



ARTIGO ORIGINAL

O PERFIL DO COMPORTAMENTO SEXUAL DE RISCO DE MULHERES SOROPOSITIVAS PARA SÍFILIS

THE PROFILE OF RISKY SEXUAL BEHAVIOR OF SEROPOSITIVE WOMEN FOR SYPHILIS EL PERFIL DE CONDUCTA SEXUAL RIESGOSA DE LAS MUJERES CON VIH A LA SÍFILIS

Maiara Oliveira Meneses¹, Bianca Dargam Gomes Vieira², Ana Beatriz Azevedo Queiroz³, Valdecyr Herdy Alves⁴, Diego Pereira Rodrigues⁵, Julio César Santos da Silva⁶

RESUMO

Objetivos: identificar o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres soropositivas para sífilis e descrever seus comportamentos sexuais de risco. **Método:** estudo descritivo, seccional, de abordagem quantitativa, utilizando base de dados secundária. A avaliação dos dados foi realizada com o Programa Epi Info e os resultados, apresentados em tabelas. **Resultados:** o perfil socioeconômico e demográfico indica majoritariamente mulheres entre 20 a 24 anos; solteiras; da raça/cor parda; com ensino superior; inseridas no mercado de trabalho. Quanto ao comportamento sexual de risco, aponta para a exposição à sífilis advinda do sexo, relacionamentos heterossexuais, sendo parceiro fixo único, sem utilização de preservativo ou com parceiro eventual, utilizando condom mais da metade das vezes. **Conclusão:** o perfil socioeconômico e demográfico das usuárias pode contribuir para situações de vulnerabilidade. Entretanto, os comportamentos sexuais declarados destas apontam para as situações de risco em relação às infecções sexualmente transmissíveis. **Descritores:** Saúde do Adolescente; Período Pós-parto; Planejamento Familiar; Anticoncepção.

ABSTRACT

Objectives: to identify the socioeconomic and demographic profile of seropositive women for syphilis and to describe their risky sexual behaviors. **Method:** descriptive, sectional, quantitative approach, using a secondary database. The data evaluation was performed with the Epi Info Program and the results, presented in tables. **Results:** the socioeconomic and demographic profile predominantly indicates women between 20 and 24 years of age; single women; race/brown color; with higher education; inserted in the labor market. Regarding sexual risk behavior, it points to exposure to syphilis from sex, heterosexual relationships, being a single partner, without condom use, or with an eventual partner, using a condom more than half of the time. **Conclusion:** the socioeconomic and demographic profile of the users can contribute to situations of vulnerability. However, the declared sexual behaviors of these women points to the risk situations in relation to the sexually transmitted infections. **Descriptors:** Adolescent Health; Postpartum Period; Family Planning; Contraception.

RESUMEN

Objetivos: identificar el perfil socio-económico y demográfico de las mujeres VIH-positivas para sífilis y describir sus comportamientos sexuales de riesgo. **Método:** estudio descriptivo, seccional, de enfoque cuantitativo, utilizando base de datos secundaria. La evaluación de los datos fue realizada utilizando el programa de Epi Info y los resultados, presentados en las tablas. **Resultados:** el perfil socio-económico y demográfico indica que majoritariamente mujeres entre 20 y 24 años; solteras; de raza/color parda; con educación superior; insertadas en el mercado laboral. Sobre el comportamiento sexual de riesgo, apunta para la exposición a la sífilis oriunda del sexo, relaciones heterossexuales, siendo pareja estable único, sin el uso de un preservativo, o con cualquier pareja, usando condón más de la mitad de las veces. **Conclusión:** el perfil socio-económico y demográfico de las usuarias puede contribuir a situaciones de vulnerabilidad. Sin embargo, los comportamientos sexuales de estas apuntan para las situaciones de riesgo en relación con las infecciones sexualmente transmisibles. **Descritores:** Salud del Adolescente; Período Posparto; Planificación Familiar; Anticoncepción.

¹Enfermeira, Graduação, Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis, Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: maiara.enfermeira@hotmail.com; ²Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/UFF. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: biadargam@gmail.com; ³Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: abaqueiroz@hotmail.com; ⁴Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/UFF. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: herdyalves@yahoo.com.br; ⁵Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/UFF. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com; ⁶Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: jcesarsantos@gmail.com

INTRODUÇÃO

No contexto dos desafios para a saúde, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) se destacam por sua capacidade de ter um profundo impacto sobre a espécie humana. Em muitos países, as IST trazem vastas consequências de natureza sanitária, social e econômica. As dificuldades de acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos grupos populacionais em desvantagem social são os maiores obstáculos enfrentados para a eliminação destas doenças.¹

As ISTs englobam todas as doenças que podem ser adquiridas durante o ato sexual, tanto no coito propriamente dito, quanto nos eventos que o cercam, sendo as mais frequentes a gonorreia, o cancro mole, a donovanose, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e a sífilis.² Entre as IST, a sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A infecção pode ser adquirida por meio do contato sexual, transfusão de sangue, transplante de órgão ou por transmissão congênita.³

A sífilis pode se manifestar de forma temporária, em três estágios. Os principais sinais e sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, períodos em que é mais contagiosa. Em seu terceiro momento, pode não se manifestar e, por isso, dar a falsa impressão de cura e, com o desaparecimento de seus indícios, o portador pode não buscar o diagnóstico e o tratamento adequados. Sem o atendimento e acompanhamento, a doença pode comprometer a pele, os olhos, os ossos, os sistemas cardiovascular e nervoso. E se não tratada, pode até levar à morte.³ De evolução crônica, a sífilis pode apresentar surtos de agudez, passando por períodos de latência.⁴

A ocorrência da Sífilis no Brasil é tão significativa que esta se apresenta como a maior preocupação para as autoridades sanitárias depois da AIDS. A maior incidência no país concentra-se nas regiões Sudeste e Nordeste.³ O Estado do Rio de Janeiro tem, atualmente, uma população de 6.453.682 habitantes sendo, desse total, 3.360.629 compreendidos por mulheres,⁵ portanto, estas em idade fértil e infectadas pelo vírus da sífilis.³

Estudos epidemiológicos realizados durante a segunda metade do século XX, sobre as grandes epidemias, identificaram como o principal fator de risco à saúde o comportamento humano.⁶ A existência de um padrão de comportamento humano de risco para a saúde sexual e reprodutiva, ou seja, condutas variadas frente à sexualidade, como a multiplicidade de parceiros e/ou a

irregularidade na utilização do preservativo, predispõe às infecções sexualmente transmissíveis ou à gravidez não planejada.⁷ O padrão de comportamento de risco em relação à saúde sexual e reprodutiva possivelmente pode se relacionar com variáveis individuais, familiares, sociais e culturais⁶, como também com a vulnerabilidade a que as pessoas estão expostas.⁸

Compreende-se a vulnerabilidade como a possibilidade de exposição das pessoas ao adoecimento resultante não somente de um conjunto de aspectos individuais, mas de fatores coletivos e contextuais que acarretam aos indivíduos maior suscetibilidade frente à disponibilidade de recursos para se protegerem.⁸

Dessa forma, o aumento do número de mulheres em idade fértil infectadas pela sífilis e as graves consequências resultantes dessa patologia, especialmente quando não tratada, levantaram a necessidade de questionamentos acerca do problema, visto que ainda existem lacunas referentes à identificação dos comportamentos de risco deste grupo populacional frente a essa enfermidade.

Delineou-se, assim, como objeto de estudo: o perfil do comportamento sexual de risco de mulheres soropositivas para Sífilis de um Centro de Testagem e Aconselhamento de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro.

Ao considerar que a mulher, em qualquer de suas fases, é contemplada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e que é crescente o número destas acometidas pelas IST, mais especificamente a sífilis, a hipótese desta pesquisa indica se: as usuárias do Centro de Testagem e Aconselhamento para sífilis de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro têm, em sua maioria, um comportamento sexual de risco.

Justifica-se esta investigação na finalidade de intensificar as produções científicas relacionadas com o tema da sífilis em mulheres em idade fértil e o seu respectivo comportamento sexual, permitindo, dessa forma, dar visibilidade a essas questões, uma vez que evidenciam fatores pertencentes à vulnerabilidade de gênero. Dessa forma, têm-se como objetivos: identificar o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres soropositivas para sífilis e descrever seus comportamentos sexuais de risco.

MÉTODO

Estudo descritivo, seccional, de abordagem quantitativa. Para a coleta das informações, foi utilizada uma base de dados secundária, por meio da pesquisa documental, que foram

os prontuários eletrônicos de mulheres que constam no Sistema de Informação-CTA (SI-CTA).

Como cenário de pesquisa, foi escolhido o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), por ser um setor de referência e de livre demanda para acolhimento para testagem rápida e sorologias para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Sífilis, Hepatites B e C.

Os Centros de Testagem e Aconselhamento cumprem a importante função de intermediação entre a prevenção e a assistência das IST/AIDS, promovendo o acolhimento e o aconselhamento, pelo profissional da saúde, do usuário na sua decisão de realizar os testes.⁹

Os participantes da pesquisa foram investigados por meio de consulta de prontuário do SI-CTA e estes foram mulheres que buscaram o setor por livre demanda para a realização do teste rápido de diagnóstico de HIV, Hepatites B e C e Sífilis. O período de coleta de dados se deu entre os meses de setembro a novembro de 2015.

Por meio da demanda de atendimentos do setor, no intervalo de outubro de 2013 a março de 2015, e da identificação das variáveis a serem estudadas nessa época, como o quantitativo total de exames de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) efetuados (2.138), quantitativo de exames de VDRL realizados em mulheres (1.149) e de exames VDRL positivos no grupo feminino (119), foi utilizado o cálculo amostral para saber qual a apresentação necessária para a investigação, com amostragem aleatória simples sobre as variáveis categóricas.

A fórmula do cálculo amostral apontou um determinado número de prontuários a serem analisados. Entretanto, no sistema não constava o cadastro com o quantitativo esperado, visto que o SI-CTA não possui *backup* e atualizações constantes. Dessa forma, o trabalho de coleta de dados deu-se com oitenta e seis (86) prontuários disponíveis e que atenderam aos requisitos da pesquisa, identificando, dessa forma, uma limitação no estudo.

Como critérios de inclusão, foram utilizados: prontuários de outubro de 2013 a março de 2015; de mulheres maiores de 18 anos; com diagnóstico positivo para sífilis, por meio do exame de VDRL; que fossem identificadas com sífilis⁸ na primeira consulta do CTA e com a anamnese totalmente preenchida e, para exclusão: prontuário com defasagem de dados ou que não fossem identificados no sistema.

As variáveis do estudo foram determinadas com base nas informações disponíveis no banco de dados do SI-CTA. Os dados foram coletados utilizando um instrumento próprio e analisados por meio do programa Epi Info.

A coleta de dados deu-se depois da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da HESFA/UFRJ, no dia 28 de agosto de 2015, sob o nº CAAE: 2 46166015.1.0000.5238 e Parecer: 1.205.380.

RESULTADOS

O maior percentual de mulheres que procuraram o CTA e que tiveram resultado da sorologia positiva para sífilis estava na faixa etária entre 20 a 24 anos (25,58%); solteiras (63,95%); raça/cor parda (38,37%) e com escolaridade de nível superior (41,86%) (Tabela 1).

Tabela 1. Número, percentual e IC95% de mulheres com sorologia positiva para sífilis, segundo variáveis sociodemográficas. CTA do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (RJ), Brasil, 2015.

Variáveis	N	%	IC _{95%}
Idade (anos)			
18 a 19	7	8,14	(4,92 - 11,35)
20 a 24	22	25,58	(22,36 - 28,79)
25 a 29	15	17,44	(14,22 - 20,65)
30 a 34	11	12,79	(9,57 - 16,00)
35 a 39	6	6,98	(3,76 - 10,19)
40 a 44	9	10,47	(7,25 - 13,68)
45 a 49	9	10,47	(7,25 - 13,68)
50 a 54	3	3,49	(0,27 - 6,70)
55 a 59	1	1,16	(-2,05 - 4,37)
60 a 64	1	1,16	(-2,05 - 4,37)
65 a 69	2	2,33	(-0,88 - 5,54)
Total	86	100,00	
Estado civil			
Casada civil/união estável	19	22,09	(18,87 - 25,30)
Solteira	55	63,95	(60,73 - 67,16)
Separada	10	11,63	(8,41 - 14,84)
Não informado	2	2,33	(-0,88 - 5,54)
Total	86	100,00	
Raça/Cor			
Branca	30	34,88	(31,66 - 38,09)
Preta	16	18,60	(15,38 - 21,81)
Parda	33	38,37	(35,15 - 41,58)
Amarela	5	5,81	(2,59 - 9,02)
Ignorado	2	2,33	(-0,88 - 5,54)
Total	86	100,00	
Escolaridade			
Ensino fundamental	15	17,44	(14,22 - 20,65)
Ensino médio	34	39,53	(36,31 - 42,74)
Ensino superior	36	41,86	(38,64 - 45,07)
Ignorado	1	1,16	(-2,05 - 4,37)
Total	86	100,00	

Quanto à situação empregatícia, observou-se que 50% das mulheres referiram estar empregadas. No entanto, essa variável apresentou um percentual elevado sem preenchimento, identificado como “Não se aplica” (16,28%), e atribui-se empiricamente a essas mulheres estarem em período escolar ou aposentadas.

Os dados da ocupação no mercado de trabalho foram agrupados de acordo com os 10 grandes grupos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).¹⁰ Dessa forma, foram consideradas sem ocupação as mulheres do lar (atividade não remunerada dentro de sua própria residência) e estudantes, com 16,28%. Então, o maior percentual identificado das mulheres com ocupação foi o das trabalhadoras dos serviços, vendedoras de comércio em lojas e mercados, com 18,60%.

Em relação ao recorte populacional, este CTA classifica as usuárias que procuram o serviço em: população geral, profissional do sexo, usuários de drogas injetáveis, pessoas vivendo com HIV/AIDS, entre outros. Assim, 88,37% das mulheres são originárias da população em geral.

As participantes estavam, em sua maioria, enquanto local de residência, na capital Rio de Janeiro (75,58%). Os bairros foram agrupados de acordo com a Divisão

Administrativa Geral do município do Rio de Janeiro, que é composta por cinco Áreas de Planejamento (AP).¹⁰ Dessa forma, a prevalência de moradia das mulheres foram as AP 1 (33,72%) e 3 (25,58%).

Dentre os prontuários das mulheres, 43 (50,0%) indicaram ter informações sobre o serviço oferecido pelo CTA por meio de amigos/usuários do serviço. Para as demais, a internet e o serviço/profissional da saúde foram suas principais fontes de conhecimento, equivalentes a 33,72%.

Sobre o uso de drogas (Tabela 2), a lícita, como o álcool, 45,35% das mulheres referiram que fazem o seu “uso de vez em quando”; 41,86% “não são usuárias” e 4,65% o utilizam “frequentemente”. Quanto às ilícitas, como cocaína aspirada e injetável, crack e heroína, as participantes indicaram que 58,14% “já usaram, mas não mais” e 41,86% “não são usuárias”. Em relação à maconha, 41,86% disseram que “já usaram, mas não mais”, para a mesma porcentagem que “não é usuária”, e 4,65% “usam de vez em quando”.

Tabela 2. Distribuição de mulheres com sorologia positiva para sífilis segundo tipo de droga utilizada. CTA do Instituto de Atenção à Saúde. São Francisco de Assis (RJ), Brasil, 2015.

Tipo de droga	Alcool		Maconha		Cocaína aspirada		Cocaína injetável		Crack		Heroína	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não é usuária	36	41,86	36	41,86	36	41,86	36	41,86	36	41,86	36	41,86
Já usou, mas não usa mais	-	-	36	41,86	50	58,14	50	58,14	50	58,14	50	58,14
Nunca usou	7	8,14	10	11,63	-	-	-	-	-	-	-	-
Usa de vez em quando	39	45,35	4	4,65	-	-	-	-	-	-	-	-
Frequentemente	4	4,65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	86	100,00	86	100,00	86	100,00	86	100,00	86	100,00	86	100,00

Os principais motivos alegados pelas mulheres para procurarem o serviço ofertado pelo CTA foram a exposição à situação de risco (44,19%); encontrar-se no período de janela imunológica (17,44%) e outros motivos (13,95%) citados como: resolver fazer o teste (04); convivência com portadores de HIV/AIDS (02); compartilhamento de objetos, curiosidade, rotina, solicitação do emprego e visita íntima.

Dessa forma, o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres desta pesquisa se apresenta com idade entre 20 a 24 anos (25,58%); solteiras (63,95%); da raça/cor parda (38,37%); com ensino superior (41,86%); inseridas no mercado de trabalho (50%) e provenientes da população em geral (90%). Moradoras da capital do Rio de Janeiro (75,58%), pertencentes à Área de Planejamento 1 (33,72%); conhecedoras do CTA por meio de amigos/usuários do serviço (50,0%); em sua maioria ex-usuárias de cocaína, crack e heroína (58,14%) e maconha (41,86%), usuárias do álcool de vez em quando (45,35%) e que buscaram o CTA (44,19%) por exposição à situação de risco à sífilis.

Quanto ao tipo de exposição, 84, ou seja, 97,67% das mulheres do estudo afirmaram ter sido advindas da relação sexual e apenas 2 (2,33%) corresponderam à exposição ocupacional (exposição a material biológico, dentre outros). Das 86 mulheres que

realizaram o teste HIV, o resultado foi negativo para 46 (53,48%). Entretanto, 46,51% não pegaram o resultado.

Em relação à informação nos prontuários sobre a ocorrência de alguma IST dessas usuárias nos últimos 12 meses, em apenas 7% dos documentos havia a informação positiva e 93% indicavam a não ocorrência ou a falta de sintomas. Os casos que se apresentaram foram tratados no serviço de saúde e os mais prevalentes foram: herpes, leucorreia e o papiloma vírus humano (HPV).

Sobre os tipos de parceiros nos últimos 12 meses, quase a totalidade das mulheres informou relacionamento sexual com homens (90,7%) e parcelas menos expressivas indicaram relacionamentos com homem e mulher (2,33%), somente com mulher (3,49%) e nenhum relacionamento (3,49%).

A quantidade de parceiros nos últimos 12 meses foi obtida somando-se o número de parceiros homens e mulheres informado. Dessa forma, identificou-se que 44,19% das usuárias tiveram parceiro único ou entre “2 a 4” (34,88%) (Tabela 3).

Tabela 3. Número e percentual de mulheres segundo quantidade de parceiros. CTA do Instituto de Atenção Saúde. São Francisco de Assis (RJ), Brasil, 2015.

Quantidade	n	%
1	38	44,19
2 a 4	30	34,88
5 a 10	11	12,79
Mais de 10	1	1,16
Nenhum	3	3,49
Sem informação	3	3,49
Total	86	100,00

A maioria das mulheres (26,74%) não usou preservativo com o parceiro fixo (atual) nos últimos 12 meses e 20,93% usaram menos da

metade das vezes; 13,95% usuárias utilizaram todas as vezes (Tabela 4).

O motivo alegado para a não utilização do preservativo com o parceiro fixo, majoritariamente, com 19,76%, foi a confiança, e 39,53% das mulheres informaram não ter usado preservativo na última relação, também com parceiro fixo.

Todavia, quanto ao risco que o parceiro fixo pode apresentar, foi identificada uma variável com baixa qualidade de informação, denominada como “outros”, representando 53,49% da exposição das usuárias, sem mais detalhes no prontuário.

Tabela 4. N, percentual e IC95% de mulheres segundo uso de preservativo e tipo de risco apresentado por parceiro fixo. CTA do Instituto de Atenção Saúde. São Francisco de Assis (RJ), Brasil, 2015.

Variáveis	n	%	IC _{95%}
Uso de preservativo com parceiro fixo (atual) nos últimos 12 meses			
Não se Aplica	29	33,72	(30,50 - 36,93)
Não usou	23	26,74	(23,52 - 29,95)
Usou mais da metade das vezes	4	4,65	(1,43 - 7,86)
Usou menos da metade das vezes	18	20,93	(17,71 - 24,14)
Usou todas as vezes	12	13,95	(10,73 - 17,16)
Total	86	100,00	
Motivo de não usar preservativo com parceiro fixo			
Acha que não vai pegar	1	1,16	(-2,05 - 4,37)
Achou que o outro não tinha HIV	5	5,81	(2,59 - 9,02)
Alergia ao produto	2	2,33	(-0,88 - 5,54)
Confia no parceiro	17	19,76	(16,54 - 22,97)
Não consegue negociar	1	1,16	(-2,05 - 4,37)
Não deu tempo/tesão	3	3,49	(0,27 - 6,70)
Não dispunha no momento	2	2,33	(-0,88 - 5,54)
Não gosta	6	6,98	(3,76 - 10,19)
Não se aplica	41	47,67	(44,45 - 50,88)
Negociou não usar	2	2,33	(-0,88 - 5,54)
Outros	4	4,65	(1,43 - 7,86)
Parceiro(a) não aceita	2	2,33	(-0,88 - 5,54)
Total	86	100,00	
Usou preservativo na última relação com parceiro fixo			
Não	34	39,53	(36,31 - 42,74)
Não se aplica	29	33,72	(30,50 - 36,93)
Sim	22	25,58	(22,36 - 28,79)
Sim, mas rompeu	1	1,16	(-2,05 - 4,37)
Total	86	100,00	
Qual risco o parceiro fixo pode ter			
Não Informado	3	3,49	(0,27 - 6,70)
Não se aplica	29	33,72	(30,50 - 36,93)
Outros	46	53,49	(50,27 - 56,70)
Soropositivo para HIV	7	8,14	(4,92 - 11,35)
Usuário de drogas injetáveis	1	1,16	(-2,05 - 4,37)
Total	86	100,00	

Em referência ao uso de preservativo das usuárias que tiveram relações com parceiro eventual nos últimos 12 meses, 18,60% das mulheres afirmaram que usaram mais da metade das vezes. O motivo da não utilização mais justificado foi a confiança (17,44%) no parceiro eventual. Das usuárias, 31,40% informaram não ter utilizado o condom na última relação sexual. (Tabela 5).

Tabela 5. N, percentual e IC95% de mulheres segundo uso preservativo com parceiro eventual. CTA do Instituto de Atenção Saúde. São Francisco de Assis (RJ), Brasil, 2015.

Variáveis	n	%	IC _{95%}
Uso de preservativo com parceiro(s) eventual (is) nos últimos 12 meses			
Não se Aplica	40	46,51	(43,29 - 49,72)
Não usou	12	13,95	(10,73 - 17,16)
Usou mais da metade das vezes	16	18,60	(15,38 - 21,81)
Usou menos da metade das vezes	9	10,47	(7,25 - 13,68)
Usou todas as vezes	9	10,47	(7,25 - 13,68)
Total	86	100,00	
Motivo de não usar preservativos com parceiro eventual			
Achou que o outro não tinha HIV	4	4,65	(1,43 - 7,86)
Confia no parceiro	15	17,44	(14,22 - 20,65)
Não deu tempo/tesão	4	4,65	(1,43 - 7,86)
Não dispunha no momento	3	3,49	(0,27 - 6,70)
Não gosta	2	2,33	(-0,88 - 5,54)
Não se aplica	40	46,51	(43,29 - 49,72)
Não tinha informação	1	1,16	(-2,05 - 4,37)
Negociou não usar	1	1,16	(-2,05 - 4,37)
Outros	9	10,47	(7,25 - 13,68)
Parceiro(a) não aceita	5	5,81	(2,59 - 9,02)
Sob efeito de drogas/álcool	2	2,33	(-0,88 - 5,54)
Total	86	100,00	
Uso do preservativo na última relação com parceiro eventual			
Não	27	31,40	(28,18 - 34,61)
Não se aplica	40	46,51	(43,29 - 49,72)
Sim	19	22,09	(18,87 - 25,30)
Total	86	100,00	

A maioria das usuárias (45,35%) informou ter recebido orientação do profissional da saúde para trazer o parceiro ao CTA, a fim de aceitar aconselhamento ou testagem para as IST. E sobre a disposição dessas usuárias para mudar o comportamento identificado como de risco, 31,40% dos prontuários indicaram que sim.

Dessa forma, a análise do comportamento sexual de risco das usuárias do CTA se apresenta com a maioria das mulheres tendo sido expostas à sífilis por via sexual (97,67%), sem coinfeção por HIV (53,48%), para as que pegaram os resultados, ou por outras IST (93%). O relacionamento sexual identificado com homens (90,7%), e em um período de 12 meses, com parceiro único (44,19%), sem utilização de preservativo com parceiro fixo (26,74%), por confiança no outro (19,76%), ou com parceiro eventual, utilizando condom mais da metade das vezes (18,60%), também por acreditar em seu par (17,44%). Indicam ter recebido orientação do profissional da saúde para trazer o parceiro ao CTA (45,35%), a fim de aceitar aconselhamento ou testagem para as IST, como também disposição para a mudança de comportamento (31,40%) identificado como de risco.

DISCUSSÃO

A saúde de meninas e mulheres em cada país é afetada de forma crítica por fatores sociais e econômicos, como o acesso à educação, riqueza familiar e local de residência. Em quase todos os países, estes grupos que vivem em lares mais ricos morrem menos e usam mais os serviços de atenção à saúde do que aqueles que vivem em lares mais pobres. Tais diferenças não se limitam a países em desenvolvimento, mas se encontram também no mundo desenvolvido.⁹

A idade entre 20 a 24 anos, considerada como adulta jovem,¹¹ indica uma faixa etária onde a mulher, em idade fértil, conta com a possibilidade de ter uma vida sexualmente ativa e com capacidade e responsabilidade em fazer escolhas sobre os meios de proteção contra as IST.¹²

O fato de ser solteira, predispondo a não ter um parceiro fixo, pode aumentar a multiplicidade de parcerias sexuais e o risco de sexo desprotegido.¹³

Dessa forma, a prevenção das IST deve envolver, sobretudo, as questões socioculturais e psicoafetivas, quando as ações de prevenção e assistência devem levar em conta como homens e mulheres são socializados e de que forma exercem sua sexualidade.¹⁴

A raça/cor parda, identificada como majoritária das usuárias, coaduna como o Boletim Epidemiológico da Sífilis que também aponta que as mães de crianças com sífilis congênita como sendo de maioria parda, em relação ao total investigado.¹⁵

O quesito raça/cor geralmente está relacionado com a menor renda financeira, menos informação e serviços precários de saúde¹⁶ que podem refletir ou contribuir para situações de vulnerabilidade ou comportamento de risco.⁷

Quanto à escolaridade, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 indicam que há um contingente maior de mulheres entre os universitários e as pessoas de nível superior completo⁴, e como o nível escolar amplia os horizontes do conhecimento, infere-se que estas pessoas possuam maior informação sobre as causas, consequências e prevenção das IST.¹⁷

As mulheres do estudo, predominantemente, estão empregadas, fato que se concilia com os dados do IBGE que indicam que houve uma alta de 43,2% para 54,8% no total de mulheres ocupadas entre 2001 e 2011.⁵

A maior taxa de ocupação das usuárias, que é de vendedora, tem como o salário médio comercial, em 2016, o valor de um salário mínimo,¹⁸ que pode refletir nas questões de saúde e qualidade de vida.¹⁹

As usuárias do serviço são provenientes da população em geral, ponto em harmonia com um dos objetivos instituídos pelo Ministério da Saúde para os CTA, que seria o de ampliação do acesso da população em geral e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis para o aconselhamento, prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV, sífilis, hepatites B e C.⁹

Quanto ao local de residência e bairros de moradia das usuárias que procuram o CTA, entendendo que na capital do Rio de Janeiro existem três CTA vinculados a hospitais,²⁰ e que os testes especificamente oferecidos têm uma conotação relativa à sexualidade ou que podem suscitar o preconceito,²¹ a população interessada pode tanto buscar o atendimento próximo ao seu domicílio ou trabalho, como também distante de suas áreas de origem.

As pessoas, antes de buscarem um atendimento de saúde, costumam, por vezes, procurar interagir com amigos para obter indicação de um local do serviço que atenda às suas necessidades.²²

O uso de drogas lícitas ou ilícitas aumenta a probabilidade de a pessoa envolver-se com múltiplos parceiros sexuais ou da não

utilização do preservativo²³ e, dessa forma, acresce o risco da contaminação por infecções sexualmente transmissíveis (IST), gravidez indesejada e outras consequências negativas à saúde.²⁴

A procura pelos serviços oferecidos pelo CTA parte de uma demanda espontânea advinda geralmente pela exposição às situações de risco como o sexo desprotegido,⁷ acompanhamento de janela imunológica ou ainda paciente encaminhado por outros serviços.⁹

A exposição à sífilis pela via sexual é a mais ocorrente²⁵ e, como qualquer outra IST, é uma porta de entrada para outras infecções sexualmente transmissíveis.³⁻¹³ E o contato heterossexual contribuiu significativamente para o crescimento da epidemia de IST/AIDS nas mulheres brasileiras, nos anos recentes.²⁶

Um estudo realizado no Estado do Ceará, desenvolvido em uma unidade de referência em tratamento e diagnóstico de IST em mulheres, a sífilis foi a segunda infecção mais frequente e, em relação à contaminação, 80% das pacientes acharam que a contraíram do seu companheiro atual.²⁷

A baixa percepção do risco para uma IST geralmente está relacionada à sensação de proteção, principalmente, quando as mulheres são casadas ou têm parceiro fixo e estável, assim como quando não têm mais a possibilidade de engravidar.²⁸ Dessa forma, indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas para estas.²⁹

A confiança depositada no parceiro fixo faz com que a mulher deixe de utilizar o preservativo, visto que não identifica possíveis riscos advindos de uma relação estável.³⁰ A utilização do preservativo com parceiro eventual, que caracteriza relações sem compromisso, também indicou pouca adesão, visto que a maioria dessas parcerias era com conhecidos, sustentada na confiança para a não utilização do condom.³⁰ E ainda alguns indivíduos, apesar de conscientes de sua vulnerabilidade, persistem em práticas de sexo de risco, mesmo com a possibilidade de se contaminar com IST.²⁹

A abordagem das IST pelo profissional da saúde repercute não somente sobre a qualidade da atenção oferecida às mulheres, mas também nos outros atores sociais envolvidos, refletindo na promoção da saúde sexual e reprodutiva e na prevenção das doenças. A dificuldade de enfrentamento dessas ações pode contribuir para manter elevadas as taxas de prevalência e de incidência das diferentes IST no país.³¹

Estudos que aplicaram o modelo das crenças em saúde para a questão de IST/AIDS revelaram que quando há maior percepção de susceptibilidade à doença associada acontece também a redução de comportamentos de risco.²⁹

A redução dos comportamentos sexuais de risco⁷ tem, no preservativo, uma estratégia de prevenção relativamente limitada, visto que, além do incentivo ao uso deste método, são necessárias ações para disseminar informações sobre sinais, sintomas e possíveis consequências para a saúde, bem como desmistificar falsas crenças, de modo a garantir a procura ao serviço de saúde em caso de dúvida ou suspeita de infecção.³¹

CONCLUSÃO

Foi possível identificar que as mulheres refletem um perfil socioeconômico e demográfico que pode contribuir para a condição de vulnerabilidade. Entretanto, os comportamentos sexuais declarados mostram as situações de risco em relação à reinfecção da sífilis e à contaminação por outras ISTs.

As respostas encontradas reforçam a importância de considerar o contexto em que essas mulheres vivem para compreender como constroem suas condutas frente às questões relativas à saúde sexual.

Diante desse cenário, o profissional da saúde deve atentar para a necessidade de intervenção preventiva, com maior enfoque em ações educacionais, tais como a sensibilização da importância da realização do exame de teste rápido, o aconselhamento pré e pós-teste, o uso do preservativo com parceiros fixos ou eventuais e o autocuidado em saúde, aclarando ainda sobre a vulnerabilidade que lhes é associada, o diagnóstico precoce e o tratamento, de modo a quebrar a cadeia de transmissão, sem causar constrangimentos dentre os acometidos por tais agravos e seus parceiros.

O estudo sugere a necessidade de futuras pesquisas sobre a sífilis em relação à mulher em idade fértil, para o melhor acompanhamento e análise dos fatores associados aos seus comportamentos sexuais de risco, em prol da redução desta infecção sexualmente transmissível.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [cited 2015 Jan 15]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf
2. Gurgel SN, Lubenow JAM, Moreira MASP, Ferreira OGL, Pinho TAM, Nogueira JA. Vulnerability of the elderly to HIV: an integrative review. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 July [cited 2016 Jan 15];8(7):2487-93. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6216/pdf/5741>
3. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Boletim epidemiológico - AIDS e DST. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2015 Jan 15]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf
4. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2015 Jan 15]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Número da população do Rio de Janeiro. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014 [cited 2015 Dec 10]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home>
6. Ribeiro JLP. Introdução à psicologia da saúde. 2th edição. Coimbra: Quarteto Editora; 2007.
7. Campo-Arias A. Relaciones sexuales en adolescentes colombianos y las implicaciones para la salud pública: una revisión de la prevalencia y algunas variables asociadas. MedUNAB [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 15];12(2):86-90. Available from: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD9739.pdf>
8. Ayres, JRMC, Freitas AC, Santos MAS, Filho Saletti HC, Junior França I. Adolescência e AIDS: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. Interface comun saúde educ [Internet]. 2003 [cited 2015 Jan 15];7(12):123-38. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a08.pdf>
9. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2015 Dec 10]. Available from: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2010/diretrizes-para-organizacao-e-funcionamento-dos-cta>
10. Ministério do Trabalho (BR) [Internet]. Classificação brasileira de ocupações. Brasília: Ministério do Trabalho; 2010 [cited 2015 Dec 10]. Available from:

<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf>

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. O perfil da mulher jovem de 15 a 24 anos: características diferenciais e desafios. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1998 [cited 2015 Dec 10]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/populacao_jovem_brasil/comentario2.pdf

12. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Política de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2015 Dec 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

13. Silva PDB, Oliveira MDS, Matos MA, Tavares VR, Medeiros M, Brunini S, et al. Comportamento de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2005 [cited 2015 Dec 10];7(2):185-9. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/viewArticle/884/1060>

14. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [cited 2015 Dec 10]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_19.pdf

15. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Boletim epidemiológico sífilis 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2015 Dec 10]. Available from: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2015>

16. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [internet]. Retrato das desigualdades de gênero e raça. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011 [cited 2015 Dec 10]. Available from: <http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/revista.pdf>

17. Staliano P, Coêlho AEL. Conhecimentos, atitudes e percepção de risco dos acadêmicos de fonoaudiologia perante a AIDS. Psicol rev [Internet]. 2011 [cited 2015 Dec 10];17(1):100-16. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v17n1/v17n1a08.pdf>

18. Ministério do Trabalho (BR) [Internet]. Tabela salarial 2016 do comércio. Brasília: Ministério do Trabalho; 2016 [cited 2016 Feb 18]. Available from: <http://www.pisosalarial.com.br/comercio/ta>

[bela-salarial-2016-comercio/](http://www.pisosalarial.com.br/comercio/ta-bela-salarial-2016-comercio/)

19. Costa JM, Nogueira LT. Association between work, income and quality of life of kidney transplant recipient the municipality of Teresina, PI, Brazil. J bras nefrol [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 10]; 36(3):332-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n3/en_0101-2800-jbn-36-03-0332.pdf

20. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Rio com saúde - centros de testagem e aconselhamento. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2015 Dec 10]. Available from: <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=wY2AdsD8gyk%3D>

21. Ministério da Saúde (BR) [Internet]. Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2015 Dec 10]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/impe_eticas_0.pdf

22. Coelho EQ, Coelho AQ, Cardoso JED. Does the medical information currently available on the Internet affect the physician-patient relationship? Rev bioét [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 10]; 21(1):142-9. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/728/889

23. Giacomozzi AI. Representações sociais da droga e vulnerabilidade de usuários de capsad em relação às DST/HIV AIDS. Interações estud pesqui psicol [Internet]. 2011 [cited 2015 Dec 10]; 11(3):776-95. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8335/6125>

24. Michael K, Ben-Zur H. Risk-taking adolescents: associations with social and affective factors. J adolesc. [Internet]. 2007 [cited 2015 Dec 10];30(1):17-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16740302>.

25. Cleinman IB, May SB. Serviço de doenças infecciosas e parasitárias do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Diretrizes de atendimento de sífilis em adultos. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2011.

26. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS [Internet]. Sexualidade e desenvolvimento: a política brasileira de resposta ao HIV/AIDS entre profissionais do sexo. Brasília: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS; 2011 [cited 2015 Dec 10]. Available from: http://www.abiaids.org.br/_img/media/Relat

[%C3%B3rio%20Sex%20e%20Desenv%20\(site\)pt.pdf](#)

27. Araújo MAL, Andrade RFV, Cavalcante CS, Pereira KMC. Violência de gênero em mulheres com diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis no nordeste do Brasil. Rev baiana saúde pública [Internet]. 2012 [cited 2015 Dec 10];36(3):713-26. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n3/a3460.pdf>

28. Olivi M, Santana RG, Mathias TAF. Behavior, knowledge and perception of risks about sexually transmitted diseases in a group of people over 50 years old. Rev latinoam enferm (Online) [Internet]. 2008 [cited 2015 Dec 10];16(4):679-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/05.pdf>

29. Brevidelli MM, Cianciarullo TI. Application of the health belief model to the prevention of occupational needle accidents. Rev saude publica [internet]. 2001 [cited 2015 Dec 10]; 35(2):193-201. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11359207>

30. Santos NA, Rebouças LCC, Boery RNO, Boery EM, Silva SS. Adesão de universitários ao uso dos preservativos. Rev saude com [Internet]. 2009 [cited 2015 Dec 10];5(2):116-27. Available from: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v5/v5n2a05.pdf>

31. Organização Mundial de Saúde [internet]. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2011 [cited 2015 Dec 10]. Available from: http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf

Submissão: 05/05/2016

Aceito: 28/02/2017

Publicado: 01/04/2017

Correspondência

Diego Pereira Rodrigues

Endf. Rua Desembargador Leopoldo Muylaert,
307

Bairro Piratininga

CEP: 24350-450 – Niterói (RJ), Brasil