forma secundária** ocorre 6 a 8 semanas após o surgimento da lesão primária e se apresenta como micropoliadenopatia generalizada e roséolas sífilíticas (lesões eritemato-rosácea disseminadas pela pele do corpo), lesões brancas nas mucosas, alopecia e condilomas planos (perianais e vulvares). A forma latente é o período em que não se detecta lesões tegumentares ou mucosas (DEAK *et al.*, 2017; BRASIL, 2010).

A sífilis terciária ocorre de três a 12 anos após a fase de latência e pode apresentar sintomas neurológicos, cardiovasculares (aneurisma da aorta) e cutâneos (gomas) (BRASIL, 2014).

A sífilis continua sendo um importante problema de saúde pública globalmente, com a OMS estimando que houve 6 milhões de novas infecções em todo o mundo em 2016. A sífilis pode resultar em morbidade grave, incluindo sífilis ocular, neurosífilis e infecção congênita. Na última década, a incidência de sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) aumentou acentuadamente em muitos países. Por exemplo, nos Estados Unidos, a taxa de sífilis primária ou secundária entre HSH aumentou de 11,7 casos por 100.000 habitantes em 2014 para 18,7 por 100.000 habitantes em 2018. A incidência de sífilis tem sido particularmente alta entre HSH que estão recebendo profilaxia pré-exposição contra o HIV infecção, ressaltando a importância do rastreamento regular da sífilis junto

com o teste de HIV em HSH que estão usando profilaxia pré-exposição contra a infecção pelo HIV. Mais recentemente, a sífilis ressurgiu entre os heterossexuais nos Estados Unidos (WILLIAMSON *et al.*, 2020).

O diagnóstico da sífilis pode ser feito através dos exames diretos (Campo escuro e pesquisa direta com material corado) e dois tipos de testes imunológicos, os **treponêmicos** (Imunofluorescência indireta-FTA-Abs, ELISA, Teste de hemaglutinação e aglutinação, Teste rápido treponêmico, e Teste específicos para detecção de anticorpos anti-T pallidum do tipo IGM) e **não treponêmicos** (VDRL, RPR, USR e TRUST) (BRASIL, 2015).

3.2.2 HIV/AIDS

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um retrovírus classificado na família dos *Lentiviridae*, que compartilham algumas atividades comuns, como o período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune (BRASIL, 2014).

Estudos mostram que pessoas que apresentam IST são mais propensas a adquirirem o vírus HIV. O HIV é particularmente afetado por acompanhamento de IST virais e bacterianas associadas a inflamação da mucosa e úlceras genitais. Com a inflamação e ruptura da pele, a transmissão pode acontecer mais facilmente, aumentando a infecciosidade do indivíduo acometido, a suscetibilidade do parceiro, ou ambos. Comportamentos que aumentam o risco de adquirir uma infecção frequentemente aumentam o risco de adquirir outras infecções, seja por via oral, anal ou vaginal. Os comportamentos que aumentam o risco de adquirir o HIV e as IST incluem ter múltiplos parceiros, usar álcool ou drogas, e não usar preservativos (LAWSON, 2020).

No Brasil, ao final de 2014, 781.000 pessoas viviam com HIV e foram notificados 93.260 novos casos entre 2007 a junho de 2015. A OMS estima que existam 10 a 12 milhões de casos novos de IST por ano no país. As prevalências de IST encontradas em estudo realizado em 2005, em seis capitais brasileiras, com população que procurou atendimento em clínica especializada, foram de 3,4% e

3,3% para sífilis, 3,3% e 18,5% para gonorréia, 7,3% e 13,1% para *C. trachomatis*, 0,6% e 1,7% para HIV e 44,7% e 32,6% para HPV, em homens e mulheres, respectivamente (IGNACIO, 2016).

Estudos citam os fenômenos de feminização e heterossexualização do HIV, visto que mulheres em união estável ou casadas designam confiança no parceiro, não utilizam o preservativo ou fazem de forma descontinuada. Pesquisas apontam aumento da infecção pelo vírus HIV entre mulheres heterossexuais, pobres, com pouca escolaridade, negras ou pardas, com parceiro único e histórico de múltiplas violências, demonstrando a complexidade epidemiológica desta questão e evidenciando que o contexto social potencializa a vulnerabilidade ao vírus (PEREIRA, 2014).

O HIV, causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. E é alterando o DNA dessa célula que faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção (BRASIL, 2014).

Geralmente a infecção pelo HIV, sem tratamento, leva a uma imunossupressão gradativa, especialmente na imunidade celular, e a uma desregulação imunitária, resultando em infecções oportunistas e/ou manifestações que são condições definidoras da AIDS quando em presença da infecção pelo HIV (ABREU *et al.*, 2016).

As estratégias para testagem têm o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico de infecção pelo HIV e ao mesmo tempo fornecer uma base racional para assegurar que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível, de forma segura e com rápida conclusão. Os testes diagnósticos realizados baseiam-se na utilização de Testes rápidos (TR), que são imunoenaios simples e podem ser realizados até 30 minutos e os exames laboratoriais: Teste ELISA e *Western Blot* (BRASIL, 2013; CARVALHO *et al.*, 2004).

3.2.3 Hepatites B e C

O vírus da hepatite B (HBV) é classificado na família *Hepadnaviridae*, cujas variações genéticas permitem reconhecer dez diferentes genótipos. Dentre os vírus considerados hepatotróficos, é o único com material genômico composto por ácido desoxirribonucleico – DNA. Pode ser transmitido por exposição percutânea ou mucosa, exposição a sangue ou fluidos corporais infecciosos. O HBV é altamente infeccioso, pode ser transmitido na ausência de sangue visível e permanece viável em superfícies ambientais por pelo menos sete dias (SCHILLIE *et al.*, 2018).

A hepatite pelo HBV pode mostrar-se como doença aguda ou crônica. Na forma aguda, cerca de 70% dos casos apresentam a forma subclínica e 30% a forma icterícia, eventualmente um curso mais grave da doença. Na fase aguda, as manifestações clínicas como anorexia, astenia, mal-estar, náusea, vômitos, icterícia, colúria e dor no quadrante superior direito do abdome são indistinguíveis de outras hepatites virais. Na sua forma crônica, a hepatite B é frequentemente assintomática, mas pode evoluir para insuficiência hepática crônica, cirrose e hepatocarcinoma (DUARTE *et al.*, 2020).

O HBV figura como o principal agente etiológico da doença hepática crônica (DHC) em todo o mundo. Mais de 2 bilhões de pessoas já foram infectadas com HBV e 350 milhões delas estão cronicamente infectadas, com morte anual de mais de 1 milhão delas relacionadas ao HBV (AMSALU *et al.*, 2018).

A transmissão de mãe para filho é responsável por aproximadamente metade da infecção crônica por hepatite B em todo o mundo. Em áreas endêmicas, onde as taxas de portadores são superiores a 5%, a transmissão perinatal é comum, especialmente quando as mães infectadas pelo HBV também são HBeAg positivas. A triagem de todas as gestantes para infecção pelo HBV na primeira consulta pré-natal é importante, tendo em vista a morbimortalidade das gestantes, seu efeito no resultado da gravidez e o risco de transmissão vertical de mãe para filho (AMSALU *et al.*, 2018).

O número de casos de hepatite B no Brasil, em 2012, chegou a aproximadamente 10.500. Entre 2004 a 2012 foram notificados 3.600 novos casos, sendo a maioria deles nas regiões Sudeste e Sul. Em relação ao sexo, a maior parte dos casos foi notificada em mulheres. A hepatite B apresenta transmissão tanto

sexual quanto sanguínea e 5,5% dos casos notificados em 2010 estavam ligados ao HIV (IGNACIO, 2016).

A taxa de infecções agudas por HBV relatadas diminuiu 88,5% desde que as recomendações para a vacinação contra Hepatite B foram emitidas pela primeira vez, de 9,6 casos por 100.000 habitantes em 1982 para 1,1 casos por 100.000 habitantes em 2015. A incidência de 2015 é maior para pessoas de 30 a 39 anos (2,6 por 100.000 habitantes). Em 2015, pessoas com idade ≤ 19 anos tiveram a menor incidência (0,02 casos por 100.000 habitantes), provavelmente como resultado da vacinação infantil de rotina (SCHILLIE *et al.*, 2018).

O vírus da hepatite C (HCV) pertence à família *Flaviviridae*, cujo material genético é formado por fita única de RNA de sentido positivo; sua variação genética permite reconhecer sete genótipos diferentes, que apresentam tropismo primário pelo tecido hepático. Sua transmissão ocorre por meio da exposição percutânea, sexual e vertical. No entanto, ressalta-se que a via parenteral é muito mais eficiente e prevalente (DUARTE *et al.*, 2020).

Sobre a infecção causada pelo HCV, observa-se que cerca de 50% a 85% das pessoas evoluem para a forma crônica da infecção, apresentando manifestações clínicas inespecíficas como cansaço, alterações do sono, náusea, diarreia, dor abdominal, anorexia, mialgia, artralgia, fraqueza, alterações comportamentais e perda de peso. Como complicações, destacam-se as formas crônicas da doença, como insuficiência hepática, cirrose e hepatocarcinoma (DUARTE *et al.*, 2020).

Globalmente, as hepatites virais são responsáveis por mais de 1,34 milhão de óbitos anualmente. No período de 1999 a 2019, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) registrou a ocorrência de 673.389 casos de hepatites virais no Brasil. Destes, 168.036 (25%) foram referentes à hepatite A, 247.890 (36,8%) à hepatite B, 253.307 (37,6%) à hepatite C e 4.156 (0,6%) à hepatite D. Dados tão significativos levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a assumir, como um dos seus objetivos, eliminar as hepatites virais até 2030 (DUARTE *et al.*, 2020).

O diagnóstico das hepatites virais A, B e C baseia-se na detecção de marcadores sorológicos (antígenos virais e anticorpos específicos) e molecular (ácido nucleico viral) no sangue, soro, plasma ou fluido oral da pessoa infectada, por meio de imunoenaios ou de técnicas de biologia molecular. A incorporação dos testes rápidos ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil ampliou as oportunidades de testagem e de diagnóstico precoce dessas infecções, os quais podem ser realizados em locais sem infraestrutura laboratorial ou de difícil acesso. (BRASIL, 2015).

3.2.4 Clamídia e Gonorréia

Estudos indicam que IST como gonorréia e sífilis aumentam o risco de aquisição do HIV. Além disso, pacientes co-infectados com HPV e *Chlamydia trachomatis* têm quatro vezes mais chances de desenvolver câncer cervical. Nesse contexto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que a vigilância é um meio importante para desenvolver estratégias para prevenir e controlar as IST (BRITO, 2018).

A infecção pela *Chlamydia* pode ser assintomática em até 50% dos homens e até 70% das mulheres. Os sintomas mais comuns são: disúria, dor no baixo ventre, corrimento amarelado, dispareunia, sinusorragia (BRASIL, 2015).

As IST não são apenas prevalentes, elas são uma das principais causas de morbidade e mortalidade. Infecções por clamídia não diagnosticadas entre muitas mulheres jovens são uma preocupação por causa do risco associado de infertilidade. Além disso, clamídia e gonorréia podem resultar em desfechos prejudiciais, como DIP, dor pélvica crônica e gravidez ectópica. A transmissão vertical de IST pode causar sérios danos ao recém-nascido, incluindo prematuridade, pneumonia neonatal, oftalmia neonatal, deficiências de desenvolvimento, e morte. O aumento da prevalência de IST em indivíduos HIV-positivos significa a importância dos cofatores de suscetibilidade e infecciosidade na aquisição e transmissão do HIV e também enfatiza a importância do diagnóstico e tratamento precoce das IST para controlar a aquisição e transmissão do HIV (LAWSON, 2020).

Estudos sobre prevalência de IST no Brasil com representatividade nacional revelam a magnitude do problema. Parturientes atendidas em maternidades públicas apresentaram uma elevada prevalência de 9,8% de clamídia e 1,0% de gonorréia em 2011, e homens que procuraram atendimento em clínicas de IST em 2005, 13,1% de clamídia e 18,4% de gonorréia. Em 2015, mulheres vivendo com HIV apresentaram prevalência de 2,1% de clamídia e 0,9% de gonorréia (MIRANDA *et al.*, 2021).

Segundo dados da OMS, há aproximadamente 127,2 milhões de novos casos de infecção urogenital por *C. trachomatis* a cada ano. Em 2018, aproximadamente 1,76 milhão de infecções por clamídia foram relatadas aos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) nos EUA, e as taxas de casos relatados aumentaram 2,9% entre 2017 e 2018 (PENG *et al.*, 2020).

A presença de sintomas leves e inespecíficos na maioria dos pacientes com *C. trachomatis* apoia a necessidade de triagem de rotina para infecção, que é particularmente recomendada para mulheres sexualmente ativas com menos de 25 anos de idade e mulheres mais velhas em risco (PENG *et al.*, 2020).

Os Testes diretos (pesquisa de antígenos e ácido nucleicos) apresentam maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico, mas são de maior custo. Os testes indiretos (anticorpos séricos) são frequentemente utilizados para o rastreamento devido à facilidade para a coleta e manuseio, mas apresentam restrições por não serem o mais adequado para as infecções ativas e pelos altos índices de reações cruzadas (FERNANDES *et al.*, 2014).

N. gonorrhoeae é o agente etiológico da gonorréia, a segunda IST mais frequentemente relatada no mundo. Esta bactéria normalmente coloniza e infecta o trato genital em homens e mulheres, mas pode ser encontrado em outros locais do corpo, como a mucosa retal e orofaríngea, com ou sem infecção clinicamente evidente (LOURENÇO *et al.*, 2017).

A gonorréia é geralmente sintomática em homens, mais frequentemente como uretrite, com dor ou sensação de queimação ao urinar, secreção uretral e testículos dolorosos. Em contrapartida, as mulheres podem desenvolver cervicite gonocócica sintomática com menos frequência, apresentando um ligeiro aumento

do corrimento vaginal, e raro sangramento vaginal, não relacionado ao fluxo menstrual, dor e queimação ao urinar. A ausência de sintomas em homens, podem levar a infecções sustentadas nas mulheres. A gonorréia complicada pode causar infertilidade (LOURENÇO *et al.*, 2017).

Relatório da OMS indicou a ocorrência de 78 milhões de novos casos de infecção gonocócica em pessoas de 15 a 49 anos em todo o mundo durante 2012. Apesar da alta taxa de incidência, apenas alguns países, incluindo os Estados Unidos (EUA), Canadá, membros da União Europeia (UE) e a Austrália conduzem amplos programas de vigilância sobre gonorréia. Países da América Latina; região do Caribe (LAC) e países da região do Pacífico Ocidental (WPR) e da região do Sudeste Asiático (SEAR) ingressaram no Programa de Vigilância Antimicrobiana Gonocócica (GASP) que foi realizado pela OMS no início de 1990 (LOURENÇO *et al.*, 2017).

Outra questão emergente importante é o aumento da resistência antimicrobiana em *N. gonorrhoeae*, que o CDC identificou como uma ameaça urgente à saúde pública nos Estados Unidos. Estima-se que existam aproximadamente 550.000 infecções por *N. gonorrhoeae* resistentes a medicamentos por ano nos Estados Unidos. De particular preocupação é a redução da suscetibilidade à ceftriaxona, azitromicina ou ambos – os dois principais medicamentos recomendados para tratamento de primeira linha na maioria dos países de alta renda (WILLIAMSON *et al.*, 2020).

A baixa sensibilidade para *N. gonorrhoeae* e a reatividade cruzada com outras espécies de *Neisseria* são limitações dos métodos tradicionais de diagnóstico de gonorréia por coloração de Gram, cultura bacteriana e imunoquímica. Testes de amplificação de ácidos nucleicos baseados na reação em cadeia da polimerase (PCR) (NAATs) para *N. gonorrhoeae* melhoraram significativamente tanto a sensibilidade quanto a especificidade do diagnóstico de gonorréia (JEONG *et al.*, 2021).

3.2.5 Tricomoníase

A tricomoníase é uma infecção causada pelo protozoário parasita flagelado *Trichomonas vaginalis*. É considerada a IST não viral mais prevalente em todo o mundo. Recentemente, a infecção tem sido associada a desfechos adversos na gravidez e aumento dos riscos de aquisição e transmissão do HIV, bem como uma associação com câncer do colo do útero e de próstata (BRUM *et al.*, 2017).

Os sinais e sintomas de infecções por *Trichomonas* são constituídos por corrimento vaginal intenso amarelo-esverdeado, às vezes acinzentado, borbulhante e espumoso, com odor fétido e possível prurido. Pode ocorrer sangramento na relação sexual e dispareunia associada ao processo inflamatório em casos mais graves. Também pode ocorrer edema vulvar e sintomas urinários, como disúria. A maioria dos casos de infecções pelo parasita é assintomática e permanece sem diagnóstico ou tratamento (CARVALHO *et al.*, 2021).

Segundo estimativa da OMS, do total de casos novos de IST curáveis em 2008 (498,9 milhões de adultos de 15 a 49 anos), 276,4 milhões foram decorrentes de *T. vaginalis*. A prevalência e incidência da infecção vaginal por *T. vaginalis* são maiores nas regiões africanas e nas Américas do que em outras partes do mundo (BOUCHEMAL *et al.*, 2017).

Nas infecções por *Trichomonas*, o diagnóstico microbiológico laboratorial mais utilizado na prática clínica é o exame microscópico do conteúdo vaginal fresco em soro fisiológico, observando-se o parasita ao microscópio. O pH é quase sempre superior a 5,0. Na maioria dos casos, o teste para aminas é positivo, e podemos observar bactérias Gram-negativas na bacterioscopia. O diagnóstico também pode ser feito com biologia molecular por meio de reação em cadeia da polimerase, PCR, incluindo testes multiplex que podem detectar mais de um patógeno e permitem identificar até mesmo casos assintomáticos, devido à sua alta sensibilidade (CARVALHO *et al.*, 2021).

3.2.6 Microbiota vaginal

A microbiota vaginal normal e anormal são ecossistemas complexos de mais de 200 espécies bacterianas influenciadas por genes, origem étnica e fatores ambientais e comportamentais. Várias espécies de lactobacilos predominam na

vagina saudável. Eles suportam um sistema de defesa juntamente com substâncias antibacterianas, citocinas, defensinas e outros contra disbiose, infecções e cuidados para uma gravidez normal sem parto prematuro (MENDLING, 2016).

As vaginoses e vulvovaginites constituem as patologias mais frequentes nos consultórios de ginecologia, e responsáveis por cerca de 40% dos motivos de consultas. Quando estão associadas a processos inflamatórios são chamadas de vaginites e vaginoses se não tem ambiente inflamatório. A sintomatologia, a depender do agente etiológico, é representada principalmente por corrimento vaginal, que varia em quantidade, coloração, prurido, sensação de ardor ou odor fétido (LINHARES *et al.*, 2014).

A vaginose bacteriana (VB) figura como a principal alteração da microbiota vaginal em mulheres em idade fértil. O agente etiológico mais frequente é a *Gardnerella vaginalis* (45%), cursando com alterações do pH vaginal (alcalino), infecção urinária, podendo desencadear na gestante risco de aborto, corioamnionite e endometrite no pós-parto, complicações para o recém-nascido e recorrência da leucorréia, fator de risco para aquisição de IST (RIBEIRO *et al.*, 2020).

A VB pode ser diagnosticada pela presença de pelo menos três dos quatro critérios de *Amsel*. Esses critérios são: pH elevado (>4,5), conteúdo vaginal branco e com aspecto homogêneo, tendo como característica o odor de “peixe podre”, produzido pela liberação das aminas após a adição de solução de hidróxido de potássio (*whiff test*) e na avaliação microscópica do esfregaço da secreção vaginal a fresco, a presença de *clue cells* (AMSEL *et al.*, 1983). O outro método utilizado para o diagnóstico da VB é o *Nugent* pela análise microscópica do esfregaço vaginal corado pelo Gram (NUGENT *et al.*, 1991).

A candidíase vulvovaginal (CVV) é uma condição patológica debilitante causada por espécies de *Candida*, um fungo dimórfico do filo Ascomycota que habita os tratos respiratório, gastrointestinal e geniturinário de mais de 30% dos indivíduos saudáveis durante sua vida. Alterações na interação simbiótica entre o fungo e o ecossistema da mucosa estão associadas à disbiose fúngica leve a moderada, dependendo da área infectada e do estado de saúde do paciente (ROSATI *et al.*, 2020).

A vaginite mais frequente é a candidíase, que cursa com um processo inflamatório local causado pela proliferação de fungos no meio vaginal que provocam sintomas como corrimento, prurido, disúria e dispareunia, sendo o agente mais frequente a *Candida albicans* (85% a 95%). As outras espécies de *Candida* (10%) são: *glabrata*, *tropicalis*, entre outras (LINHARES *et al.*, 2018).

Depois da vaginose bacteriana anaeróbica, a CVV é considerada a infecção vaginal mais comum, afetando 75-80% das mulheres pelo menos uma vez na vida. Até 9% das mulheres em várias populações experimentam mais de três ou quatro episódios dentro de um ano, o que é considerado como candidíase vulvovaginal recorrente (RVVC) (ROSATI *et al.*, 2020).

A CVV é considerada uma doença multifatorial, onde uma composição desequilibrada da microbiota vaginal, fatores predisponentes do hospedeiro e genética, bem como cepas de *Candida*, provavelmente favorecem o aparecimento da doença (ROSATI *et al.*, 2020).

A CVV pode ser diagnosticada clinicamente com base na secreção grumosa semelhante a queijo cottage; disúria, prurido, dor, edema, eritema, fissuras e escoriações vulvares. Ou laboratorialmente, através da microscopia salina com adição de hidróxido de potássio, de testes genéticos (PCR multiplex) ou da cultura fúngica, sendo o padrão-ouro para o diagnóstico (OLUWATOSINGOJE *et al.*, 2017).

3.2.7 Rastreamento do câncer do colo do útero e HPV

O Brasil é um país que tem alta incidência de câncer do colo do útero com risco estimado de 17 casos por 100,000 mulheres, porém sua incidência e mortalidade podem ser reduzidas por meio de programas de rastreamento efetivos. O câncer do colo do útero é passível de prevenção e cura, principalmente quando as lesões são diagnosticadas precocemente. Constitui um sério problema de saúde pública, considerado a terceira causa de câncer mais frequente na população feminina e a quarta causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras (TRINDADE *et al.*, 2017).

O câncer do colo do útero representa a principal causa de morte entre as mulheres nos países em desenvolvimento, e o papilomavírus humano (HPV) tem seu papel definido como causa etiológica dessa neoplasia. O HPV está presente em 99,7% das mulheres com câncer do colo do útero e é considerado a IST mais comum em todo o mundo. No entanto, as infecções por HPV são geralmente autolimitadas e apenas infecções persistentes com HPV de alto risco estão associadas com risco de desenvolvimento de lesões precursoras (Neoplasia Intraepitelial cervical -NIC) ou de câncer cervical invasivo. A persistência da infecção tem sido relacionada a alguns fatores, entre eles a infecção concomitante por *C. trachomatis* e outras IST (LIMA, 2018).

A infecção prévia pelo HPV tem sido apontada como o principal fator de risco para o câncer do colo do útero. No entanto, fatores como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros sexuais, uso de contraceptivos orais, tabagismo, baixa condição sócio-econômica, imunossupressão, uso prolongado de contraceptivos orais, higiene íntima inadequada, têm sido apontados como fatores de risco importantes para o desenvolvimento desta neoplasia (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009).

O câncer do colo do útero é prevenível, e curável quando diagnosticado precocemente. Essa neoplasia tem início na forma de uma lesão precursora, que pode ou não evoluir para um processo invasivo no decorrer de um período de 10 a 20 anos, a depender da imunidade do hospedeiro. Esse intervalo de tempo, relativamente longo, permite que ações preventivas sejam realizadas com o objetivo de romper a cadeia epidemiológica da doença. A redução substancial na incidência e mortalidade por câncer do colo do útero em alguns países tem sido associada à implementação de programas de rastreio de base populacional, além de programas públicos de vacinação em massa contra o HPV, com alta eficácia contra os tipos mais oncogênicos (DAMACENA *et al.*, 2015; CAMPOS *et al.*, 2016).

No Brasil o método de rastreamento do câncer do colo do útero é o citopatológico de células cérvico-vaginais pelo método de Papanicolaou, que é um exame simples, eficaz, de baixo custo e tem contribuído na redução da incidência desse tipo de câncer. Neste contexto, o rastreamento reduz a incidência de carcinoma cervical mesmo quando o exame é realizado com intervalo de 10 anos

para 2/3 das mulheres, apresenta um efeito protetor de 93%. Se o exame for realizado anualmente em mulheres de 25 a 64 anos, com resultado negativos, passa-se a realizá-lo a cada 3 anos, isso mostra uma redução de 91% dos casos de câncer do colo do útero (TRINDADE *et al.*, 2017).

Tendo por base a recomendação de repetição do exame a cada três anos, espera-se que a razão exames/ população-alvo seja de 0,3 anualmente, a fim de rastrear 100% das mulheres na faixa etária-alvo do programa ao final desse período. A repetição do exame citopatológico no período até um ano é indicada somente para mulheres que realizaram o exame pela primeira vez, ou que tiveram exames com amostra insatisfatória, ou que apresentaram alterações com necessidade de controle em intervalo menor (DAMACENA *et al.*, 2015).

Apesar de estimar-se que 75% dos exames realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) estejam dentro da faixa etária de 25 a 64 anos, há dificuldade no seguimento da periodicidade recomendada. Apesar da estimativa da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de que 78% das mulheres brasileiras tenham realizado exame preventivo nos três anos anteriores à pesquisa, estimativas de cobertura do rastreamento no SUS calculadas pelos dados registrados nos sistemas de informação do SUS indicam níveis de cobertura inferiores a 50% (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Embora o Brasil possua diretrizes clínicas que definem os protocolos assistenciais para o rastreamento, não há parâmetros estabelecidos para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero. Assim, o monitoramento, na maior parte dos casos, fica restrito às ações de rastreamento, sem englobar as ações de seguimento que incluem a investigação diagnóstica e o tratamento de lesões precursoras (RIBEIRO *et al.*, 2019).

Os principais entraves para a realização dos exames preventivos são a baixa condição socioeconômica; o baixo nível de conhecimento da população acerca das doenças e sobre a importância da realização dos exames rotineiramente; a ineficiência dos serviços de atenção primária a saúde, seja por questão estrutural, de recursos humanos ou de processos de trabalho que não

atendam às necessidades básicas para a prevenção e diagnóstico oportunos de casos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2009).

O HPV é uma infecção muito comum, apresentando como principal sinal o aparecimento de verrugas genitais na vagina, pênis e ânus. É possível também o aparecimento de prurido, queimação, dor e sangramento. Geralmente adquirida após o início da atividade sexual, todavia a maioria das infecções é eliminada pelo sistema imunológico dentro de 2 anos após a aquisição e apenas algumas persistem e progredem para câncer. Um grupo de cerca de 12 tipos são os agentes causais do câncer do colo do útero, sendo o HPV16 e o HPV18 os responsáveis por cerca de 70% dos casos (ALMONTE *et al.*, 2020).

O HPV está ligado a pelo menos cinco doenças malignas, incluindo câncer vulvar, vaginal, anal, peniano, orofaríngeo e cervical. Atualmente, três vacinas contra o HPV estão disponíveis: bivalente (HPV 16,18), quadrivalente (HPV 6,11,16,18) e nonavalente (6,11,16,18,31,33,45,52,58) direcionadas entre 2 e 7 sorotipos de HPV oncogênicos (LAURENT *et al.*, 2018).

O programa de rastreamento do câncer do colo do útero é bem coberto pelas três opções de teste: o teste de HPV, o esfregaço cervical e a colposcopia. Nesta triagem, a colposcopia desempenha um papel importante na identificação detalhada da NIC grau dois ou pior (NIC2+). Entretanto, a acurácia diagnóstica do método padrão, o Papanicolaou seguido de colposcopia, permanece insatisfatória. Para melhorar a detecção do câncer do colo do útero em estágio inicial, novas ferramentas de diagnóstico para neoplasia intraepitelial do colo do útero (NIC) precisam ser desenvolvidas. A endoscopia com magnificação com imagem de banda estreita (ME-NBI), que permite a visualização da microestrutura, bem como da microvascularização da superfície mucosa, tem excelente capacidade diagnóstica para neoplasias precoces (KOBARA *et al.*, 2020).

O teste do HPV está substituindo a citologia na triagem primária. Sua especificidade limitada exige o uso de um segundo teste (triagem) para identificar melhor as mulheres com alto risco de doença cervical. A citologia representa a triagem imediata, mas sua baixa sensibilidade pode prejudicar a sensibilidade do teste de HPV, particularmente em países de baixa e média renda, onde o seu

desempenho tem sido abaixo do ideal. As alternativas para triagem de mulheres HPV-positivas incluem métodos visuais, citologia em base líquida, persistência de HPV de alto risco e tipo específico, genotipagem de HPV, oncoproteínas de HPV e outros novos biomarcadores moleculares (TORRES *et al.*, 2019).

A genotipagem do HPV-16/HPV-18 e o exame citológico em base líquida LBC têm sido recomendados para triagem em algumas diretrizes nacionais de países de alta renda, oferecendo maior sensibilidade do que o LBC isolado e melhor especificidade do que encaminhar todas as mulheres com HPV para colposcopia. A genotipagem dos tipos mais oncogênicos, como estratégia associada levou a um aumento na detecção de neoplasia intraepitelial cervical NIC grau 2 ou superior, em comparação com LBC isoladamente (TORRES *et al.*, 2019).

3.2.8 Vulnerabilidade da população cigana às IST

A vulnerabilidade às IST das mulheres sob supervisão comunitária provavelmente é moldada por seu “ambiente de risco”, que compreende múltiplos fatores individuais, interpessoais e estruturais. Fatores individuais relacionados à aquisição de IST podem incluir idade, raça e uso de substâncias. Estudos mostraram que usuários de drogas têm maior risco de infecção por IST devido a níveis elevados de risco sexual e ligações a redes de alto risco. Os fatores interpessoais incluem comportamentos sexuais de risco, como número de parceiros sexuais, uso de preservativo e violência por parceiro íntimo (VPI). Por exemplo, a VPI demonstrou estar associada ao uso inconsistente do preservativo e ao diagnóstico de IST. Fatores estruturais, como falta de recursos econômicos, falta de moradia e antecedentes criminais, podem facilitar a disseminação das infecções entre populações marginalizadas (DAVIS *et al.*, 2018).

Observa-se a ausência de informações estatísticas e indicadores específicos sobre a população cigana nos sistemas de informação em saúde do país. Ainda que adote a universalidade e a equidade como princípios orientadores, o Sistema Único de Saúde (SUS) não dispõe de qualquer sistema ou mecanismo de coleta de informações e dados específicos relativos à epidemiologia das comunidades ciganas (SILVA JÚNIOR, 2018).

Entre os aspectos vislumbrados constam péssimas condições de higiene e de saneamento básico, a dificuldade de acesso a serviços simples, a falta de adesão dos ciganos aos programas de saúde e o desprezo da sociedade e das autoridades em relação à comunidade (SILVA JÚNIOR, 2018).

Da maneira como estão estruturados, baseados em territórios de saúde definidos, os serviços de saúde são incapazes de reconhecer as particularidades dos povos ciganos, não somente pela questão do nomadismo, mas por não dialogarem com as formas desenvolvidas por eles de se relacionarem com o processo saúde-doença, suas práticas alternativas e outras formas de relacionamento com a cultura externa ao grupo (SILVA JÚNIOR, 2018).

O controle da natalidade é praticamente uma transgressão à cultura cigana, contribuindo para a gravidez precoce e para a multiplicidade de filhos. Faz-se necessário medidas de prevenção como o acesso às informações sobre os métodos anticoncepcionais ou contraceptivos, sobre ciclo fértil e não fértil, sobre IST e câncer uterino. Neste sentido, verifica-se a ausência de práticas preventivas em nível ginecológico, sendo significativo o número de mulheres que nunca realizaram exames para IST e Papanicolaou (BRASIL, 2016).

Dentro da relação matrimonial, evidencia-se a vigilância quanto a virgindade feminina, numa relação de preservação da privacidade sexual das mulheres. Desta forma, observa-se que as mulheres ciganas, por uma exigência cultural, somente podem se consultar com médicos das áreas que envolvam as partes íntimas da mulher, como ginecologistas, quando estes profissionais forem do sexo feminino (TAMBASCO, 2018).

Constata-se que a maior parte destas comunidades recorrem com uma frequência elevada aos serviços de urgência e emergência. Ao contrário do que se verifica nas consultas médicas preventivas, mostrando uma desadequação na utilização dos serviços de saúde. Neste sentido, as comunidades ciganas quando recorrem aos serviços de saúde, recorrem por queixas agudas, numa fase em que os sinais/sintomas das doenças já estão em estado avançado (VICENTE, 2009).

3.2.9 Etnocentrismo e o Sistema Único de Saúde

A cultura brasileira é diversificada, o que não exclui a evidente desigualdade social, que é uma característica marcante de nosso país e é atestada pela explícita hegemonia das classes sociais mais abastadas nos processos de divisão social do trabalho e de divisão da renda, além de fatores como o acesso à saúde, educação, saneamento e segurança (PORFÍRIO, 2020).

A palavra etnocentrismo designa uma forma de enxergar outra etnia (e suas derivações, como cultura, hábitos, religião, idioma e formas de vida em geral) com base na etnia própria. A visão etnocêntrica de mundo não permite ao observador de uma cultura reconhecer a alteridade e faz com que ele estabeleça a sua própria cultura como ponto de partida e referência para quantificar e qualificar as outras culturas (MEDEIROS, 2018).

Os estereótipos negativos dos ciganos geralmente os descrevem como vadios, delinquentes, desonestos e preguiçosos. Já as mulheres ciganas, por causa da prática da quiromancia (leitura de mãos) e adivinhação, são associadas a bruxas, embusteiiras e mistificadoras. Verifica-se ainda que os ciganos são estereotipados como sujos, hereges, pagãos e ateus por não frequentarem a igreja e realizarem seus próprios rituais matrimoniais ou funerários. Apesar desses estereótipos negativos, os ciganos são vistos ainda como bons músicos e dançarinos em função das suas práticas culturais (LIMA, 2016).

O preconceito étnico é descrito como a atitude injustificada ou incorreta em relação a indivíduos com base apenas em sua participação em determinados grupos, como raça ou nacionalidade. Como consequência, o preconceito étnico pode causar iniquidades em saúde, resultando em piores resultados na assistência prestada à saúde (SCHELFHOUT *et al.*, 2022).

O cenário intercultural e interativo de cuidados de saúde pode instigar desafios específicos, especialmente porque essas interações podem ameaçar a equidade na atenção à saúde. Tornando-se necessário reduzir as disparidades no acesso e uso de serviços de saúde para grupos de pessoas com diferentes nacionalidades ou origens étnicas (SCHELFHOUT *et al.*, 2022).

Capacidades como o conhecimento cultural são ensináveis e, portanto, treináveis, tornando essas capacidades um alvo principal para intervenções de

treinamento e educação, a fim de melhorar a competência intercultural de um indivíduo e, eventualmente, também a eficácia do indivíduo em situações interculturais (SCHELFHOUT *et al.*, 2022).

A questão de direitos envolvendo as comunidades tradicionais e minorias étnicas do Brasil ficou esquecida ou negligenciada durante séculos. A inatividade política e a falta de iniciativa sempre foram evidentes. Nesse sentido, somente com a Constituição Federal (CF) brasileira de 1988 foram trazidas algumas alterações quanto à garantia de direitos para esses povos. As referidas medidas, entretanto, inicialmente só iriam contemplar os indígenas, posteriormente, em maio de 1993, a CF as ampliaria aos demais, dentre eles os ciganos (SIMÕES, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela CF de 1988 para atender ao mandamento constitucional que classifica a saúde como um direito de todos e dever do Estado, regulado pela Lei nº. 8.080/1990. A partir da sua criação, toda a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, em conformidade com o seu artigo 195. A CF também estabelece cinco princípios básicos que norteiam o SUS juridicamente, são eles: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (BRASIL, 1990).

Desde a criação do SUS, houve melhora na condição de saúde da população brasileira, contudo, dois problemas persistem: a dificuldade de acesso e o problema de financiamento. No setor público, verifica-se o aumento da restrição do acesso a serviços de maior complexidade, longo tempo de espera em filas para os atendimentos e deficiência de recursos físicos e materiais. Isto se agudiza quando há a percepção do contraste da qualidade do sistema público em relação ao privado, gerando um descrédito da população em relação ao SUS. A mídia, de forma muito intensa, reforça esta percepção, construindo uma segmentação que relega o SUS a produto de consumo de classes sociais inferiores, em que a percepção de simplificação da oferta pública, aliada a dificuldades de acesso, vem contribuindo para a adesão da população às necessidades do capital, especialmente expressas no crescimento dos planos de saúde (CARNUT, 2021).

Um dos principais objetivos dos serviços de saúde é a produção de acesso equitativo para minimizar as disparidades das condições de saúde da população. O acesso aos serviços de saúde pode ser influenciado e condicionado por diversos fatores e refletir na diversidade do cuidado em saúde. A oferta de um conjunto de serviços de saúde não garante o acesso a eles, pois a existência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais e culturais podem influenciar na utilização desses serviços (VICARI *et al.*, 2022).

O acolhimento figura como a forma mais efetiva de promoção de acesso aos serviços de saúde com impactos na resolutividade do cuidado. Além disso, a Atenção Primária à Saúde é apontada como otimizador do acesso aos serviços de saúde, pois as unidades que efetivam essa estratégia disponibilizam atendimento perto do domicílio dos usuários, propiciando o desenvolvimento de vínculo e confiança entre usuários e profissionais de saúde, qualificando e singularizando o cuidado. Além de estimular o cuidado longitudinal, a desmedicalização do diagnóstico e da terapêutica, prevenindo o encaminhamento excessivo para outros profissionais e a sobreposição de tratamentos (VICARI *et al.*, 2022).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico, de caráter quantitativo.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

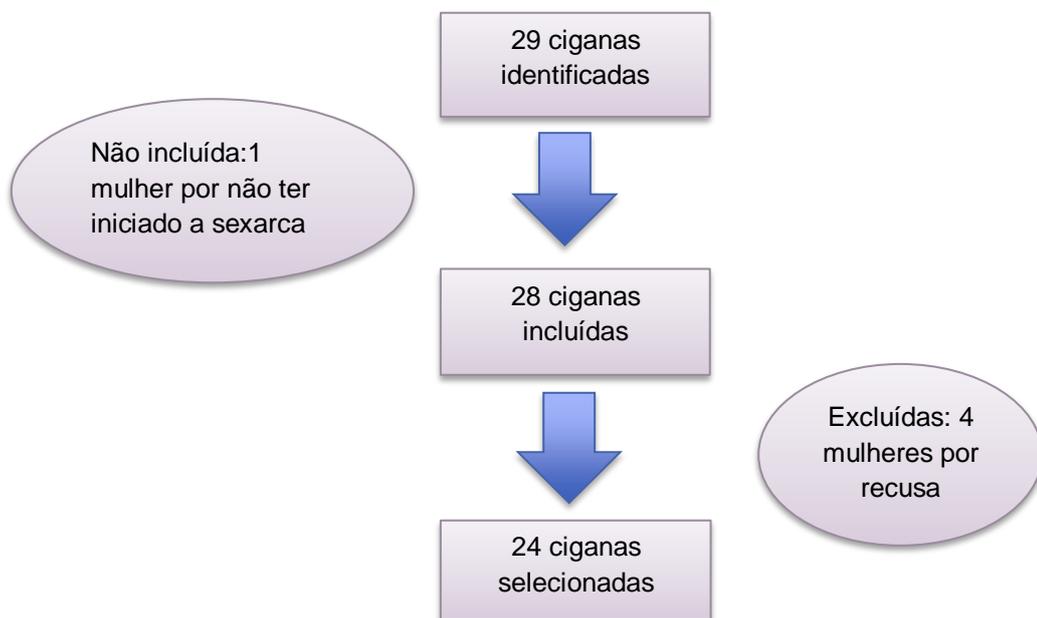
O estudo foi realizado no município de Esperantina - Piauí, estado do nordeste brasileiro, com uma população de 37.767 habitantes, composta por 50,3% de mulheres e com índice de desenvolvimento humano - IDH de 0,605 (IBGE, 2010). Possui 01 laboratório público municipal e 17 equipes de Estratégia de Saúde da Família – ESF.

Os dados foram coletados no período de março de 2021 a janeiro de 2022.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por mulheres ciganas, selecionadas de modo não randomizado. O referencial foi o relatório de cadastros do Sistema Eletrônico de Informações da Atenção Primária a Saúde – E-SUS APS.

Figura 1 – Critérios de inclusão e exclusão da amostra.



Fonte: Amaral, 2022.

4.4 COLETA DE DADOS

As participantes foram entrevistadas por meio de questionário semi-estruturado desenhado para esse fim, adaptado de estudo anterior validado, constando aspectos sociodemográficos, culturais, comportamentais, e os antecedentes ginecológicos, obstétricos e patológicos, além de registro de resultados dos exames realizados. Posteriormente foram convidadas para a realização de exames sorológicos para Sífilis, Hepatites B e C e HIV, sorologia para Clamídia, citopatológico cérvico uterino e bacterioscopia de secreção vaginal.

A coleta de dados contou com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e das Equipes de Saúde da Família locais, de modo que as mulheres foram

identificadas e convidadas a participar da pesquisa. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE ou termo de assentimento para as menores.

As entrevistas foram realizadas no domicílio das participantes, assegurando a privacidade necessária. Em seguida, foi realizado o agendamento dos exames realizados na Unidade Básica de Saúde de referência (citopatológico cérvico-vaginal e exame de secreção vaginal) e no laboratório municipal (Testes rápidos para Sífilis-VDRL, Hepatites B e C, HIV e sorologia para Clamídia). Os exames com resultados alterados foram encaminhados para a respectiva equipe de saúde, responsável pela coordenação do cuidado, para o tratamento necessário.

As mulheres foram aconselhadas e testadas utilizando os testes rápidos de acordo com as recomendações do fabricante para triagem de **sífilis** (Alere Syphilis), por meio da detecção qualitativa de anticorpos IgG, IgM e IgA contra o *Treponema pallidum*, caracterizado como teste treponêmico (Importer Alere S/A, São Paulo, Brasil), para **HIV** usando o Teste Rápido Determine HIV 1/2 (Abbott, Chicago, IL, EUA) em sangue total. Para a **hepatite B** (Vikia ® HBsAg, BioMérieux SA, França), através da detecção qualitativa do antígeno HBs, e para **hepatite C** (anti-HCV; Alere, Standard Diagnostics Inc, República da Coreia).

A citologia cervico-vaginal foi realizada utilizando-se espátula de Ayre longa convencional e cytobrush, coletando-se amostras raspadas da ectocérvice e endocérvice. A amostra foi espalhada finamente sobre uma lâmina de vidro corretamente identificada, que foi imediatamente transferida para um líquido fixador (álcool hidratado). Em seguida, as amostras foram enviadas ao Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí - LACEN. As lâminas foram coradas pelo método de Papanicolaou. De acordo com as normas do Ministério da Saúde do Brasil, os laudos de análise foram divulgados utilizando a nomenclatura descritiva brasileira para laudos citológicos para a detecção de alterações celulares compatíveis com HPV, lesões precursoras do câncer do colo do útero (NIC I, NIC II e NIC III) ou lesão invasora (câncer do colo do útero).

O exame de secreção vaginal foi realizado colocando uma gota de secreção vaginal sobre uma lâmina de vidro com 1 gota de soro fisiológico recoberto por uma

lamínula e levada ao microscópio ótico com um aumento de 40x, para a investigação da microbiota vaginal com a presença de cândida, vaginose bacteriana (*Gardnerella vaginalis*) ou tricomonas, realizados no LACEN.

Para o rastreamento dos casos de Clamídia foram realizadas sorologias IGG e IGM. Para os casos de Gonorréia, foram realizados através de exames pelo método de coloração de Gram.

Os resultados dos exames foram entregues a todas as mulheres participantes e quando diagnosticada uma IST, eram imediatamente tratadas ou encaminhadas para o devido tratamento. Ressaltando-se que quando detectado falta de imunidade nos exames de hepatite B, também foram encaminhadas para vacinação na UBS.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram codificados e digitados em planilha no programa Excell® e a análise estatística executada em duas fases:

Na **primeira fase**, foi ajustado um modelo de regressão logística múltipla para os desfechos positividade para IST, alteração da microbiota vaginal e lesão precursora para câncer do colo do útero em função dos blocos de variáveis independentes: sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais, antecedentes ginecológicos, queixas ginecológicas, exames ginecológicos e diagnóstico. Em cada um dos modelos ajustados para a positividade foram selecionadas as variáveis estatisticamente mais associadas ($p < 0,20$) com cada desfecho.

Na **segunda fase**, as variáveis selecionadas foram incluídas em um modelo de regressão logística múltipla final. Todos os modelos, independentemente da fase, foram ajustados a partir da estatística de **teste Wald**.

Associações foram consideradas estatisticamente significantes se $p \leq 0,05$. O estudo descritivo das variáveis categóricas foi realizado pela distribuição frequencial e das variáveis numéricas quantitativas por medidas de posição e variabilidade.

Diante dos dados gerados foi analisado se as associações observadas eram estatisticamente significantes. Para isso, foi desenvolvido o teste de hipótese, a qual se considerou como **hipótese nula (H_0)** = Não há diferença estatística entre os grupos/variáveis estudados, e como **hipótese alternativa (H_1)** = Há diferença estatística entre os grupos/variáveis estudados.

Para o **teste de Wald** considera-se a **hipótese nula (H_0)**: coeficientes iguais a zero (0), e como **hipótese alternativa (H_1)**: coeficientes diferentes de zero (0).

Foi examinada a multicolinearidade entre as variáveis independentes, apresentando VIF (Fator de Inflação da Variância) < 10 e nível de tolerância $> 0,1$ para 13 (86,67%) das variáveis avaliadas, tornando o teste de colinearidade adequado para esta amostra. Há que se destacar que as variáveis “**estado civil**” e “**parceiro fixo**” apresentaram alta correlação e por este motivo inadequadas para o desfecho da avaliação.

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

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Este estudo cumpriu todas as diretrizes da Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí – UFPI com o parecer número 4.416.127 CAAE 37638720.8.0000.5214.

Todas as participantes da pesquisa assinaram o TCLE e receberam uma via. Para os casos de adolescentes foi oferecido o Termo de Assentimento Livre e esclarecido (TALE) em que as mães e filhas assinaram conjuntamente.

5 RESULTADOS

5.1 FATORES DE RISCOS

5.1.1 Riscos individuais

A média de idade das participantes do estudo foi de 30,2 anos, com idade variando de 15 a 47 anos. A maioria das participantes tinham 30 anos ou menos 58,33% (14). Destas, 79,2% (19) autodeclararam-se pardas, 91,7% (22) tinham apenas o ensino fundamental, 66,7% (16) viviam em união estável e 87,5% (21) declararam-se católicas. A maioria delas 54,2% (13) eram tabagistas, 70,8% (17) faziam uso de bebidas alcoólicas e 20,83% (5) eram usuárias de drogas ilícitas. Quanto a sexarca, a maioria 58,3% (14) iniciou antes dos 14 anos de idade. Muitas delas 87,5% (21) não se consideravam do grupo de risco para aquisição de IST, porém a maioria 62,5% (15) relataram queixas ginecológicas (TABELA 1).

Tabela 1. Características sociais e ginecológicas associadas aos fatores de riscos individuais para IST de mulheres ciganas (N=24). Esperantina, Piauí, 2022.

VARIÁVEIS	N	%
Idade		
Até 30 anos	14	58,3
Mais de 30 anos	10	41,7
Cor autodeclarada		
Branca	01	4,2
Preta	04	16,7
Parda	19	79,2
Escolaridade		
Fundamental	22	91,7
Médio	02	8,3
Estado civil		
Solteira	08	33,3
União estável	16	66,7
Religião		
Católica	21	87,5
Evangélica	03	12,5
Tabagista		

Não	11	45,8
Sim	13	54,2
Etilista		
Não	07	29,2
Sim	17	70,8
Usa droga ilícita		
Não	19	79,2
Sim	05	20,8
Idade da sexarca		
11-13 anos	14	58,3
14-16 anos	09	37,5
17-19 anos	01	4,2
Considera-se do grupo de risco para IST		
Não	21	87,5
Sim	03	12,5
Queixa ginecológica		
Não	09	37,5
Sim	15	62,5

Fonte: Amaral, 2022.

5.1.2 Riscos interpessoais

A Tabela 2 mostra os fatores de riscos interpessoais em que quase a totalidade das mulheres 95,8% (23) relataram relações heterossexuais, com mais de 5 parcerias sexuais na vida 54,2% (13). Do total, 75,0% (18) tinham parceria fixa, porém 12,5% (3) delas relataram mais de uma parceria sexual no último ano e 20,83% (5) relataram ter feito sexo em troca de dinheiro, drogas ou algum benefício pessoal. Todas negaram a utilização do sexo anal, mas 29,2% (7) relataram realizar sexo oral e 20,8% (5) informaram prática do sexo menstruada. A prática sexual após ingestão de bebidas alcóolicas foi referida por 37,5% (9) e por 20,8% (5) após uso de drogas ilícitas. A metade das participantes 50% (12) relataram sentir prazer durante as relações sexuais. A maioria 79,2% (19) são mães e metade 50% (12) tem 3 ou mais filhos, sendo que 41,7% (10) relataram histórico de aborto e 66,7% (16) não desejavam filhos.

Tabela 2. Características sociais e ginecológicas associadas aos fatores de riscos interpessoais para IST de mulheres ciganas (N = 24). Esperantina, Piauí, 2022.

VARIÁVEIS	N	%
Orientação sexual		
Heterossexual	23	95,8
Homossexual	01	4,2
Número de parcerias sexuais		
1-5	11	45,8
6-10	09	37,5
11-15	04	16,7
Parceria sexual fixa		
Não	06	25,0
Sim	18	75,0
Sexo em troca de benefício pessoal		
Não	19	79,2
Sim	05	20,8
Sexo anal		
Não	24	100,0
Sim	00	00,0
Sexo oral		
Não	17	70,8
Sim	07	29,2
Sexo menstruada		
Não	19	79,2
Sim	05	20,8
Sexo após uso de álcool		
Não	15	62,5
Sim	09	37,5
Sexo após uso de drogas ilícitas		
Não	19	79,2
Sim	05	20,8
Sente prazer sexual		
Sempre	12	50,0
Às vezes	12	50,0
Tem filhos		
Não	05	20,8
Sim	19	79,2
Número de filhos		
0	05	20,8
1-2	07	29,2
3 ou mais	12	50,0
Histórico de aborto		
Não	14	58,3
Sim	10	41,7
Deseja filhos		
Não	16	66,7
Sim	08	33,3

Fonte: Amaral, 2022.

5.1.3 Riscos estruturais

A maioria 70,9% (17) delas tinha renda familiar mensal de menos de um salário-mínimo. Do total, 91,7% (22) relataram frequentar serviços de saúde, sendo 95,8% (23) do tipo público, contudo 25% (6) relataram alguma dificuldade de acesso aos serviços. A maior parte 83,3% (20) das mulheres mostraram-se satisfeitas com os serviços de saúde, porém apenas uma pequena minoria 4,2% (1) relatou procurar atividades preventivas. Em muitos casos 62,5% (15) as ciganas não usavam preservativos e nem lubrificantes 87,5% (21). O método contraceptivo mais utilizado pelas participantes foi a laqueadura tubária 45,8% (11), mas 25% (6) não usavam nenhum método contraceptivo. Do total, 20,8% (5) delas relataram nunca ter realizado consulta ginecológica. Quanto a frequência de realização do exame de prevenção de câncer do colo do útero (Papanicolaou), 41,7% (10) apresentaram atraso na realização desse exame e 33,3% (8) relataram nunca ter feito. Em relação a vacinação contra a Hepatite B e o HPV, 91,7% (22) não tinham comprovante vacinal atualizado, 41,7% (10) relataram nunca ter realizado exames para as IST e somente 37,5% (9) tiveram acesso ao aconselhamento ou educação em saúde (TABELA 3).

Tabela 3. Características sociais e ginecológicas associadas a fatores de riscos estruturais quanto ao acesso de mulheres ciganas aos serviços de saúde (N = 24). Esperantina, Piauí, 2022.

VARIÁVEIS	N	%
Frequenta os serviços de saúde		
Não	02	8,3
Sim	22	91,7
Tipo de procura		
Preventiva	01	4,2
Adoecimento	23	95,8
Tipo de serviço		
Privado	01	4,2
Público	23	95,8
Dificuldade de acesso aos serviços		
Não	18	75,0
Sim	06	25,0
Satisfeita		
Não	04	16,7
Sim	20	83,3
Usa preservativo		
Não	15	62,5
Sim	09	37,5
Usa lubrificante		

Não	21	87,5
Sim	03	12,5
Tipo de método contraceptivo		
Nenhum	06	25,0
Hormonal	04	16,7
Laqueadura	11	45,8
Preservativo	03	12,5
Tempo da última consulta ginecológica		
Nunca	05	20,8
1-3 anos	15	62,5
4 anos ou mais	04	16,7
Realização de citopatológico		
Não	08	33,3
Sim	16	66,7
Tempo do último citopatológico		
Nunca	08	33,3
1-3 anos	14	58,3
4 anos ou mais	02	8,3
Resultado do último citopatológico		
Não	08	33,3
Sim	16	66,7
Comprovante vacinal atualizado		
Não	22	91,7
Sim	02	8,3
Realização de sorologia para IST⁽¹⁾		
Não	10	41,7
Sim	14	58,3
Aconselhamento para IST		
Não	15	62,5
Sim	09	37,5

⁽¹⁾Infeção Sexualmente Transmissível.

Fonte: Amaral, 2022.

5.2 PREVALÊNCIA DAS IST, ALTERAÇÕES DA MICROBIOTA VAGINAL E LESÕES PRECURSORAS PARA CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

Mais da metade das mulheres ciganas 58,33% (14) deste estudo testaram positivo para pelo menos uma infecção, ressaltando-se que 41,66% (10) delas tiveram duas ou mais. A IST mais prevalente foi a Sífilis com 37,5% (9) casos, seguida pela Tricomoníase com 12,5% (3) casos. Testaram igualmente positivo para Clamídia e para Gonorréia 4,2% (1). Não houve casos de HIV, Hepatite B e C na amostra estudada. No que se refere a microbiota vaginal, 29,2% (7) das ciganas demonstraram resultados positivos duplamente para Candidíase e Vaginose bacteriana. Em relação às lesões precursoras do câncer do colo do útero, 8,3% (2)

das participantes apresentaram lesão de baixo grau (displasia leve ou NIC 1) ao exame citopatológico cérvico-vaginal (TABELA 4).

Tabela 4. Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis, alterações da microbiota vaginal e lesões precursoras para câncer do colo do útero em mulheres ciganas. Esperantina Piauí, 2022.

VARIÁVEIS	N	%
Infecções sexualmente transmissíveis (IST)		
Sífilis	9	37,50%
Tricomoníase	3	12,50%
Clamídia	1	4,20%
Gonorréia	1	4,20%
HIV	0	0,00%
Hepatite B	0	0,00%
Hepatite C	0	0,00%
Alterações da microbiota vaginal		
Candidíase	7	29,20%
Vaginose	7	29,20%
Lesões precursoras para câncer de colo do útero		
Displasia leve NIC-I	2	8,30%

Fonte: Amaral, 2022.

5.3 ANÁLISE BIVARIADA PARA CHANCES DE OCORRÊNCIA DE IST, ALTERAÇÕES DA MICROBIOTA VAGINAL E LESÕES PRECURSORAS PARA CÂNCER DO COLO DO ÚTERO EM FUNÇÃO DAS VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, COMPORTAMENTAL E CULTURAL DE MULHERES CIGANAS

5.3.1 Associação das IST aos fatores sociodemográficos, comportamentais e culturais

Para o desfecho de sífilis, a variável independente que mostrou maior significância estatística ($p \leq 0,05$) foi: “usa droga ilícita” (0,027) (TABELA 5).

Para Tricomoníase, as variáveis que mostraram maior correlação foram: “queixa aguda” (0,007) e “usa droga ilícita” (0,037) (TABELA 5).

Em relação a Clamídia, não observamos variáveis com significância estatística (TABELA 5).

Quanto a Gonorréia, a variável mais significativa foi: “usa droga ilícita” (0,046) (TABELA 5).

Tabela 5. Modelo de regressão logística binária para chances de ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis em função das variáveis associadas ao perfil sociodemográfico, comportamental e cultural de mulheres ciganas. Esperantina Piauí, 2022.

Variáveis/Doenças	Infecções sexualmente transmissíveis							
	Sífilis		Tricomoníase		Clamídia		Gonorréia	
	Wald	Sig.	Wald	Sig.	Wald	Sig.	Wald	Sig.
Idade jovem	3,161	,075	,753	,386	,636	,425	1,247	,264
Cor parda	,003	,954	,866	,352	2,982	,084	,264	,608
Baixa escolaridade	,145	,703	2,805	,094	,095	,758	,095	,758
União estável	,800	,371	,000	1,000	,522	,470	2,087	,149
Baixa renda	2,327	,127	,000	1,000	,379	,538	,379	,538
Frequenta os serviços de saúde	1,309	,253	,312	,577	,095	,758	,095	,758
Queixa aguda	1,739	,187	7,304	,007	,045	,831	,045	,831
Dificuldade de acesso	,533	,465	3,175	,075	,348	,555	,348	,555
Tabagista	3,234	,072	,216	,642	,883	,347	,883	,347
Etilista	2,272	,132	1,412	,235	,430	,512	,430	,512
Usa droga ilícita	4,867	,027	4,367	,037	,275	,600	3,965	,046
Idade da sexarca	,679	,410	,162	,688	,923	,337	,661	,416
Múltiplos parceiros	,869	,351	,540	,462	,164	,685	,164	,685
Parceiro fixo	2,904	,088	,127	,722	,348	,555	3,130	,077
Não usa preservativo	,107	,744	,025	,873	,626	,429	1,739	,187

Fonte: Amaral, 2022.

5.3.2 Associação das alterações da microbiota vaginal aos fatores sociodemográficos, comportamentais e culturais

Em relação a Candidíase, as variáveis mais significantes ($p \leq 0,05$) foram: “idade jovem” (0,014), “dificuldade de acesso” (0,020) e “tabagista” (0,047). Quanto a vaginose bacteriana, a variável mais associada foi: “parceiro fixo” (0,020) (TABELA 6).

Tabela 6: Modelo de regressão logística binária para chances de ocorrência de alteração da microbiota vaginal em função das variáveis associadas ao perfil sociodemográfico, comportamental e cultural de mulheres ciganas. Esperantina Piauí, 2022.

Variáveis/Doenças	Alterações da microbiota vaginal			
	Candidíase		Vaginose	
	Wald	Sig.	Wald	Sig.
Idade jovem	6,026	,014	2,602	,107
Cor parda	,354	,552	2,496	,114
Baixa escolaridade	,458	,498	,458	,498
União estável	,403	,525	2,521	,112
Baixa renda	1,833	,176	,073	,787
Frequenta os serviços de saúde	,458	,498	,458	,498
Queixa aguda	2,534	,111	2,534	,111
Dificuldade de acesso	5,445	,020	,067	,795
Tabagista	3,962	,047	1,186	,276
Etilista	1,059	,303	,002	,967
Usa droga ilícita	2,906	,088	2,906	,088
Idade da sexarca	,381	,537	1,952	,162
Múltiplos parceiros	,001	,980	,405	,524
Parceiro fixo	1,681	,195	5,445	,020
Não usa preservativo	,121	,728	,336	,562

Fonte: Amaral, 2022.

5.3.3 Associação das lesões precursoras para câncer do colo do útero aos fatores sociodemográficos, comportamentais e culturais

Para as lesões precursoras de câncer do colo do útero, mostraram associações ($p \leq 0,05$) as seguintes variáveis: “queixa aguda” (0,001), “usa droga ilícita” (0,004), “dificuldade de acesso” (0,011), “baixa escolaridade” (0,026) e “não usa preservativo” (0,050) (TABELA 7).

Tabela 7: Modelo de regressão logística binária para chances de ocorrência lesões precursoras para câncer do colo do útero em função das variáveis associadas ao perfil sociodemográfico, comportamental e cultural de mulheres ciganas. Esperantina Piauí, 2022.

Variáveis/Doenças	Lesões precursoras	
	Wald	Sig.
Idade jovem	,213	,645
Cor parda	,551	,458
Baixa escolaridade	4,959	,026
União estável	,273	,602
Baixa renda	3,174	,075
Frequenta os serviços de saúde	,198	,656
Queixa aguda	11,478	,001
Dificuldade de acesso	6,545	,011
Tabagista	1,846	,174
Etilista	,898	,343
Usa droga ilícita	8,291	,004
Idade da sexarca	,011	,915
Múltiplos parceiros	,344	,558
Parceiro fixo	,727	,394
Não usa preservativo	3,636	,050

Fonte: Amaral, 2022.

6 DISCUSSÃO

O conceito de vulnerabilidade em saúde, que se refere à chance de exposição que as pessoas possam ter de adoecer, envolve resultados de aspectos multifatoriais e são divididos em três componentes básicos interligados: o individual, o interpessoal e o estrutural (MAGNO *et al.*, 2019). Foi possível observar nesse estudo elevada vulnerabilidade às IST entre a população feminina cigana, posto que a maioria era jovem, não adotava cuidados preventivos, como o uso de preservativos e referia relações sexuais após consumo de álcool ou drogas.

Observamos neste estudo elevada prevalência (58,33%) de uma ou mais IST na população de mulheres ciganas, ressaltando-se que 41,66% delas tiveram duas ou mais infecções, com uma alta prevalência de casos de sífilis (37,5%) e *T. vaginalis*

(12,5%). Entretanto, observamos menor prevalência por *C. trachomatis*, e *N. gonorrhoeae* (4,2%), cada. Não foi detectado nenhum caso de HIV, Hepatites B e C.

Pela escassez de estudos dessa temática em mulheres ciganas, podemos comparar os resultados com um estudo realizado também em uma população vulnerável de mulheres HIV positivas mostrou que 59,2% tinha pelo menos uma IST diagnosticada no momento da primeira consulta clínica, sendo a mais comum a sífilis com 10,0%, seguido por *Neisseria gonorrhoeae* com 8,0%, pela tricomoníase (5,0%), 3% eram infectadas por *Chlamydia trachomatis*, 1,0% tinham hepatite B e 1,0% hepatite C (BOLDRINI *et al.*, 2021).

Podemos comparar os resultados também com uma investigação entre mulheres trabalhadoras do sexo (MTS) realizada nas principais capitais brasileiras, onde 13,3% foram diagnosticadas com pelo menos uma IST, 11,4% tiveram infecções duplas e 1,1%, infecções triplas. A IST mais prevalente foi a sífilis, com 8,5%, percentual 3,5 vezes maior do que a última investigação de amostragem direcionada pelo respondente (RDS) de 2009, seguida pelo HIV com 5,3%, as prevalências de HBV e HCV foram 0,4 e 0,9, respectivamente (FERREIRA JÚNIOR, 2018).

É possível traçar um comparativo também com um estudo envolvendo uma população quilombola brasileira onde 18,5% das mulheres tinham pelo menos uma IST diagnosticada; sendo a mais comum a tricomoníase com 6,3%; seguida pela sífilis com 4,3%; pela clamídia com 4,3% e 0,3% eram infectadas por HIV (DIAS *et al.*, 2021).

Em 2016, a OMS estimou 6,3 milhões de novos casos de sífilis no mundo, sendo a prevalência em homens e mulheres de 0,5%, com valores regionais variando de 0,1% a 1,6%. No Brasil, estudo nacional de 2016 constatou prevalência de sífilis de 0,6% em jovens que foram chamados para comissões de seleção, após a fase de alistamento militar. Prevalências altas de sífilis também foram observadas entre segmentos das populações-chave no Brasil, como HSH (9,9%), MTS (8,5%) e pessoas privadas de liberdade (3,8%) (FREITAS *et al.*, 2021).

No Brasil, houve um aumento nos casos registrados de sífilis nos últimos anos. Ao comparar uma série histórica de 2010 a 2018, a taxa de detecção de sífilis adquirida aumentou de 2,0 para 76,0 por 100.000 habitantes, um aumento de 3800%,

corroborando os resultados do nosso estudo. Também foi verificado comportamento ascendente nas taxas de detecção de sífilis na gravidez e na incidência de sífilis congênita para o mesmo período, atingindo em 2018 estimativas de 21,4 por mil nascidos vivos e nove por mil nascidos vivos, respectivamente (RONCALLI *et al.*, 2021).

Esses dados são paralelos à situação encontrada entre as gestantes no Brasil com um crescimento considerável na taxa de detecção de sífilis. A taxa de detecção de sífilis em gestantes cresceu entre 21% (Amazonas) e 75% (Rio de Janeiro). A incidência de sífilis obedece ao mesmo perfil de incremento, variando de 35,6% no Distrito Federal 639,9% no Rio Grande do Sul (SARACENI, 2017).

A prevalência elevada de sífilis nas mulheres ciganas incluídas no estudo torna-se preocupante, uma vez que a doença tem como uma das suas repercussões o aumento do risco de transmissão materno-fetal e complicações. Como é difícil o acesso aos serviços de saúde para essas mulheres, possivelmente, na ocorrência de uma gestação, o pré-natal ficará prejudicado, contribuindo para manutenção das altas taxas da sífilis congênita, de outras morbidades, de risco de outras IST e até mesmo de óbito neonatal (DIAS *et al.*, 2021).

Outro estudo mostrou prevalência de (3,8%) de sífilis ativa (2% entre homens; 9% entre mulheres). Isso é consistente com um estudo anterior em grupos vulneráveis que relataram altas taxas de sífilis ativa entre HIV positivos (5,3%), HSH (12,3%), TW (27,0%) e HSH/TW (17,5%), inferiores ao apontado por nossa investigação. A prevalência alarmante de sífilis ativa em mulheres somada às altas taxas de desconhecimento do status sorológico justifica a atenção dos serviços de saúde para melhorar o controle e a ocorrência de formas graves de sífilis, como a sífilis congênita. No entanto, 11,5% dos pacientes com sífilis ativa tinham conhecimento de seu estado sorológico e não estavam em tratamento (CORREA *et al.*, 2017).

A taxa de detecção da sífilis adquirida aumentou de 59,1 casos por 100.000 habitantes, em 2017, para 75,8 casos por 100.000 habitantes, em 2018, sendo verificada maior tendência de crescimento na população entre 20 e 29 anos, de 2010 a 2018, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan),

o que reforça os resultados obtidos neste estudo, onde a população com menor idade (abaixo dos 30 anos), apresentou maior risco para aquisição de IST (BRASIL, 2019).

Entre os fatores sociodemográficos, a baixa escolaridade, a baixa renda e o estado civil (casada ou união estável) são apontados como situações de risco e uma expressão de que a sífilis está relacionada, mas não se limita à pobreza. Igualmente importantes são os comportamentos que tornam a mulher vulnerável, que está sendo associada a um maior risco, como menor idade da primeira relação sexual e gravidez, elevado número de parceiros sexuais, não adesão a práticas sexuais seguras, uso de drogas ilícitas e psicoativas, conforme identificado nesta pesquisa. Algumas dessas condições aumentam o risco quando relacionadas ao acesso insuficiente aos serviços de saúde (MACÊDO *et al.*, 2017).

As estimativas das desigualdades sociais em saúde no Brasil sustentam a hipótese de que a sífilis está associada ao baixo nível socioeconômico, contribuindo para a persistência da transmissão e expondo a fragilidade da assistência não apenas no acesso, mas também na oportunidade de rastreamento, diagnóstico e tratamento. Sabe-se que práticas sexuais inseguras e falta de apoio social aumentam o risco de infecções recorrentes (MACÊDO *et al.*, 2017).

A tendência de aumento na taxa de positividade da sífilis sugere uma mudança nos riscos de IST entre as populações específicas ao longo do tempo. Uma abordagem combinada é altamente recomendada, onde testes regulares e exames clínicos poderiam antecipar o diagnóstico e tratamento. Igualmente relevante, a equipe de saúde deve ser desprovida de estigmas, pois dificulta o acesso aos esforços de tratamento e atenção à saúde e inibe visitas periódicas a unidades de saúde, além do reforço na distribuição e no uso de preservativos pelos grupos populacionais de risco (FERREIRA-JÚNIOR, 2018).

O uso do álcool pode reduzir a percepção de risco para as IST e a capacidade de negociar o uso do preservativo com o parceiro sexual. Em mulheres jovens afro-americanas, o consumo de álcool aumentou os comportamentos sexuais de risco, inclusive com aumento do número de parceiros sexuais e infecção por IST. Devido à ausência de políticas públicas de lazer e de cultura direcionadas às populações vulneráveis, desde muito jovens, homens e mulheres quilombolas são expostos ao

consumo do álcool, tornando essas mulheres ainda mais expostas às IST (DIAS *et al.*, 2021).

No período de janeiro de 2007 a junho de 2019, 49,7% dos casos de HIV ocorreram entre pretos e pardos, característica dos povos ciganos. Esse fato poderá ser considerado pelos gestores de saúde da região do presente estudo na implementação de políticas públicas direcionadas a populações específicas como esta, facilitando-lhes o acesso aos serviços de saúde, a oferta de testes rápidos e tratamento oportuno, evitando a transmissão de novos casos na comunidade e diminuindo as iniquidades em saúde (DIAS *et al.*, 2021).

Constatou-se que a maior parte deste grupo (95,8%) recorre com uma frequência elevada aos serviços de urgência e emergência. Ao contrário do que se verifica nas consultas médicas preventivas, representada pela minoria (4,2%). O que mostra uma desadequação na utilização dos serviços de saúde. Neste sentido, as comunidades ciganas quando recorrem aos serviços de saúde, recorrem por queixas agudas, numa fase em que os sinais/sintomas das doenças já estão em estado avançado.

Estudo mostrou que os participantes que tiveram múltiplos parceiros sexuais (50,3%) e também tiveram altas taxas de relações sexuais desprotegidas (67%), semelhante ao encontrado neste estudo (54,2%) e (62,5%), respectivamente, criaram ainda mais oportunidades para transmissão de IST. Intervenções preventivas e educação sobre os riscos potenciais associados às práticas sexuais incentivariam esses grupos a praticar comportamentos sexuais mais seguros (CORREA *et al.*, 2017).

Associa-se a isso o fato de que 54% das puérperas relataram não utilizar preservativo nas relações sexuais, percentual semelhante ao apontado por nós (54,2%). Este é um resultado inquietante, principalmente considerando todos os esforços de prevenção que vêm sendo desenvolvidos ao longo das duas últimas décadas para controlar a epidemia de AIDS. É necessário que os serviços de saúde repensem o desenvolvimento de ações de educação e prevenção à infecção pelo HIV/AIDS e outras IST junto a esse segmento populacional (RODRIGUES *et al.*, 2004).

A prevalência de tricomoníase (12,5%) entre as mulheres investigadas no presente estudo foi superior à demonstrada em outro estudo nacional (3,8%), que não referiu o método diagnóstico e também empregou amostra de conveniência. Também foi superior a obtida em estudo Inglês (1,6%) que empregou como método diagnóstico a microscopia direta do conteúdo vaginal e inferior à obtida em estudo americano (15,3%) que utilizou a cultura para diagnóstico desta infecção e as participantes foram selecionadas em clínica especializada. A menor prevalência aqui obtida pode ser justificada em função do método (microscopia de secreção vaginal) de mais baixa sensibilidade empregado, além das características da amostra (IGNÁCIO, 2016).

Estudos sobre prevalência de IST no Brasil com representatividade nacional revelam a magnitude do problema. Em 2015, mulheres vivendo com HIV apresentaram prevalência de 2,1% de clamídia e 0,9% de gonorréia, inferiores as prevalências apontadas em nossa investigação (4,2%) (MIRANDA *et al.*, 2021).

Tais estimativas indicam alta frequência das IST e justificam a estratégia global da OMS e a definição de ações prioritárias para alcançar metas de eliminação das IST até 2030. Essa estratégia concentra esforços na resistência antimicrobiana do gonococo e no risco de coinfeção por clamídia, na eliminação da sífilis congênita, o que requer ampliação de testagem e tratamento de gestantes e populações específicas, e na infecção pelo HPV, com ênfase em imunização para eliminação do câncer do colo do útero e verrugas anogenitais (MIRANDA *et al.*, 2021).

A prevalência de lesões de NIC (8,3%) neste estudo foi inferior ao encontrado em outros estudos, podendo esse fato ser relacionado aos hábitos sexuais serem restritos à comunidade cigana e em população jovem (média de 30,2 anos), faixa etária menor do que a prevalência das NIC e câncer de colo do útero (>35 anos) ou pela baixa cobertura dos exames preventivos na população pesquisada. Em comparação, um estudo conduzido em uma clínica de colposcopia no Brasil mostrou prevalência superior (18,2%). No entanto, a prevalência de NIC entre as mulheres que relataram mais de 50 parceiros ao longo da vida foi significativamente maior (33%) (BOLDRINI *et al.*, 2021).

As altas incidências de câncer do colo do útero em mulheres indígenas podem ser atribuídas a alta prevalência de doenças sexualmente transmissíveis,

como a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), a baixa cobertura de exame Papanicolaou e vacinação contra o HPV (AGUIAR *et al.*, 2016). Conforme observamos, 41,7% das mulheres ciganas apresentaram atraso na realização desse exame e 33,3% delas relataram nunca ter realizado. Em relação a vacinação, observamos que 91,7% delas não tinham comprovante vacinal atualizado.

Estudos abrangentes de saúde de povos indígenas da Austrália, Nova Zelândia e América do Norte mostram que povos indígenas com câncer tendem a ser diagnosticados em estágio mais avançado e têm resultados desfavoráveis, o que reforça a necessidade de rastreamento precoce para identificação de lesões pré-neoplásicas (AGUIAR *et al.*, 2016).

Estudos evidenciam que mulheres com menor escolaridade e baixa renda são as que menos comparecem ao serviço de saúde para a consulta de prevenção do câncer do colo do útero. Diante disso, percebe-se que a população carcerária feminina possui características sociodemográficas que aumentam a vulnerabilidade à infecção pelo HPV (DOS ANJOS *et al.*, 2013).

Os fatores de risco desta investigação evidenciaram que 54,2% das entrevistadas relataram ter hábitos tabagistas. Corroborando o achado, estudo realizado com detentas na penitenciária do Rio Grande do Sul encontrou um percentual ainda superior ao do presente estudo, no qual 57,7% das mulheres eram fumantes, um percentual inferior foi encontrado em outro estudo com presidiárias do Ceará, com 44,5%. Tal dado configura-se como fato preocupante, uma vez que o hábito de fumar apresenta forte associação com o desenvolvimento do câncer cervical (DOS ANJOS *et al.*, 2013).

A maioria das mulheres avaliadas (62,5%) relataram não usar preservativos. Ratificando tal achado, pesquisas realizadas no Brasil com presidiárias apontaram que o preservativo é raramente utilizado tanto como método contraceptivo quanto para evitar IST. Logo, o contexto de pouca utilização do preservativo nas prisões brasileiras é preocupante, agravando a situação de vulnerabilidade às IST e, conseqüentemente, ao câncer de colo do útero (DOS ANJOS *et al.*, 2013).

Embora os estudos mostrem que pessoas que apresentam IST são mais propensas a adquirirem o vírus HIV, não foram identificados casos em nossa pesquisa. Comportamentos que aumentam o risco de adquirir uma infecção

frequentemente aumentam o risco de adquirir outras infecções, seja por via oral, anal ou vaginal. Os comportamentos que aumentam o risco de adquirir o HIV e as IST incluem ter múltiplos parceiros, usar álcool ou drogas, e não usar preservativos (LAWSON, 2020).

Destaca-se que a prevalência da infecção pelo HIV obtida no presente estudo é inferior à da população brasileira, (0,4% a 0,7%) e feminina em geral (0,4%), o que pode ser justificada pela não randomização da amostra da presente investigação (IGNÁCIO, 2016).

Neste estudo não foram obtidos casos positivos de Hepatites B e C, diferindo de investigação nacional, realizado no ano de 2005, que obteve prevalência de 7,0% deste agravo entre mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM). Essa diferença pode ser explicada em função da introdução da vacina contra a Hepatite B no calendário vacinal em 1998, fato que levou a redução de indivíduos susceptíveis à infecção, com conseqüente impacto na prevalência da doença (IGNÁCIO, 2016).

Em relação a alteração da microbiota vaginal, a vaginose bacteriana (VB) é um distúrbio do trato genital inferior altamente prevalente entre mulheres em idade reprodutiva em todo o mundo. Afeta 23% a 29% das mulheres em todo o mundo, semelhante ao percentual encontrado no grupo populacional avaliado por nós (29,2%) (CHEN *et al.*, 2021).

A VB figura como a principal alteração da microbiota vaginal em mulheres em idade fértil e pode ser causada por diversos fatores tais como a falta de higiene ou desequilíbrio hormonal. O que pode ser correlacionado a ausência de práticas preventivas em saúde (RIBEIRO *et al.*, 2020).

A *Gardnerella vaginalis* é o microrganismo mais comum identificado nas amostras vaginais de mulheres com VB, estando associada a resultados adversos à saúde reprodutiva, como IST e doença inflamatória pélvica (DIP). Além disso, parto prematuro, baixo peso ao nascer, aborto espontâneo e outros resultados obstétricos adversos (CHEN *et al.*, 2021).

As mulheres jovens e com parceiro fixo, por apresentarem aumento na frequência da prática sexual e diminuição na utilização de preservativos, uma vez que designam confiança no parceiro, estão mais expostas ao risco de desenvolverem

VB. Pois esses fatores contribuem para o aumento do pH vaginal, pelo contato constante com o sêmem, tornando o ambiente mais alcalino, favorecendo a alteração da microbiota vaginal (RIBEIRO *et al.*, 2020).

A candidíase vulvovaginal (CVV) é a segunda causa mais comum de infecções vaginais após a VB. Durante a idade fértil, 75% das mulheres experimentam pelo menos um episódio de CVV e 40-50% dessas mulheres experimentam um segundo episódio. As espécies de *Candida albicans* constituem 90% das leveduras isoladas da vagina (MTIBAA *et al.*, 2017).

Fatores predisponentes de CVV relacionados ao hospedeiro, como diabetes mellitus tipo 2, regimes de imunossupressão, antibioticoterapia, bem como fatores comportamentais, como tabagismo, uso de contraceptivos e dispositivos intrauterinos, têm sido sugeridos para promover o seu aparecimento (ROSATI *et al.*, 2020).

A prevalência de CVV em nosso estudo foi de 29,2%, inferior a encontrada em estudo tunisiano, com percentual de 32,87%. A prevalência de CVV varia de acordo com os países e tipos de população estudados: foi de 6,3% na China que estudaram 397 mulheres não grávidas e 20,47% na Índia que estudaram 1050 mulheres (MTIBAA *et al.*, 2017).

Um estudo italiano avaliou 5.820 mulheres não gestantes ambulatoriais com sinais e sintomas sugestivos de vulvovaginites. Dentre elas, 1.046 (18%) foram diagnosticados como afetados por CVV e 968 (17%) por infecções bacterianas, percentuais inferiores ao apontado em nosso estudo (29,2%) (INTRA *et al.*, 2022).

A ampliação de estratégias custo-efetivas, como programas de prevenção do câncer e campanhas educativas, pode contribuir para aumentar a conscientização das mulheres ciganas sobre a prevenção do câncer do colo do útero e respectivos fatores de riscos modificáveis, por meio da promoção de hábitos alimentares mais saudáveis, atividade física regular e abstenção do tabagismo (AGUIAR *et al.*, 2016).

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

7 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo permitem concluir que:

Dentre as infecções sexualmente transmissíveis, as mulheres ciganas apresentam uma elevada prevalência de casos de Sífilis e *T. vaginalis* e menos frequentemente a infecção por *C. trachomatis*, e *N. gonorrhoeae*, mas sem diferenças na alteração da microbiota vaginal em relação à Candidíase e Vaginose bacteriana.

Apesar da baixa procura aos serviços de atenção à saúde da mulher, só foram evidenciadas nos exames citopatológicos de prevenção do colo do útero as lesões de baixo grau (displasia leve, NIC 1) nas mulheres ciganas.

A presença de uma ou mais IST, de alterações da microbiota vaginal e de lesões precursoras para neoplasia do colo do útero estão significativamente associadas aos fatores de vulnerabilidade social e comportamento sexual inseguro das ciganas, como idade jovem, cor parda, união estável, baixa renda e escolaridade, procura aos serviços de saúde por motivos agudos e dificuldades de acesso, uso de fumo, álcool e drogas ilícitas, multiplicidade de parceiros sexuais e não uso de preservativos.

Tais achados abrem oportunidades para a realização de medidas de prevenção e de controle das IST na população cigana, que vão desde a qualificação dos profissionais de saúde quanto ao acolhimento, com vistas a redução de estigmas, a testagem rápida e aconselhamento para as IST, educação em saúde e fornecimento de preservativos, diagnóstico e tratamento de casos ativos, até mesmo para os gestores de saúde, na implementação de políticas públicas direcionadas para essa comunidade.

REFERÊNCIAS

ABREU, R.S. *et al.* Estudo Epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), Caxias-MA. **Rev. Interd.**, v.9, n.4, p. 132-141, out. nov. dez. 2016.

AGUIAR, P. N. Jr. *et al.* Disparities in cancer epidemiology and care delivery among Brazilian indigenous populations. **Einstein** (Sao Paulo). 2016 Jul-Sep;14(3):330-337. doi: 10.1590/S1679-45082016AO3754. PMID: 27759820; PMCID: PMC5234743.

ALBUQUERQUE, K. M. *et al.* Cobertura do teste de Papanicolau e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 Sup 2: S301-S309, 2009.

ALMONTE, M. *et al.* Multicentric study of cervical cancer screening with human papillomavirus testing and assessment of triage methods in Latin America: the ESTAMPA screening study protocol. **BMJ Open**. 2020 May 24;10(5):e035796. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035796. PMID: 32448795; PMCID: PMC7252979.

AMSALU, A. *et al.* Prevalence, Infectivity, and Associated Risk Factors of Hepatitis B Virus among Pregnant Women in Yirgalem Hospital, Ethiopia: Implication of Screening to Control Mother-to-Child Transmission. **J Pregnancy**. 2018 Aug 5;2018:8435910. doi: 10.1155/2018/8435910. PMID: 30174956; PMCID: PMC6098924.

AMSEL, R; TOTTEN, P; SPIEGEL, C. A. *et al.*, Nonspecific vaginitis diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. **AM J Med**, v.74, n.14-22, 1983.

BARBOSA, K. F. *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. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 28(2):e2018408, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222019000200318&script=sci_arttext>. Acesso em 14 de jul. de 2020.

BELHOT, R. V.; FERRAZ, A. P. C. M. **Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais.** Gest. Prod., São Carlos, v. 17, n. 2, p. 421-431, 2010.

BOLDRINI, N. A. T. *et al.* Sexually transmitted infections among women living with HIV in a Brazilian city. **Braz J Infect Dis**. 2021 Jan-Feb;25(1):101044. doi: 10.1016/j.bjid.2020.101044. Epub 2021 Jan 6. PMID: 33417851.

BOUCHEMAL, K.; BORIES, C.; LOISEAU, P.M. Strategies for Prevention and Treatment of Trichomonas vaginalis Infections. **Clin Microbiol Rev**. 2017

Jul;30(3):811-825. doi: 10.1128/CMR.00109-16. PMID: 28539504; PMCID: PMC5475227.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Brasília, 01 de agosto de 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres de colo do útero e de mama**. Cad. de Atenção básica. nº 13, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

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 Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Sífilis | 2019. **Bol Epidemiol. 2019** out citado 2020 out 15; especial. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>>. Acesso em 13 de set. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Universidade Federal de Santa Catarina. **Diagnóstico de Sífilis**. TELELAB, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das doenças transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Informativa nº 154/2017**. Brasília, 08 de jun. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo clínico para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**– Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano** / Ministério da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.44 p. : il.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080/1990**. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 19 de ago. de 2022.

BRASIL. Sistema Eletrônico de Saúde da Atenção Primária a Saúde – E-SUS APS. **Relatórios consolidados de cadastros domiciliares da Atenção Primária a Saúde na cidade de Esperantina-PI no ano de 2020**. Disponível em: <<http://192.168.0.100:8080/esus/#/pec>>. Acesso em 13 de set. de 2020.

BRITTO, A. M. A. *et al.* Detecção de infecções sexualmente transmissíveis em um centro de ginecologia brasileiro: alta prevalência de co-infecções. **Jornal Brasileiro de Patologia Medico Laboratorial**. Rio de Janeiro, v. 54, n. 6, p. 393-400, dezembro de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442018000600393&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de jul. de 2020.

BRUM VIEIRA, P; TASCA, T.; SECOR, W. E. Challenges and Persistent Questions in the Treatment of Trichomoniasis. **Curr Top Med Chem**. 2017;17(11):1249-1265. doi: 10.2174/1568026616666160930150429. PMID: 27697044.

CAMPOS, N. G. *et al.* Recursos necessários para a prevenção do câncer do colo do útero em países de baixa e média renda. *PLoS Um*. 6 de outubro de 2016;11(10):e0164000. doi: 10.1371/**journal.pone**.0164000. PMID: 27711124; PMCID: PMC5053484.

CARNUT, L.; FERRAZ, C. B. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate** 45 (129) 02 Ago 2021 Apr-Jun 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202112916>>. Acesso em 19 de ago. de 2022.

CARVALHO, N. S. *et al.* Protocolo Brasileiro de Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2020: infecções que causam corrimento vaginal. **Rev Soc Bras Med Trop**. 17 de maio de 2021;54(suppl 1):e2020593. doi: 10.1590/0037-8682-593-2020. PMID: 34008718; PMCID: PMC8210494.

CHEN, X *et al.* Female Vaginal Microbiome in Health and Bacterial Vaginosis. *Front Cell Infect Microbiol*. 2021 Apr 7;11:631972. doi: 10.3389/**fcimb**.2021.631972. PMID: 33898328; PMCID: PMC8058480.

CORREA, M. E. *et al.* High Prevalence of *Treponema pallidum* Infection in Brazilian Prisoners. **Am J Trop Med Hyg**. 2017 Oct;97(4):1078-1084. doi: 10.4269/**ajtmh**.17-0098. Epub 2017 Aug 18. PMID: 28820706; PMCID: PMC5637599.

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. **Rev. Saude e sociedade**., São Paulo , v. 17, n. 2, p. 120-131, jun. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 de ago. de 2017.

DAMACENA, A. M.; LUZ, L. L.; MATTOS, I. E. Rastreamento do câncer do colo do útero em Teresina, Piauí: estudo avaliativo dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero, 2006-2013. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**,

Brasília , v. 26, n. 1, p. 71-80, mar. 2017 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222017000100071&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 de ago. de 2017.

DAVIS, A. *et al.* Fatores de risco associados a infecções sexualmente transmissíveis entre mulheres sob supervisão comunitária na cidade de Nova York. **Int J DST AIDS**. 2018 jul;29(8):766-775. doi: 10.1177/0956462418755223. Epub 2018 22 de fevereiro. PMID: 29471763; PMCID: PMC6207943.

DIAS, J. A. Infecções sexualmente transmissíveis em mulheres afrodescendentes de comunidades quilombolas no Brasil: prevalência e fatores associados [Sexually transmissible infections in African-descendant women in maroon communities in Brazil: prevalence and associated factors]. **Cad Saude Publica**. 2021 Feb 10;37(2):e00174919. Portuguese. doi: 10.1590/0102-311X00174919. PMID: 33624738.

DOS ANJOS, S. de J. *et al.* Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas [Risk factors for cancer of the cervix in women prisoners]. **Rev Bras Enferm**. 2013 Jul-Aug;66(4):508-13. Portuguese. doi: 10.1590/s0034-71672013000400007. PMID: 24008703.

DUARTE, *et al.* **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: hepatites virais**. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 30(Esp.1):e2020834, 2021.

FERREIRA-JÚNIOR, O. D. C. *et al.* Prevalence estimates of HIV, syphilis, hepatitis B and C among female sex workers (FSW) in Brazil, 2016. **Medicine** (Baltimore). 2018 May;97(1S Suppl 1):S3-S8. doi: 10.1097/MD.00000000000009218. PMID: 29912817; PMCID: PMC5991541.

FREITAS, F. L. S. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. **Epidemiol Serv Saude**. 2021 Mar 15;30(spe1):e2020616. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ress/a/N3PFzwZKhgLVPHngzGRFdfy/?lang=pt>>. Acesso em 10 de jun. de 2022.

HAIDER, M. R. *et al.* Illicit drug use and sexually transmitted infections among young adults in the US: evidence from a nationally representative survey. **Int J STD AIDS**. November; 31(13): 1238–1246, 2020.

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

INTRA, J. *et al.* Prevalence and species distribution of microorganisms isolated among non-pregnant women affected by vulvovaginal candidiasis: A retrospective study over a 20 year-period, **Journal of Medical Mycology**, Volume 32, Issue 3, 2022.

JEONG, J. *et al.* Maxicorpo multivalente de *Neisseria gonorrhoeae* com amplo espectro de especificidade e sensibilidade de cepas para o diagnóstico de gonorreia. **Biomoléculas**, 2021, 11 (3), 484. Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/biom11030484>>. Acesso em 28 de mar. de 2022.

KOBARA, H. *et al.* Neoplasia cervical uterina diagnosticada por endoscopia de ampliação flexível com imagem de banda estreita. **Diagnóstico (Basileia)**. 4 de novembro de 2020;10(11):903. doi: 10.3390/diagnostics10110903. PMID: 33158128; PMCID: PMC7694180.

LAURENT J, LUCKETT R, FELDMAN S. HPV vaccination and the effects on rates of HPV-related cancers. **Curr Probl Cancer**. 2018 Sep;42(5):493-506. doi: 10.1016/j.currproblcancer.2018.06.004. Epub 2018 Jun 23. PMID: 30041818.

LAWSON, R. M. Sexually Transmitted Infections and Human Immunodeficiency Virus **Nurs Clin N Am**, 2020.

LIMA, L. M. *et al.* Infecções sexualmente transmissíveis detectadas por PCR multiplex em tempo real em mulheres assintomáticas e associação com neoplasia intraepitelial cervical. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**[online]. 2018, vol.40, n.9, pp.540-546. ISSN 1806-9339. Disponível em: <<https://doi.org/10.1055/s-0038-1669994>>. Acesso em 14 de jul. de 2020.

LIMA, M. E. O. FARO, A. DOS SANTOS, M. R. A desumanização Presente nos Estereótipos de Índios e Ciganos. **Psic.: Teor. e Pesq.** 32 (1) • Jan-Mar 2016 • Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-37722016012053219228>>. Acesso em 17 de ago. de 2022.

LOURENCO, A. P. R. C *et al.* Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: history, molecular mechanisms and epidemiological aspects of an emerging global threa **brazilian journal of microbiology** 4 8 (2 0 1 7) 617–628.

MACÊDO, V. C. *et al.* Risk factors for syphilis in women: case-control study. **Rev Saude Publica**. 2017 Aug 17;51:78. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007066. PMID: 28832758; PMCID: PMC5559218.

MAGNO, L. *et al.* **Estigma e discriminação relacionados à identidade de gênero e à vulnerabilidade ao HIV/aids entre mulheres transgênero: revisão sistemática.** Cadernos de Saúde Pública. 35 nº.4 Rio de Janeiro, Abr 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00112718>>. Acesso em 29 de mar. de 2022.

MARQUES D. **Massacre dos ciganos: O filme.** MD Pictures, 2021. Disponível em: <<https://www.youtube.com.br>>. Acesso em 17 de ago. de 2022.

MENDLING W. **Vaginal Microbiota.** *Adv Exp Med Biol*. 2016;902:83-93. doi:10.1007/978-3-319-31248-4_6 Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27161352/>>. Acesso em 29 de mar. de 2022.

MEDEIROS, L. A. SOARES, M. L. **Os ciganos no brasil: identidade e cidadania.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, 2018.

MIRANDA, A. E. *et al.* Políticas públicas em infecções sexualmente transmissíveis no Brasil [Public policies on sexually transmitted infections in Brazil]. **Epidemiol Serv Saúde.** 2021 Mar 15;30(spe1):e2020611. Portuguese, Spanish. doi: 10.1590/S1679-4974202100019.esp1. PMID: 33729408.

MTIBAA L, *et al.* Vulvovaginal candidiasis: Etiology, symptomatology and risk factors. **J Mycol Med.** 2017 Jun;27(2):153-158. doi: 10.1016/j.mycmed.2017.01.003. Epub 2017 Mar 15. PMID: 28314677.

NUGENT, R.P; KROHN, M.A.; HILLER, S.L. Reability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. **J Clin Microbiol**, v.297, p.302-29, 1991.

OLIVEIRA, M. M.; PINTO, I. C. Percepção das usuárias sobre as ações de Prevenção do Câncer do Colo do Útero na Estratégia Saúde da Família em uma Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Rev. Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, 7 (1): 31-38, jan. / mar., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292007000100004&script=sci_abstract&tng=pt>. Acesso em 14 de jul. de 2020.

OLUWATOSINGOJE, M. D.; *et al.* Vulvovaginite: encontre a causa para tratá-la Cleveland Clinic **Journal of Medicine** março de 2017, 84 (3) 215-224; DOI: Disponível em: <<https://doi.org/10.3949/ccjm.84a.15163>>. Acesso em 29 de mar. de 2022.

PENG L.; CHEN J. L.; WANG D. Progress and Perspectives in Point of Care Testing for Urogenital Chlamydia trachomatis Infection: A Review. **Med Sci Monit.** 2020 Apr 16;26:e920873. doi: 10.12659/MSM.920873. PMID: 32298243; PMCID: PMC7191959.

PEREIRA, .B. S. *et al.* Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Rev. Ciência e saúde coletiva**, 19(3) 747.758 2014 Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n3/747-758/>>. Acesso em 17 de jul. de 2020.

PORFÍRIO, F. “Cultura brasileira: da diversidade à desigualdade”. **Rev. Brasil Escola**, 2020. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/sociologia/cultura-brasileira-diversidade-desigualdade.htm>>. Acesso em 17 de ago. de 2022.

RIBEIRO, C.M. *et al.* Parâmetros para a programação de procedimentos da linha de cuidado do câncer do colo do útero no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 35(6): jan / fev, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000705008>. Acesso em 14 de jul. de 2020.

RIBEIRO, R. A. B., *et al.* Perfil epidemiológico de mulheres com vaginose em exame papanicolaou de uma unidade de saúde de Belém – PA. **Rev. Eletrônica Acervo Científico**. Belém. Vol. 9 | e3046 | mai 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.25248/reac.e3046.2020>>. Acesso em 21 de jul. de 2020.

ROCHA, E. P. G. **O que é etnocentrismo?** Col. Primeiros Passos. Ed. São Paulo: Brasiliense, p. 5, 1988.

RODRIGUES C. S.; GUIMARÃES M. D.C., Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2004; 16 (3):168–175. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892004000900003>.

RONCALLI, A. G. *et al.* Effect of the coverage of rapid tests for syphilis in primary care on the syphilis in pregnancy in Brazil. **Rev Saude Publica**. 2021 Dec 8;55:94. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003264. PMID: 34910026; PMCID: PMC8621623.

ROSATI, D. *et al.* Candidíase Vulvovaginal Recorrente: Uma Perspectiva Imunológica. **Microorganismos**, 8(2), 144. (2020). Disponível em: <<https://doi.org/10.3390/microorganisms8020144>>. Acesso em 27 de mar. de 2022.

SARACENI, V. *et al.* Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil [Epidemiological surveillance of vertical transmission of syphilis: data from six federal units in Brazil]. **Rev Panam Salud Publica**. 2017 Jun 8;41:e44. Portuguese. doi: 10.26633/RPSP.2017.44. PMID: 28614467; PMCID: PMC6612729.

SCHILLIE, S. *et al.* Prevenção da infecção pelo vírus da hepatite B nos Estados Unidos: Recomendações do Comitê Consultivo sobre Práticas de Imunização. *MMWR. Recomendações e relatórios : Relatório semanal de morbidade e mortalidade.Recomendações e relatórios*, 67(1), 1–31 - 2018 .Disponível em: <<https://doi.org/10.15585/mmwr.rr6701a1>>. Acesso em 27 de mar. de 2022.

SILVA JÚNIOR, A. de A. **Produção social dos sentidos em processos interculturais de comunicação e saúde: a apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal** / Aluizio de Azevedo Silva Júnior. - Rio de Janeiro, 2018. II, 504 f.; il.

SIMÕES, S R. Educação cigana: entre lugares entre escola e comunidade étnica. Passo Fundo. **Revista Espaço Pedagógico**, v. 17, n. 2, p. 348-355, jul./dez. 2010.

SCHELFHOUT, S. *et al.* Intercultural Competence Predicts Intercultural Effectiveness: Test of an Integrative Framework. **Int J Environ Res Public Health**. 2022 Apr 8;19(8):4490. doi: 10.3390/ijerph19084490. PMID: 35457357; PMCID: PMC9026297.

SOARES, J. P. *et al.* Fatores associados a infecções sexualmente transmissíveis em cortadores de cana-de-açúcar: subsídios para cuidar. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. 2020 28:e3306. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692020000100354&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 14 de jul. de 2020.

TAMBASCO, J. R. F. Ciganos no sul do estado do rio de janeiro:transformações sociais e acesso aos direitos fundamentais. **Rev. defensoria pública da união brasília**, df n.11 p. 1-398 jan/dez. 2018.

TAQUETE, S. R. Doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes femininas de comunidades pobres do município do Rio de Janeiro: incidência e diferenças da raça/cor na vulnerabilidade as DST/AIDS. **Rev. Adolescência e Saúde** 8(3):18-26, 2011. Disponível em:

<http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=282>. Acesso em 31 de jul. de 2020.

TORRES-IBARRA L., *et al.* Comparação da Genotipagem e Teste Citológico de HPV-16 e HPV-18 como Teste de Triagem em Triagem Baseada em Papilomavírus Humano no México. **JAMA Netw Open**.1 de novembro de 2019;2(11):e1915781. doi: 10.1001/jamannetworkopen.2019.15781. PMID: 31747033; PMCID: PMC6902808.

TRINDADE, G. B. *et al.*. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero e sua periodicidade em um município de Santa Catarina. **Rev. de Medicina , Online**,Ribeirão Preto, 50(1):1-10, jan, 2017. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/134993>>. Acesso em 14 de jul. de 2020.

VICARI, T. *et al.* Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituintes do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. **Saúde debate** 46 (132) • Jan-Mar 2022 Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0103-1104202213209>>. Acesso em 19 de ago. de 2022.

VICENTE, M. J. **As Comunidades Ciganas e a Saúde: um primeiro retrato nacional**. REAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal. 2009.

WILLIAMSON, D. A.; CHEN, M Y. Emerging and Reemerging Sexually Transmitted Infections **n engl j med** 382;21 nejm.org May 21, 2020.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Se achar necessário qualquer outro tipo de esclarecimento você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí no endereço Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, bairro Ininga, CEP 64.049-550, Teresina-PI, e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br, telefone (86)3237-2332.

Pesquisadores responsáveis pelo estudo:

Profa. Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes (Orientadora)
Endereço: Rua Desembargador Pires de Castro, 260
CEP-64001-390
Fone (86) 9 9988-9927
E-mail: ione.gin@hotmail.com

Tácito Leonn Lopes Galvão do Amaral (aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí-UFPI)
Endereço: Rua Leonardo das Dores, 488 A. Esperantina - Piauí
CEP: 64180-000
Fone: (86) 99986-8642
E-mail: tacito_leonn@hotmail.com

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e fatores associados em mulheres ciganas em um município na região norte do Piauí”, a qual será utilizada para dissertação do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Mulher pela Universidade Federal do Piauí.

Este estudo pretende realizar a avaliação da prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e fatores associados em mulheres de origem cigana na cidade de Esperantina - Piauí.

O motivo que nos leva a estudar a realização deste estudo é o impacto negativo que as infecções sexualmente transmissíveis representam para a saúde das mulheres, especialmente para a população de origem cigana, por encontrarem-se em situação de vulnerabilidade social. Necessitando de medidas eficazes de prevenção, identificação e controle destas doenças.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: as mulheres inscritas nos cadastros do Sistema Eletrônico de Informações da Atenção Primária a Saúde – E-SUS APS como ciganas, na faixa etária de 15 a 64 anos, que tenham vida sexual ativa, serão selecionadas para fazerem parte do grupo de estudo, composto por 30 participantes, onde serão entrevistadas por meio de questionário semi-estruturado validado e posteriormente submetidas a realização de exames sorológicos para Sífilis, Hepatites B e C e HIV, sorologia para Clamídia, exame citopatológico cérvico uterino e bacterioscopia de secreção vaginal. Eventualmente, estes exames podem causar incomodo passageiro durante a coleta.

Para participar deste estudo a senhora não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A senhora será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelos pesquisadores.

Os pesquisadores utilizarão os dados e informações prestadas pela senhora, participante ativa desse processo, relatando a sua experiência e percepção sobre a realidade do estudo. Seu nome ou qualquer outro dado que fora cedido será confidencial e será evitada qualquer identificação, sendo mantida a sua identidade em sigilo.

Como benefício desse estudo pode-se destacar que o mesmo constituirá fonte de informações e pesquisa na área de saúde da mulher, além de ser possível detectar doenças e garantir encaminhamento para tratamento adequado, caso venha a apresentá-las. E servir como base para instituição de futuras políticas públicas voltadas ao atendimento das mulheres ciganas da cidade de Esperantina-PI.

Os riscos da pesquisa são mínimos como o constrangimento de relatar dados íntimos pessoais, desconforto ao submeter-se a exames ginecológicos, risco biológico através da coleta de sangue para os exames laboratoriais, sensação dolorosa e formação de mancha roxa (hematoma) no local da punção venosa para realizar os exames complementares da investigação das doenças. Esses riscos serão minimizados de acordo com as boas práticas preconizada pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (2010), como o cuidado com a biossegurança dos profissionais, participantes e ambiente, bem como com os procedimentos realizados para a coleta dos exames, por meio do uso de equipamentos de proteção individual, materiais estéreis e descartáveis, higiene e desinfecção necessária, e pelo profissionalismo dos pesquisadores, que são da área de saúde, que assegurarão a privacidade dos participantes, que manterão sigilo e discrição no ato da entrevista.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a senhora.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos do estudo “Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e fatores associados em mulheres ciganas em um município na região norte do Piauí”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Esperantina, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Se achar necessário qualquer outro tipo de esclarecimento você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí no endereço Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, bairro Ininga, CEP 64.049-550, Teresina-PI, e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br, telefone (86)3237-2332.

Pesquisadores responsáveis pelo estudo:

Profa. Dra. Ione Maria Ribeiro Soares Lopes (Orientadora)
Endereço: Rua Desembargador Pires de Castro, 260
CEP-64001-390
Fone (86) 9 9988-9927
E-mail: ione.qin@hotmail.com

Tácito Leonn Lopes Galvão do Amaral (aluno do Mestrado Profissional em Saúde da Mulher da Universidade Federal do Piauí-UFPI)
Endereço: Rua Leonardo das Dores, 488 A. Esperantina - Piauí
CEP: 64180-000 – Esperantina– PI
Fone: (86) 3383-2325 / (86) 99986-8642
E-mail: tacito_leonn@hotmail.com

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e fatores associados em mulheres ciganas em um município na região norte do Piauí”. Neste estudo pretendemos realizar a avaliação da prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e fatores associados em mulheres de origem cigana na cidade de Esperantina - Piauí.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o impacto negativo que as infecções sexualmente transmissíveis representam para a saúde das mulheres, especialmente para a população de origem cigana, por encontrarem-se em situação de vulnerabilidade social. Necessitando de medidas eficazes de prevenção, identificação e controle destas doenças.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): as mulheres inscritas nos cadastros do Sistema Eletrônico de Informações da Atenção Primária a Saúde – E-SUS APS como ciganas, na faixa etária de 15 a 64 anos, que tenham vida sexual ativa, serão selecionadas por conveniência do pesquisador, para fazerem parte do grupo de estudo, composto por 30 participantes, onde serão entrevistadas por meio de questionário semi-estruturado validado e posteriormente submetidas a realização de exames sorológicos para Sífilis, Hepatites B e C e HIV, sorologia para Clamídia, exame citopatológico cérvico uterino e bacterioscopia de secreção vaginal.

Os pesquisadores utilizarão os dados e informações prestadas pela senhora, participante ativa desse processo, relatando a sua experiência e percepção sobre a realidade do estudo. Seu nome ou qualquer outro dado que fora cedido será

confidencial e será evitada qualquer identificação, sendo mantida a sua identidade em sigilo.

Como benefício desse estudo pode-se destacar que o mesmo constituirá fonte de informações e pesquisa na área de saúde da mulher, além de ser possível detectar doenças e garantir encaminhamento para tratamento adequado, caso venha a apresentá-las. E servir como base para instituição de futuras políticas públicas voltadas ao atendimento das mulheres ciganas da cidade de Esperantina-PI.

Os riscos da pesquisa são mínimos como o constrangimento de relatar dados íntimos pessoais, desconforto ao submeter-se a exames ginecológicos, risco biológico através da coleta de sangue para os exames laboratoriais, sensação dolorosa e formação de mancha roxa (hematoma) no local da punção venosa para realizar os exames complementares da investigação das doenças. Esses riscos serão minimizados de acordo com as boas práticas preconizada pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (2010), como o cuidado com a biossegurança dos profissionais, participantes e ambiente, bem como com os procedimentos realizados para a coleta dos exames, por meio do uso de equipamentos de proteção individual, materiais estéreis e descartáveis, higiene e desinfecção necessária, e pelo profissionalismo dos pesquisadores, que são da área de saúde, que assegurarão a privacidade dos participantes, que manterão sigilo e discrição no ato da entrevista.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que será atendida pelos pesquisadores, que irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo, apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____,
portadora do documento de Identidade _____, fui informada dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar

desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Esperantina, ____ de _____ de 2021.

Assinatura da menor

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C – CARTILHA EDUCATIVA

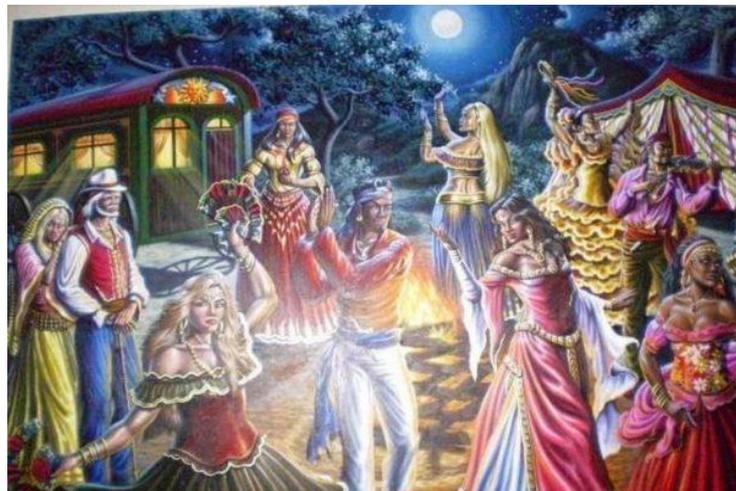
CARTILHA EDUCATIVA

SAÚDE DA

POPULAÇÃO

CIGANA

CUIDADOS E ORIENTAÇÕES PARA
PROFISSIONAIS DE SAÚDE



<https://www.google.com.br/>

TERESINA - PI, 2022

ORGANIZADOR

TÁCITO LEONN L. GALVÃO DO AMARAL

ORIENTADORA

PROF^a DR^a IONE MARIA RIBEIRO S. LOPES

APOIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI



ESSE MATERIAL FOI PRODUZIDO PARA SER ACESSÍVEL E SURTIU COMO TRABALHO FINAL DO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA MULHER, OFERTADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	3
2	BREVE HISTÓRICO	3
3	CIGANOS NO BRASIL	4
4	MODOS DE VIDA	5
5	CUIDADOS EM SAÚDE	6
6	ESTRATÉGIAS DE CUIDADO	8
7	DESAFIOS E CAMINHOS PARA O CUIDADO	9
8	ASPECTOS LEGAIS	10
9	DICAS IMPORTANTES	12
	REFERÊNCIAS	13

1- APRESENTAÇÃO

O presente documento é fruto da necessidade de gerar conhecimento para os profissionais de saúde que prestam cuidados à população cigana, como gestores de políticas públicas, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS) e demais trabalhadores que atuam nos serviços de saúde.

Este manual visa abordar uma breve história dos povos ciganos, as dinâmicas de discriminação, o preconceito e o racismo institucional que criam obstáculos ao acesso deste segmento populacional aos serviços de saúde, além das situações de riscos ambientais que assolam a saúde dessa parcela da população, as necessidades das mulheres e dos homens ciganos para o atendimento nas unidades básicas de saúde, a importância da promoção à atenção básica de saúde da família nessas comunidades, e os marcos legais nacionais.

Assim, este documento pretende contribuir para que o direito à saúde seja uma realidade para os povos ciganos, pois entendemos que o acesso à informação e ao conhecimento são os principais instrumentos para a superação dos estereótipos, dos preconceitos e da discriminação, associados a formação cultural etnocêntrica vigente em nossa sociedade. Os povos ciganos possuem histórias, tradições e costumes e possuem direitos como parte do processo civilizatório do nosso país.



<https://www.google.com.br/>

2- BREVE HISTÓRICO

Os ciganos são um povo nômade, alegre, sábio e muito místico, de origem desconhecida. A teoria mais aceita atualmente os identifica como um grupo originário da Índia, membros de uma casta militar. Por volta do ano 1000, teria iniciado uma

grande diáspora em razão de uma série de invasões islâmicas que resultou numa suposta rota migratória, inicialmente em direção à Ásia Menor e, posteriormente, para os Bálcãs e Europa Ocidental (COSTA *et al.*, 2013). No entanto, os ingleses acreditavam que os ciganos vinham do Egito, tanto que os chamaram de *gypsies*. Porém, os ciganos chamam a si próprios “Rom” ou “Roma”, que significa “homem” no seu idioma.

No período do Brasil Colônia, os ciganos eram associados à barbárie, assumindo importância apenas quando inquietavam as autoridades. Eram considerados “sujos”, “trapaceiros” e “imorais”, e as especificidades de seu modo de vida, bem como suas identidades, eram comumente consideradas apenas no campo da ilegalidade. Esta lógica alimentou a construção de estereótipos poderosos, baseados na ideia de que toda pessoa de etnia cigana era, via de regra, uma “pessoa suspeita”, uma “pessoa não confiável” (LIMA *et al.*, 2016).

Importante observar que o preconceito e o racismo foram transportados na bagagem dos primeiros ciganos deportados de Portugal para o Brasil. Essa realidade perdura através dos tempos. Isso fez com que a população de etnia cigana se condicionasse a viver à margem da sociedade e, conseqüentemente, sem direitos ao exercício da cidadania, como cidadãs e cidadãos brasileiros, uma vez que, infelizmente, os maiores violadores dos seus direitos fundamentais são os próprios agentes públicos.

3- CIGANOS NO BRASIL

No Brasil, existem três grandes grupos que compõem os povos ciganos: os Calon, os Rom e os Sinti, se dividindo em sete clãs: *Kalderash*, *Moldowaia*, *Sibiaia*, *Roraranê*, *Lovaria*, *Mathiwia* e *Kalê*. Estão distribuídos em todos os estados da Federação e no Distrito Federal, desde os endereços mais sofisticados até as periferias das grandes cidades. Muitos deles ainda estão voltados às atividades itinerantes tradicionais da cultura cigana, mas já se observa um número crescente de profissionais atuantes em outras áreas, como saúde, educação, direito e artes em geral (TAMBASCO, 2018).

A realidade dos povos ciganos no Brasil é bastante diferente do estereótipo e da marginalização a que estão hoje inseridos e não representa um povo compacto e homogêneo. Eles raramente acampam juntos e não falam exatamente a mesma

língua, além de terem costumes muito diferentes, como vestimenta e regras diferenciadas em relação ao comportamento e estilo de vida. É importante destacar que nem toda pessoa de etnia cigana é nômade, já que muitos têm residência fixa.

Nos últimos 20 anos, a produção de estudos e pesquisas acadêmicos sobre os povos ciganos no Brasil tem crescido consideravelmente; porém, ainda há uma lacuna significativa com relação à produção de dados e estatísticas oficiais. Atualmente, a única pesquisa de amplitude nacional que oferece dados sobre os povos *romani* no Brasil é a Pesquisa de Informações Básicas Municipais (Munic), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Outro instrumento importante como fonte de dados é o Relatório de Informações Sociais do Bolsa Família e Cadastro Único, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.



<https://www.google.com.br/>

4- MODOS DE VIDA

As famílias ciganas em situação de nomadismo têm a tenda como casa. A tenda, em lonas galvanizadas ou plástica impermeável, é esticada com o uso de técnicas próprias de manejo com as estacas de sustentação no solo que diferem entre os povos *Rom* e os *Calon*. A qualidade das lonas para se proteger da radiação solar dependerá da situação financeira do grupo (BRASIL, 2016).

A maioria acampa em áreas públicas e com autorização prévia dos gestores públicos municipais. Os terrenos designados geralmente não possuem saneamento básico ou qualquer infraestrutura básica, como ponto de água e energia. A água para as tarefas essenciais de preparação das refeições, banhos, e lavagem de roupas é

fornecida pelos vizinhos do local, que em muitos casos cobram taxas pelo abastecimento (BRASIL, 2016).

Algumas famílias têm o hábito de construir a fossa séptica e utilizam cal ou serragem para tampar os dejetos. As fossas são soterradas quando ocorre a retirada do acampamento do local. Outras famílias se utilizam de recipientes para fazer suas necessidades fisiológicas e, após diluído o dejetos em água, jogam em algum canto do terreno. Há também quem se utiliza das moitas dentro ou fora do acampamento (BRASIL, 2016).

As casas de pau a pique, também conhecidas como taipa de mão, taipa de sopapo ou taipa de sebe, são uma técnica construtiva antiga que consiste no entrelaçamento de madeiras verticais fixadas no solo, com vigas horizontais, geralmente de bambu, amarradas entre si por cipós, dando origem a um grande painel perfurado que, após ter os vãos preenchidos com barro, tornam-se paredes (BRASIL, 2016).

Casas, apartamentos, ranchos, e fazendas também são moradia. Observa-se o crescente número de núcleos familiares sedentarizados em bairros na procura por melhores condições de vida, saúde e educação, sem perder a essência de suas tradições e costumes passados de geração a geração.



<https://www.google.com.br/>

5- CUIDADOS EM SAÚDE

As mulheres ciganas são responsáveis pela educação e manutenção de parte da cultura, da saúde e bem-estar de suas famílias e, em alguns núcleos familiares,

pela conservação dos saberes tradicionais do uso das ervas e plantas medicinais como forma de tratamento das enfermidades comumente encontradas nas comunidades (SILVA JÚNIOR, 2018).

Por tradição e costume, em alguns núcleos familiares, casam-se entre os 12 e 15 anos, passando da infância para a responsabilidade da fase adulta. No período gestacional, seguem as orientações dos costumes da família, e a inexistência de atenção básica à saúde compromete o entendimento da importância do pré-natal e do acompanhamento de profissional de saúde. Fato este que se agrava pela condição de vida e pela circunstância do nomadismo ainda observado. Dessa maneira, algumas gestantes chegam às unidades de saúde já em trabalho de parto, acompanhadas por parentes. Outras recorrem ao saber tradicional da parteira.

O controle da natalidade e a prevenção é praticamente uma transgressão à sua cultura. Ter filhos é o maior presente para uma mulher cigana, uma dádiva. Faz-se necessário o acesso às informações sobre os métodos anticoncepcionais ou contraceptivos, pois quando elas recebem orientação sobre o assunto, passam a ter conhecimento do que é o ciclo fértil e não fértil, e quais os métodos contraceptivos, e outras informações relacionadas à prevenção.

A depressão é uma enfermidade observada com maior incidência nas mulheres, propiciada pelas tensões de conflitos existentes no cotidiano, pelo enfrentamento ao racismo e por perdas de filhos, cônjuge ou parentes. O tratamento adequado com o acompanhamento por profissional de saúde dependerá de como as pessoas de seu núcleo familiar utilizam ou não os serviços de saúde, ou quando o racismo institucional não impedir o seu acesso a esses serviços.

A abordagem imediatista dos problemas que cercam o cotidiano é uma marca dessa população e também orienta a forma como se lida com as questões de saúde. A dor, os sintomas de mal-estar norteiam a importância de buscar quem tem conhecimento dos remédios certos para o tratamento. Entretanto, a vergonha de procurar uma unidade de saúde existe, principalmente entre as mulheres ciganas mais novas. A proibição de irem sozinhas ao hospital ou de serem atendidas por médicos do sexo masculino é uma realidade.

Assuntos relacionados à saúde íntima do homem cigano devem ser tratados apenas por eles e com um profissional também do sexo masculino. Camisinha,

exame de próstata e doenças sexualmente transmissíveis são assuntos reservados e, em muitos casos, sequer revelados. Os hábitos alimentares, o tabagismo, o alcoolismo e o estresse com que o homem cigano passa pela vida são fatores que trazem à tona uma série de atitudes e nuances próprias da etnia. Os homens são responsáveis pelo bem-estar e sustentabilidade do acampamento, de suas famílias e de suas comunidades. São literalmente os provedores, aqueles que transmitem o sangue cigano, a continuidade de sua linhagem e a preservação da família. Daí a necessidade premente de ações de atenção básica à saúde, pois os homens ciganos corroboram os índices de que os homens só buscam os serviços de saúde quando os sintomas das doenças já estão em estágios avançados.

O desconhecimento dos profissionais de saúde que realizam o atendimento a esta população é evidente. É necessário fortalecer o conhecimento mútuo: profissionais de saúde precisam conhecer melhor a realidade da população cigana; os ciganos precisam compreender melhor a dinâmica do atendimento à saúde. Ou seja, construir pontes e possibilidades de um diálogo mais efetivo, o que implica processos de capacitação e disseminação de informação para ambos os grupos.



<https://www.google.com.br/>

6- ESTRATÉGIAS DE CUIDADO

Deve-se ter como premissa o respeito, a diversidade cultural e o modo de vida dessa população que apresenta saberes próprios, como a organização de sua comunidade. Nesta visão, em cada núcleo familiar há uma pessoa, comumente os homens, com maior ação de diálogo com os agentes públicos, considerado pela comunidade como o chefe, o líder.

A atuação dos trabalhadores de saúde em uma comunidade cigana inicia-se na **identificação dessa liderança junto ao núcleo familiar**. O diálogo primeiro com este representante é de suma importância para dar ciência sobre as ações de saúde que se pretende realizar, como também estabelecer a relação de confiança e respeito mútuo.

O trabalho na comunidade deve considerar as especificidades de cada etnia cigana e de sua regionalidade. Importante realizar **rodas de conversa com os grupos** de mulheres e homens em separado, a fim de promover a participação sem constrangimento sobre os assuntos a serem abordados, de preferência, com profissionais do mesmo sexo, respeitando os aspectos de gênero.

É importante utilizar **materiais gráficos e audiovisuais**, considerando o fato de a maioria da população de etnia cigana possuir pouca ou nenhuma escolaridade. A linguagem visual propiciará o melhor entendimento dos métodos de prevenção e identificação das doenças, e do acesso aos serviços de saúde.



<https://www.google.com.br/>

7- DESAFIOS E CAMINHOS PARA O CUIDADO

A dificuldade de acesso da população cigana aos serviços de saúde constitui um grande desafio. O caminho para estendermos esse acesso é a ampliação das equipes de Saúde da Família e demais serviços de saúde. É preciso, ainda, **acabar com o preconceito contra a população cigana** entre os profissionais de saúde e, conseqüentemente, garantir o atendimento a esse público.

É fundamental a articulação intersetorial entre os trabalhadores de diferentes áreas que atuam com a população cigana, principalmente entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para isso, **é necessário criar espaços de diálogos entre esses profissionais de saúde e o povo cigano.**

É necessária a criação de espaços de discussão para sensibilização e qualificação das equipes da ESF, em especial os ACS, principal elo de interlocução da saúde com o povo cigano nos territórios. A realização de pesquisas com foco na saúde da população cigana e a elaboração de material que informe a estes brasileiros sobre os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) também são iniciativas que contribuem para a melhoria na atuação dos profissionais junto a essa comunidade.

Apenas com participação e controle social poderemos aprimorar os serviços do SUS. Os usuários devem ser ouvidos e é essencial que haja espaço para participação. A presença de **representantes da população cigana nos conselhos de saúde e a criação de Comitês Técnicos Municipais ou Estaduais de Saúde da População Cigana** são iniciativas que promovem a participação social e certamente contribuem para o aperfeiçoamento do atendimento.



<https://www.google.com.br/>

8- ASPECTOS LEGAIS

A Lei Complementar nº 75, de 20/05/1993, ampliou ainda mais a ação do Ministério Público Federal ao atribuí-lo também a proteção e defesa dos interesses relativos às comunidades indígenas e minorias étnicas (Art. 6, VII, "c"). Diante disto, em abril de 1994, a Coordenadoria de Defesa dos Direitos e Interesses das

Populações Indígenas foi substituída pela Câmara de Coordenação e Revisão dos Direitos das Comunidades Indígenas e Minorias, incluindo-se nestas também as minorias ciganas.

Na Constituição Federal de 1988 existem alguns artigos que, por extensão, dizem respeito também às minorias ciganas:

DIREITO À NÃO DISCRIMINAÇÃO:

“Art.3º. Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I – construir uma sociedade livre, justa e solidária;

IV – promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.”

Art. 5º. “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

XLII – a prática do racismo constitui crime inafiançável e imprescritível, sujeito a pena de reclusão, nos termos da lei.”

DIREITO DE IR E VIR:

“Art. 5º. Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza.

XV – é livre a locomoção no território nacional em tempo de paz, podendo qualquer pessoa, nos termos da lei, nele entrar, permanecer ou dele sair com seus bens.”

DIREITOS CULTURAIS:

Art. 215. “O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais.

§ 1º - O Estado protegerá as manifestações das culturas populares, indígenas e afro-brasileiras, e das de outros grupos participantes do processo civilizatório brasileiro.”

Art. 216. “Constituem patrimônio cultural brasileiro os bens de natureza material e imaterial, tomados individualmente ou em conjunto, portadores de

referência à identidade, à ação, à memória dos diferentes grupos formadores da sociedade brasileira, nos quais se incluem: I – as formas de expressão; II – os modos de criar, fazer e viver; III – as criações científicas, artísticas e tecnológicas. § 3º - A lei estabelecerá incentivos para a produção e o conhecimento de bens e valores culturais.” A Constituição Federal garante aos ciganos nascidos no Brasil os mesmos direitos dos outros cidadãos.

Pelo decreto presidencial nº 10.841, de 25 de maio de 2006, foi instituído o dia 24 de maio no calendário de festividade do Brasil como o Dia Nacional do Cigano, por se comemorar nesta data o dia de Santa Sara Kalí (Padroeira Universal do Povo Cigano).

9- DICAS IMPORTANTES

Deve-se ter como premissa o respeito, a diversidade cultural e o modo de vida dessa população que apresenta saberes próprios, como a organização de sua comunidade.

Em cada núcleo familiar há uma pessoa, comumente os homens, com maior ação de diálogo com os agentes públicos. A atuação dos trabalhadores de saúde em uma comunidade cigana inicia-se na identificação dessa liderança junto ao núcleo familiar, estabelecendo relação de confiança e respeito mútuo.

É importante realizar rodas de conversa com os grupos de mulheres e homens em separado, a fim de promover a participação sem constrangimento sobre os assuntos a serem abordados, de preferência, com profissionais do mesmo sexo, respeitando os aspectos de gênero.

É preciso utilizar materiais gráficos e audiovisuais, considerando o fato de a maioria da população cigana possuir pouca ou nenhuma escolaridade. A linguagem visual propiciará o melhor entendimento dos métodos de prevenção e identificação das doenças, e do acesso aos serviços de saúde.

É fundamental a articulação intersetorial entre os trabalhadores de diferentes áreas que atuam com a população cigana, em especial os ACS, principal elo de interlocução da saúde nos territórios, criando espaços de diálogos entre esses profissionais de saúde e o povo cigano.

É necessária a ampliação das ações das equipes de Saúde da Família e demais serviços de saúde, acabando com o preconceito e a discriminação contra a população cigana. Pois, apenas com a garantia de um atendimento humanizado, livre de estigmas, será possível avançar nos cuidados prestados a essa comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano** / Ministério da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 44 p. : il.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição Federal/1988**. Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em 19 de ago. de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 10.841/2006**. Brasília, 25 de maio de 2006. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em 23 de ago. de 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar nº 75/1993**. Brasília, 20 de maio de 1993. Disponível em: <<https://www.planalto.gov.br/>>. Acesso em 23 de ago. de 2022.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos – SEDH. **Povo cigano, o direito em suas mãos**. Brasília-DF, 2007. Disponível em: <<http://www.sedh.gov.br>>. Acesso em 23 de ago. de 2022.

COSTA, E. *et al.* **Dados oficiais sobre os povos romani (ciganos) no Brasil – 2013**. Brasília: AMSK/Brasil, 2013. 27 p. Disponível em: <<https://www.ams.org.br/>>. Acesso em 23 de ago. de 2022.

LIMA, M. E. O. *et al.* A desumanização Presente nos Estereótipos de Índios e Ciganos. **Psic.: Teor. e Pesq.** 32 (1) • Jan-Mar 2016 • Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-37722016012053219228>>. Acesso em 17 de ago. de 2022.

SILVA JÚNIOR, A. de A. **Produção social dos sentidos em processos interculturais de comunicação e saúde: a apropriação das políticas públicas de saúde para ciganos no Brasil e em Portugal** / Aluizio de Azevedo Silva Júnior. - Rio de janeiro, 2018. II, 504 f.; il.

TAMBASCO, J.R.F. Ciganos no sul do estado do rio de janeiro: transformações sociais e acesso aos direitos fundamentais. **Rev. defensoria pública da união** Brasília, df n.11 p. 1-398 jan/dez. 2018.

ANEXO A

Instrumento de Coleta de Dados (Adaptado de Prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis em mulheres que fazem sexo com mulheres)

Número: _____
 Entrevistador: _____
 Matrícula: _____ Contato: _____
 Endereço: _____ Município: _____
 Telefone: _____ Email: _____

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

1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

Possui documento(s) oficial(is) de identificação? (0) não (1) sim.
 Qual(is)? _____

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

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

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

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

Qual sua ocupação? _____

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

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

Qual o número de pessoas que dependem dessa renda? _____

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

2 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Você frequenta algum serviço de saúde (posto de saúde, pronto-socorro, seja público ou privado)? (0) não (1) sim Em qual (is) a(s) circunstância(s) você procura um serviço de saúde?

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

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

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

Que tipo de serviço de saúde você frequenta? (0) particular (1) público (2) conveniado (3) nenhum Se público: UBS (0) não (1) sim ESF (0) não (1) sim serviço especializado (0) não (1) sim OS (0) não (1) sim

Você já encontrou alguma dificuldade quando procurou um serviço de saúde? (0) não (1) sim Quais foram essas dificuldades? _____

Você encontrou alguma dificuldade em relação aos profissionais de saúde que atenderam você? (0) não (1) sim Quais foram essas dificuldades? _____

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

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

3 CONHECIMENTO SOBRE IST/AIDS

O que são infecções sexualmente transmissíveis? _____

Quais as infecções sexualmente transmissíveis você conhece? _____

Como se pega uma infecção sexualmente transmissível? _____

Como elas podem se manifestar (sintomas)? _____

O que é aids? _____

Uma pessoa infectada pelo HIV tem aids? _____

Como o HIV pode ser transmitido? _____

Como se previne DST/aids? _____

Como ficou sabendo dessas informações? _____

4 CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

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

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

Cocaína:(0) não(1) sim* Craque:(0) não (1) sim*

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

5 COMPORTAMENTO SEXUAL

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

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

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

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

Quantas parcerias sexuais você teve na vida? _____(H) _____(M)(total de parcerias sexuais desde o início da atividade sexual) Quantas parcerias sexuais você teve nos últimos 12 meses: _____

Hoje, você tem uma Parceria fixa? (0) não (1) sim

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

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

Com que frequência? _____

6 PRÁTICAS SEXUAIS

Quando faz sexo, você usa preservativo? (0) nunca (1) às vezes (2)em todas as relações

Se respondeu nunca, por que não usa preservativo? _____

Quando faz sexo, tem Penetração anal? (0) não (1) sim

Usa Preservativo nesse tipo de relação? (0) nunca (1) às vezes (2) em todas as relações Por que não usa preservativo? _____

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

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

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

Usa Preservativo nesse tipo de relação? (0) nunca (1) às vezes (2) em todas as relações Por que não usa preservativo? _____

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

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

Usa Preservativo nesse tipo de relação? (0) nunca (1) às vezes (2) em todas as relações Por que não usa preservativo? _____

Tem relação no período menstrual? (0) não (1) sim.

Usa preservativo nesta situação? (0) não (1) sim

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

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

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

Tem prazer na relação sexual? (0) sempre (1) às vezes (2) nunca Qual a prática que você sente maior prazer? _____

7 REPRODUÇÃO

Você menstrua? (0) não (1) sim

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

Tem filhos? (0) não (1) sim quantos? _____

G P A C/adotado Teve algum Aborto anterior? (0) não (1) sim Se sim? (0) espontâneo
(1) provocado

Você deseja ter filhos? (0) não (1) sim

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

8 DADOS CLÍNICOS

Qual a última vez que você procurou atendimento
ginecológico? _____

Por que procurou? _____

Você já fez o exame de papanicolaou? (0) não (1) sim. Se não, por que? _____

Se sim, data do último papanicolaou: _____

Resultado do último papanicolaou: _____

Com que frequência você realiza o papanicolaou? (0) 2x/ ano (1) 1x/ano (2) a cada 2
anos (3) a cada 3 anos (4) raramente

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

Já fez algum procedimento devido essa alteração? (Antecedente de tratamento para
lesão precursora ou neoplásica do colo uterino (conização, cirurgia de alta
frequência, histerectomia-retirada do útero, Radioterapia) (0) não (1) sim

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

Dupla Adulto: (0) esquema completo e reforço em dia

(1) esquema completo e reforço atrasado

(2) esquema incompleto

(3) não vacinada

(4) sem informação

Febre Amarela: (0) vacinada e em dia (1) vacinada e reforço atrasado

(2) não vacinada (3) sem informação

SCR: (0) 1 dose (1) 2 doses (2) nenhuma dose (3) sem informação
 Hepatite B: (0) esquema completo (1) esquema incompleto (3) não vacinada
 (4) sem informação
 HPV: (0) esquema completo (1) esquema incompleto (3) não vacinada
 (4) sem informação

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

Se sim, Qual(is)? (0) sífilis (1) gonorréia (2) tricomoníase
 (3) cervicite clamidiana (4) herpes genital
 (5) condilomatose (6) vesículas (7) feridas
 (8) hepatite B. Região: (0) genital (1) oral (2) anal

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

Antes e após a coleta você recebeu informações sobre IST?

Aconselhamento (0) não (1) sim (2) não

Você se considera uma pessoa de risco para adquirir IST? (0) não (1) sim.

Por quê? _____

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

Por quê? _____

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

Corrimento: (0) Não (1) Sim Intensidade: (0) pouco (1) moderado (2) muito

Aspecto: (0) Fluido (1) pastoso (2) bifásico (3) outro: _____ Cor: (0) branco (1) amarelo

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

Prurido: (0) não (1) sim (2) às vezes

Ardor genital: (0) Não (1) Sim

Dor em baixo ventre: (0) Não (1) Sim

Dor (profunda) à relação sexual: (0) Não (1) Sim

EXAME DA CAVIDADE ORAL Gengiva: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão.

Características da lesão _____ Mucosa da

bochecha: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão.

Característica da lesão:_____

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

Característica da lesão:_____

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

Língua: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão.

Característica da lesão:_____

EXAME GINECOLÓGICO DURS:_____ DUM: __/__/_____

Exame: Vulva: (0) sem alteração (1) lesão:_____

(2) hiperemia (3) escoriações

Vagina: (0) sem alteração (1) lesão:_____

(2) hiperemia (3) escoriações (4) não visualizada

Conteúdo vaginal: (0) não (1) sim Intensidade: (0) pouco (1) moderado (2) muito

(3) não visualizado (4) não se aplica

Aspecto: (0) Fluido (1) pastoso (2) bifásico (3) outro:_____

(4) não visualizado (5) não se aplica

Cor: (0) branco (1) amarelo (2) acinzentado (3) outro:_____

(4) não visualizado (5) não se aplica

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

(2) duvidoso

Colo uterino: (0) epitelizado (1) ectopia (2) friável (3) outros:_____

(4) não visualizado

9 DADOS LABORATORIAIS / COMPLEMENTARES

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

Resultado do Gram: Flora I (0) não (1) sim;

Vaginose bacteriana: (0) não (1) sim Flora II: (0) não (1) sim

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

Candidíase vaginal: (0) não (1) sim

Gonorréia: (0) não (1) sim

Tricomoníase: (0) não (1) sim

C. trachomatis: (0) não (1) sim Sorologia IgG/IgM _____

Sífilis: (0) não (1) sim Método _____

Hepatite B: (0) não (1) sim

Hepatite C: (0) não (1) sim

HIV positivo: (0) não (1) sim

ANEXO B
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis e fatores associados em mulheres ciganas em um município na região norte do Piauí

Pesquisador: TACITO LEONN LOPES GALVAO DO AMARAL

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Área Temática: Saúde da Mulher

Versão: 2

CAAE. 37638720.8.0000.5214

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.416.127

Apresentação do Projeto:

“Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/UFPI no parecer número 4.343.457, em 16/10/2020”.

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da Pesquisa” e “Avaliação dos Riscos e Benefícios” foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1621354.pdf, de 19/10/2020) , Projeto Detalhado (projeto_detalhado.docx, de 19/10/2020), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESUMO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são afecções causadas por uma grande variedade de agentes etiológicos sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual e, de forma eventual por via sanguínea. O perfil epidemiológico atual demonstra aumento da incidência em mulheres, transmitidas por via heterossexual, acometendo as parcelas mais pobres da população, com menos escolaridade e

maiores fatores de vulnerabilidade social, onde um desses casos é a população cigana. Objetivos: Avaliar a prevalência de IST e fatores associados em mulheres ciganas em um município na região norte do Piauí. Metodologia: Será realizado um estudo observacional, transversal, analítico, de caráter quantitativo, na população feminina cigana no município de Esperantina- Piauí, no ano de 2020. A população alvo será composta por mulheres de origem cigana, na faixa etária de 15 a 64 anos, com vida sexual ativa. O referencial para a amostra será o relatório de cadastros do Sistema Eletrônico de Informações da Atenção Primária a Saúde – E-SUS APS, composta por 30 participantes cadastradas. Serão incluídas as mulheres ciganas que estiverem na faixa etária de 15 a 64 anos e que tenham vida sexual ativa. Serão excluídas as participantes que não se submeterem aos exames, ou se recusarem a participar do estudo. O meio de rastreamento será através dos exames sorológicos para HIV, Hepatites B e C, Sífilis (Testes rápidos e VDRL), Sorologias IgM e IgG para Clamídia, citopatológico cérvico-uterino e bacterioscopia de secreção vaginal. Os dados serão obtidos através de entrevistas por meio de questionário semi-estruturado validado e dos resultados dos exames coletados no laboratório municipal e Unidades Básicas de Saúde da região. Após a coleta de dados, será elaborado um banco de dados na planilha do programa Excell® e as análises estatísticas serão realizadas por meio do software Statistical Package Social Science (SPSS for Windows versão 21.0).

HIPÓTESE

A situação de vulnerabilidade social das mulheres ciganas contribui para o aumento da prevalência de infecções sexualmente transmissíveis, alteração da microbiota vaginal e lesões precursoras de câncer uterino.

Metodologia Proposta:

CONTEXTUALIZAÇÃO DO CENÁRIO DA PESQUISA: As IST representam importante agravo a saúde das mulheres em todo o mundo e especificamente para a população feminina cigana, pois apresentam fatores de vulnerabilidade social que podem contribuir para o aumento dos casos, necessitando de medidas eficazes de prevenção, identificação e controle dessas doenças.

DELINEAMENTO DO ESTUDO: Será realizado um estudo observacional, transversal, analítico, de caráter quantitativo, abordando a avaliação da prevalência

de IST, alterações da microbiota vaginal, lesões precursoras do câncer de colo uterino e fatores associados em mulheres ciganas.

LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO: O estudo será realizado no município de Esperantina - Piauí, situado ao norte do estado, com uma população de 37.767 habitantes, composta por 50,3% de mulheres, com índice de desenvolvimento humano - IDH de 0,605 (IBGE, 2010). Possui 1 laboratório público municipal e 17 equipes de Estratégia de Saúde da Família. Os dados serão coletados no período de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021.

POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO: A população alvo será composta por mulheres de origem cigana. As mesmas serão selecionadas de modo não randomizado, para fazerem parte do estudo. O referencial para a amostra será o relatório de cadastros do Sistema Eletrônico de Informações da Atenção Primária a Saúde – E-SUS APS, composta por 30 participantes cadastradas no município. Serão incluídas as mulheres que estiverem na faixa etária de 15 a 64 anos e que tenham vida sexual ativa. Serão excluídas as mulheres que não se submeterem aos exames, ou recusarem-se a participar do estudo.

COLETA DE DADOS: As participantes serão entrevistadas por meio de questionário semi-estruturado validado constando aspectos sociodemográficos, culturais, comportamentais, e os antecedentes ginecológicos, obstétricos e patológicos, além de registro de resultados dos exames realizados. Posteriormente serão submetidas a realização de exames sorológicos para Sífilis, Hepatites B e C e HIV, sorologia para Clamídia (IgG e IgM), citopatológico cérvico uterino e bacterioscopia de secreção vaginal. A coleta de dados será realizada com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e das Equipes de Saúde da Família locais, de modo que as mulheres serão identificadas e convidadas para participar da pesquisa. As mesmas serão informadas através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE ou termo de assentimento para as menores. As entrevistas serão realizadas no domicílio das participantes, assegurando a privacidade necessária. Em seguida, serão agendados os exames a serem realizados na unidade básica de saúde de referência (citopatológico cérvico-uterino e exame de secreção vaginal) e no laboratório municipal (sorologias para Sífilis, Hepatites B e C, HIV e Clamídia). Os exames com resultados alterados serão encaminhados para a respectiva equipe de saúde responsável pela coordenação do cuidado, para o tratamento necessário.

Posteriormente, os resultados do estudo serão divulgados em forma de dissertação de mestrado e artigo científico.

Critério de Inclusão: Serão incluídas as mulheres que estiverem na faixa etária de 15 a 64 anos e que tenham vida sexual ativa.

Critério de Exclusão: Serão excluídas as mulheres que não se submeterem aos exames, ou recusarem-se a participar do estudo.

Objetivos da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e fatores associados em mulheres ciganas.

Objetivo Secundário: Calcular a prevalência de clamídia, gonorréia, tricomoníase, sífilis, hepatites B e C, HIV, alterações da microbiota vaginal e lesões precursoras para câncer uterino. Avaliar os fatores associados às IST, alterações da microbiota vaginal e neoplasia uterina. Elaborar um instrumento educativo ilustrativo para as mulheres em situação de vulnerabilidade social sobre a prevenção de IST.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Os riscos da pesquisa são mínimos como o constrangimento de relatar dados íntimos pessoais, desconforto ao submeter-se a exames ginecológicos, risco biológico através da coleta de sangue para os exames laboratoriais, sensação dolorosa e formação de mancha roxa (hematoma) no local da punção venosa para realizar os exames complementares da investigação das doenças. Esses riscos serão minimizados de acordo com as boas práticas preconizada pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (2010), como o cuidado com a biossegurança dos profissionais, participantes e ambiente, bem como com os procedimentos realizados para a coleta dos exames, por meio do uso de equipamentos de proteção individual, materiais estéreis e descartáveis, higiene e desinfecção necessária, e pelo profissionalismo dos pesquisadores, que são da área de saúde, que assegurarão a privacidade dos participantes, que manterão sigilo e discrição no ato da entrevista.

BENEFÍCIOS Como benefício desse estudo pode-se destacar que o mesmo constituirá fonte de informações e pesquisa na área de saúde da mulher, além de ser possível detectar doenças e garantir encaminhamento para tratamento adequado,

caso venha a apresentá-las. E servir como base para instituição de futuras políticas públicas voltadas ao atendimento das mulheres ciganas da cidade de Esperantina-PI.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Número de participantes incluídos no Brasil: 30.

Previsão de início do estudo: 12/2020 a 02/2021.

Previsão de encerramento do estudo: 05/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Corrigir a paginação do TCLE e TALE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No parecer anterior foram identificadas as seguintes pendências:

1- Solicita-se detalhar o cronograma no arquivo informações básicas do projeto.

Pendência Sanada.

2- Folha de Rosto: especificar o cargo do responsável que assina a folha de rosto.

Pendência sanada.

3- No TCLE e TALE: a) Solicita-se detalhar todos os riscos e formas de contorná-los, como por exemplo, risco biológico durante coleta de sangue, risco de constrangimento durante os demais exames, etc. (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens II.22 e IV.3). Definir o que seria essas boas práticas, para que os participantes possam compreender melhor.

Pendência sanada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação protocolo de pesquisa.

Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep>.

1* Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de “notificação”.

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Situação do Parecer: Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP: Não.

TERESINA, 23 de Novembro de 2020

Assinado por:

Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento (Coordenador)