

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

WYNNE PEREIRA NOGUEIRA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR SÍFILIS, HIV,
HEPATITE B E C EM POPULAÇÃO RIBEIRINHA**

JOÃO PESSOA

2020

WYNNE PEREIRA NOGUEIRA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR SÍFILIS, HIV,
HEPATITE B E C EM POPULAÇÃO RIBEIRINHA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

Projeto de Pesquisa vinculado: Epidemiologia das Infecções Sexualmente Transmissíveis em populações vulneráveis

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Cristina de Oliveira e Silva

JOÃO PESSOA

2020

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

N778p Nogueira, Wynne Pereira.

Prevalência e fatores associados à infecção por
sífilis, HIV, hepatite B e C em população ribeirinha /
Wynne Pereira Nogueira. - João Pessoa, 2020.
124 f.

Orientação: Ana Cristina de Oliveira e Silva.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. População ribeirinha. 2. Infecções Sexualmente
Transmissíveis. 3. Vulnerabilidade. 4. Comportamento de
risco. I. Silva, Ana Cristina de Oliveira e. II. Título.

UFPB/BC

WYNNE PEREIRA NOGUEIRA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INFECÇÃO POR SÍFILIS, HIV,
HEPATITE B E C EM POPULAÇÃO RIBEIRINHA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 20 de março de 2020

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Ana Cristina de Oliveira e Silva (Orientadora)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Prof.^a Dr.^a Gisetti Corina Gomes Brandão (Membro Externo Titular)
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



Prof.^a Dr.^a Jordana de Almeida Nogueira (Membro Interno Titular)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira (Membro Externo Suplente)
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof.^a Dr.^a Maria Eliane Moreira Freire (Membro Interno Suplente)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Gilmar e Raquel, por sempre acreditarem em
mim, por todo apoio, incentivo e esforços para que eu
pudesse alcançar meus objetivos!*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me capacitar todas as vezes que quis fraquejar ou desistir diante dos obstáculos.

Ao meu pai, **Gilmar Pereira**, minha infinita gratidão. Foram anos de investimentos nos meus estudos, com muito suor e abdições. Não é fácil sair de casa para morar em outra cidade em busca de sonhos, mas o senhor sempre me proporcionou o melhor e nunca descreditou da minha capacidade de ser responsável, de procurar vencer na vida por meio do estudo e de me tornar uma pessoa melhor a cada dia, mesmo vivendo longe de casa. Obrigada, papai, esse mérito é nosso!

A minha mãe, **Raquel Nogueira**, meu porto seguro e minha gratidão. Quantas vezes eu liguei pra relatar preocupações, conquistas, alegrias e a senhora estava lá, para ouvir e falar que eu iria conseguir vencer, que toda preocupação era passageira e que eu tinha a capacidade de superar tudo na minha vida. E realmente, até aqui, eu consegui superar. Tudo isso, por causa dos seus ensinamentos que carrego comigo e da sua fé. Suas orações sempre são poderosas! Obrigada pelo o amor e por apoiar todas as minhas decisões. Todos os meus sonhos e conquistas estão alicerçados no seu amor!

A minha irmã, **Raynne Nogueira**, que em meio a minha ausência, distante de casa, nos mantivemos sempre em união. Quero ser um exemplo de irmã para você!

Ao meu tio, o **prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira**, por ser um exemplo de tio e de melhor amigo. Você foi e é a base da minha construção na vida acadêmica e pessoal. Não sei o que seria de mim sem seu apoio! Durante todos esses anos de convivência era você que sempre tinha o melhor conselho do mundo quando eu estava aperreada; vibrava com todas as minhas conquistas e me incentivou desde o primeiro dia quando decidi fazer Enfermagem. E com enorme satisfação e honra, tenho você como membro da minha banca examinadora. És a minha inspiração, o meu espelho, um exemplo a ser seguido! O meu, muito obrigada.

A minha querida orientadora, a **profª Drª Ana Cristina de Oliveira e Silva**, a minha eterna gratidão. A senhora foi e é muito mais do que uma orientadora! Obrigada por ter me estendido a mão sem me conhecer; Obrigada por ter aberto portas para meu crescimento pessoal e profissional; por permitir a minha caminhada até aqui. Obrigada por todos os conhecimentos compartilhados; por me amparar e me nortear nas dificuldades, pela confiança, pela amizade e por estar ao meu lado em todos os momentos do Mestrado. Lembro-me do seu conselho: devemos sempre avançar adiante e confiantes, fazendo sempre o melhor por nós e

por quem acredita em nós! Sendo assim, espero que ainda tenhamos longos caminhos de mãos dadas! Tenho e sempre terei muito respeito, carinho e admiração pela senhora.

As professoras Dras. **Gisetti Corina Gomes Brandão, Maria Eliane Moreira Freire e Jordana de Almeida Nogueira** por aceitarem o convite para serem membros da banca examinadora. Sinto-me lisonjeada por ter grandes nomes na minha banca de Mestrado. Tenho muito respeito e admiração por todas!

Aos membros **do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Agravos Infecciosos e Qualidade de Vida (NEPAIQV)**, em especial, a Patrícia, Layane, Gabriela, Aparecida e Cibelly e aos demais, Kauan, Sérgio, Isabella, Thayná e Melina. Todos vocês foram peças fundamentais em todo o período de coleta de dados. Obrigada por ter disponibilizado o tempo de vocês para me acompanhar nas comunidades ribeirinhas, por toda ajuda direta e indireta, pelo o apoio e pela amizade. Sem vocês, a coleta de dados não seria possível! Muito obrigada.

Ao enfermeiro do Distrito Sanitário V, **Sérgio Eduardo Jerônimo Costa**, por toda a colaboração e ajuda nas articulações com as Unidades de Saúde para a realização da pesquisa.

As profissionais do setor de IST/HIV/aids e hepatites virais da Secretaria do Estado de Saúde da Paraíba, **Ivoneide Lucena Pereira e Mailza Gomes de Oliveira**, pela oferta do treinamento e fornecimento dos testes rápidos para a realização da pesquisa. Meus agradecimentos!

Aos **Agentes Comunitários de Saúde, gerentes e enfermeiras das Unidades de Saúde** por toda a articulação junto com os moradores das comunidades.

A todos os **ribeirinhos** participantes do estudo, meus sinceros agradecimentos!

Aos amigos da turma do Mestrado, **Jany, Lia, Edinha, Wallison e Renata**, vocês deixaram a pós-graduação mais leve e se tornaram amigos do coração. Obrigada pela partilha de todos os sentimentos que vivenciamos juntos!

A todos os **professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da UFPB, meus sinceros agradecimentos pelos valiosos conhecimentos repassados.

A toda **a minha família**, avós, tios e primos, pelo o apoio de sempre. Sei que todos torcem por mim mais do que ninguém! Em especial ao meu primo Luan, por me aguentar em alguns momentos de estresse e por todos os momentos de descontração.

A minha madrinha, **a profª Drª Maria Emília Romero de Miranda Henriques**, por ter sido a primeira pessoa a acreditar e incentivar meus estudos na Enfermagem, por ter me acolhido de braços abertos em sua casa no meu primeiro ano em João Pessoa. Lembro-me quando dissestes que eu iria partir da Graduação diretamente para um Mestrado e olha só até onde eu cheguei. Meu muito obrigada!

A todos **os meus amigos** de João Pessoa-PB e de Brejo Santo-CE. Não irei citar nomes para não correr o risco de esquecer nenhum. Muito obrigada por sempre estarem ao meu lado quando precisei, por partilhar das minhas alegrias e angústias, por ter exercido o papel tão bonito da verdadeira amizade.

Um agradecimento **a minha amiga Klécia Mônica**, pelo tão grande apoio quando iniciei minha vida acadêmica na UFPB e em João Pessoa. Obrigada por tudo que fez e faz por mim. Que esse nosso vínculo indescritível de amizade seja eterno!

E a todos aqueles, que direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desse estudo.

EPÍGRAFE

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridade, os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridade e corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por se omitir! Não tenhas medo dos tropeços da jornada. Não podemos esquecer que nós, ainda que incompleto, fomos o maior aventureiro da história.”

Augusto Cury

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição proporcional dos indivíduos residentes nas comunidades ribeirinhas do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019. Pág. 61

Artigo Original 1

Tabela 1 Características sociodemográficas dos moradores das comunidades ribeirinhas em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019. Pag. 73

Tabela 2 Prevalência de sífilis, HIV, hepatite B e C dos moradores das comunidades ribeirinhas em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019. Pag. 74

Tabela 3 Características sociodemográficas associadas com os resultados positivos dos testes rápidos realizado nos moradores das comunidades ribeirinhas em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019. Pag. 75

Tabela 4 Comportamentos de risco associados com os resultados positivos dos testes rápidos realizado nos moradores das comunidades ribeirinhas em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019. Pag. 75

Tabela 5 Modelo de regressão logística com as variáveis significativas após associação individual com os 250 moradores entrevistados das comunidades ribeirinhas em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019. Pag. 77

Artigo Original 2

Tabela 1 Características sociodemográficas dos moradores das comunidades ribeirinhas em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019. Pag. 89

Tabela 2 Classificação do uso de álcool, segundo o AUDIT, pelos moradores das comunidades ribeirinhas em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019. Pag. 90

Tabela 3 Associação entre a classificação do Teste para Identificação de Problemas Relacionado ao uso de Álcool (AUDIT) e a positividade dos testes rápidos na população ribeirinha em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019. Pag. 90

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Artigo de Revisão Integrativa

- Figura 1** Fluxograma de busca e seleção das teses e dissertações adaptado do PRISMA. Pag. 45
- Quadro 1** Prevalência de doenças transmissíveis estimada em população ribeirinha, descritas nos estudos da revisão integrativa, 2020. Pag. 46
- Quadro 2** Estratégias de diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças transmissíveis para população ribeirinha, identificadas nos estudos da revisão integrativa, 2020. Pag. 48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Humana
APP	Área de Preservação Permanente
AUDIT	Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool
BPE	Beber Pesado Episódico
COMPDEC	Coordenadoria Municipal de Proteção e Defesa Civil
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DPP	Plataforma de Duplo Percurso
ECDC	<i>European Center for Disease Prevention and Control</i>
ELISA	<i>Enzyme Linked Immunosorbent Assay</i>
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
HSB	Homens que fazem sexo com Homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NECAIH	Núcleo de Estudos em Epidemiologia e Cuidados em Agravos Infecciosos com Ênfase em Hepatites Virais
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PEP	Profilaxia Pós-exposição
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PrEP	Profilaxia Pré-exposição
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
RPR	<i>Rapid Plasma Reagin</i>
RVS	Resposta Viroológica Sustentada
SEPLAN	Secretaria de Planejamento
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNAIDS	Programa das Nações Unidas sobre HIV/aids
USF	Unidade de Saúde da Família
USR	<i>Unheated-Serum Reagin</i>
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

Nogueira WP. Prevalência e fatores associados à infecção por sífilis, HIV, hepatite B e C em população ribeirinha. [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2020. 124f.

Introdução: As hepatites virais B e C, o HIV e a sífilis constituem importantes Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que atingem desproporcionalmente as populações vulneráveis, dentre elas, a população ribeirinha. **Objetivo:** Investigar a prevalência da sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C e os fatores associados na população ribeirinha residente no município de João Pessoa. **Método:** Estudo transversal com abordagem quantitativa que envolveu 250 pessoas residentes em cinco comunidades ribeirinhas. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual e privativa utilizando um questionário estruturado com questões sociodemográficas, de comportamento sexual e uso de drogas lícitas e ilícitas e o Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT). A investigação da ocorrência das IST foi realizada por meio de testes rápidos de triagem para a hepatite B e C, para o HIV e para a sífilis. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 13419819.3.0000.5188). A análise dos dados foi por meio de estatísticas descritivas e regressão logística. **Resultados:** Houve predominância do sexo feminino (68,0%); com faixa etária entre 18 e 39 anos (43,2%), com até oito anos de estudo (62,0%); casado ou em união consensual (64,0%). A prevalência para as IST investigadas por meio dos testes rápidos foi de 12,8% (IC95%: 8,8-16,4) em 32 indivíduos que apresentaram resultados reagentes. Foram detectados 29 casos para sífilis com uma prevalência de 11,6% (IC95%: 7,5-15,6); o anti-HIV tipo 1 em dois indivíduos com prevalência de 0,8%; (IC 95%: 0-1,2); infecção pelo vírus da hepatite B em um indivíduo 0,8% (IC 95%: 0-1,2) e nenhum teste mostrou-se reagente para o vírus da hepatite C. O uso de álcool, relações sexuais antes dos 15 anos de idade, o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, se recebeu dinheiro ou pagou em troca de sexo, se tem história de prisão e histórico de IST anterior apresentaram significância estatística com a ocorrência das IST investigadas. A prevalência do uso de álcool dentre o total de moradores entrevistados foi de 45,2% (IC95%: 39,0-51,4). Quanto ao padrão de uso excessivo de álcool, referente as zonas II a IV do AUDIT (valor de corte ≥ 8), a prevalência foi de 30,4% (IC95%: 24,7-36,1). Observou-se que o padrão de uso excessivo de álcool aumenta significativamente o risco de prevalência de sífilis, hepatite B e HIV segundo positividade dos testes rápidos (ARR= 11,86% OR=2,63; IC95% 1,24-5,60). **Conclusão:** a população do estudo apresenta alta prevalência para sífilis e presença de comportamentos de risco associados com a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis, caracterizando a população ribeirinha com vulnerabilidades para essas infecções.

Palavras-Chave: População ribeirinha; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Vulnerabilidade; Comportamento de risco.

ABSTRACT

Nogueira WP. Prevalence and factors associated with syphilis, HIV, hepatitis B and C infection in a riverside population. [Dissertation]. João Pessoa: Federal University of Paraíba; 2020. 124f.

Introduction: Viral hepatitis B and C, HIV and syphilis are important Sexually Transmitted Infections (STIs) that disproportionately affect vulnerable populations, including the riverside population. **Objective:** To investigate the prevalence of syphilis, HIV and viral hepatitis B and C and the associated factors in the riverside population living in the city of João Pessoa. **Method:** Cross-sectional study with a quantitative approach involving 250 people living in five riverside communities. Data were collected through individual and private interviews using a structured questionnaire with sociodemographic, sexual behavior and use of legal and illegal drugs questions and the Test for Identifying Problems Related to Alcohol Use (AUDIT). The investigation of the occurrence of STIs was carried out by means of rapid screening tests for hepatitis B and C, for HIV and for syphilis. The study was approved by the Research Ethics Committee (CAAE: 13419819.3.0000.5188). Data analysis was performed using descriptive statistics and logistic regression. **Results:** There was a predominance of females (68.0%); aged between 18 and 39 years (43.2%), with up to eight years of study (62.0%); married or in a consensual union (64.0%). The prevalence for STIs investigated by means of rapid tests was 12.8% (95% CI: 8.8-16.4) in 32 individuals who presented reactive results. 29 cases of syphilis were detected with a prevalence of 11.6% (95% CI: 7.5-15.6); anti-HIV type 1 in two individuals with a prevalence of 0.8%; (95% CI: 0-1.2); infection by the hepatitis B virus in an individual 0.8% (95% CI: 0-1.2) and no test was shown to be reactive for the hepatitis C virus. The use of alcohol, sexual intercourse before the age of 15 age, the number of sexual partners in the last 12 months, whether you received money or paid in exchange for sex, if you have a history of imprisonment and a history of previous STIs were statistically significant with the occurrence of the STIs investigated. The prevalence of alcohol use among the total of interviewed residents was 45.2% (95% CI: 39.0-51.4). Regarding the pattern of excessive alcohol use, referring to zones II to IV of the AUDIT (cutoff value ≥ 8), the prevalence was 30.4% (95% CI: 24.7-36.1). It was observed that the pattern of excessive alcohol use significantly increases the risk of prevalence of syphilis, hepatitis B and HIV according to the positivity of the rapid tests (ARR = 11.86% OR = 2.63; 95% CI 1.24-5, 60). **Conclusion:** the study population has a high prevalence for syphilis and the presence of risk behaviors associated with the occurrence of sexually transmitted infections, characterizing the riverside population with vulnerabilities to these infections.

Key words: Riverside population; Sexually Transmitted Infections; Vulnerability; Risk behavior.

RESUMEN

Nogueira WP. Prevalencia y factores asociados con la sífilis, VIH, infección por hepatitis B y C en una población ribereña. [Disertación]. João Pessoa: Universidad Federal de Paraíba; 2020. 124f.

Introducción: la hepatitis viral B y C, el VIH y la sífilis son importantes infecciones de transmisión sexual (ITS) que afectan desproporcionadamente a las poblaciones vulnerables, incluida la población ribereña. **Objetivo:** Investigar la prevalencia de sífilis, VIH y hepatitis viral B y C y los factores asociados en la población ribereña que vive en la ciudad de João Pessoa. **Método:** estudio transversal con un enfoque cuantitativo que involucró a 250 personas que viven en cinco comunidades ribereñas. Los datos se recopilaban a través de entrevistas individuales y privadas utilizando un cuestionario estructurado con comportamiento sociodemográfico, sexual y uso de drogas lícitas e ilícitas y la Prueba para la identificación de problemas relacionados con el consumo de alcohol (AUDIT). La investigación de la aparición de ITS se llevó a cabo mediante pruebas rápidas de detección de hepatitis B y C, VIH y sífilis. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CAAE: 13419819.3.0000.5188). El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva y regresión logística. **Resultados:** predominó el sexo femenino (68.0%); edad entre 18 y 39 años (43.2%), con hasta ocho años de estudio (62.0%); casado o en unión consensual (64.0%). La prevalencia de ITS investigadas mediante las pruebas rápidas fue del 12,8% (IC del 95%: 8,8-16,4) en 32 individuos que presentaron resultados reactivos. Se detectaron 29 casos de sífilis con una prevalencia del 11,6% (IC 95%: 7,5-15,6); anti-VIH tipo 1 en dos individuos con una prevalencia de 0.8%; (IC 95%: 0-1.2); infección por el virus de la hepatitis B en un individuo 0.8% (IC 95%: 0-1.2) y no se demostró que ninguna prueba sea reactiva para el virus de la hepatitis C. El uso de alcohol, relaciones sexuales antes de los 15 años la edad, el número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, ya sea que haya recibido dinero o pagado a cambio de sexo, si tiene antecedentes de encarcelamiento y antecedentes de ITS anteriores fueron estadísticamente significativas con la aparición de las ITS investigadas. La prevalencia del consumo de alcohol entre el total de residentes entrevistados fue del 45.2% (IC 95%: 39.0-51.4). En cuanto al patrón de consumo excesivo de alcohol, en referencia a las zonas II a IV del AUDIT (valor de corte ≥ 8), la prevalencia fue del 30,4% (IC del 95%: 24,7-36,1). Se observó que el patrón de consumo excesivo de alcohol aumenta significativamente el riesgo de prevalencia de sífilis, hepatitis B y VIH de acuerdo con la positividad de las pruebas rápidas (ARR = 11.86% OR = 2.63; IC 95% 1.24-5, 60) **Conclusión:** la población de estudio tiene una alta prevalencia de sífilis y la presencia de comportamientos de riesgo asociados con la aparición de infecciones de transmisión sexual, caracterizando a la población ribereña con vulnerabilidades a estas infecciones.

Palabras clave: población ribereña; Infecciones de transmisión sexual; Vulnerabilidad; Comportamiento de riesgo.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	23
2.1	Objetivo geral	23
2.2	Objetivos específicos	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1	Contextualização das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	24
3.1.2	As hepatites virais (B e C), o HIV e a sífilis	25
3.2	A epidemiologia das IST em populações vulneráveis	34
3.3	A população ribeirinha	37
3.3.1	A População ribeirinha: e os fatores e comportamentos de risco frente às IST	39
3.3.2	A população ribeirinha do município de João Pessoa	40
3.4	A população ribeirinha e as Infecções Transmissíveis	41
4	METODOLOGIA	59
4.1	Tipo de estudo	59
4.2	Local do estudo	59
4.2.1	Comunidade São Rafael	59
4.2.2	Comunidade São José	59
4.2.3	Comunidade Tito Silva	60
4.2.4	Comunidade Porto do Capim	60
4.2.5	Comunidade do “S”	60
4.3	População e amostra	60
4.4	Procedimentos de coleta de dados	62
4.4.1	Treinamento dos colaboradores da pesquisa	62
4.4.2	Instrumentos	62
4.4.2.1	Questionário	62
4.4.2.2	Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool	63
4.4.2.3	Variáveis do estudo	63
4.4.3	Coleta de dados	64
4.4.3.1	Teste rápido para hepatite B	66
4.4.3.2	Teste rápido para hepatite C	66
4.4.3.3	Teste rápido para sífilis	66
4.4.3.4	Teste rápido para HIV	67
4.5	Análise dos dados	67
4.6	Aspectos éticos	68
4.6.1	Riscos e benefícios do estudo	68
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
5.1	Artigo original 1	70
5.2	Artigo original 2	86
6	CONCLUSÃO	99
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	117
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO	120
	APÊNDICE C – FORMULÁRIO DE RESULTADOS	122
	APÊNDICE D – FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO	123
	ANEXO A – AUDIT	125
	ANEXO B – NORMAS DO PERIÓDICO ENFERMERIA GLOBAL	126

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) representam um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, especialmente pela elevada prevalência e pelo impacto provocado na qualidade de vida das pessoas, acometendo ambos os sexos e tornando o organismo mais vulnerável a outras doenças. São infecções relacionadas a múltiplas síndromes clínicas, causadas por diferentes agentes etiológicos que, por vezes, dificultam o diagnóstico e retardam o tratamento^(1,2).

A diversidade de IST pode ser causada por vírus, bactérias, fungos e protozoários que são transmitidas, principalmente, pelo contato sexual, sem o uso do preservativo, por via sanguínea, pela transmissão vertical e amamentação⁽³⁾. Entre as IST de maior importância clínica estão a gonorreia, a sífilis, a tricomoniase, o herpes genital, as verrugas genitais, causadas pelo HPV, as infecções por clamídia, pelo vírus da hepatite B e pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, o HIV⁽⁴⁾.

Há uma estimativa de que o número de pessoas acometidas por IST curáveis no mundo seja de 376,4 milhões ao ano⁽⁵⁾. Mundialmente, estima-se que aproximadamente 240 milhões de pessoas estão infectadas pelo vírus da hepatite B e cerca de 130 a 150 milhões pelo vírus da hepatite C⁽⁵⁾. No Brasil, de 1999 a 2018, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 632.814 casos confirmados de hepatites virais. Destes, 233.027 (36,8%) de hepatite B e 228.695 (36,1%) de hepatite C. No ano de 2018, a região Nordeste, apresentou 1.902 casos notificados para a hepatite B e 1.190 para a hepatite C. No estado da Paraíba, o número de casos de hepatite B e C foram de 106 e 96, respectivamente. Destes, a capital João Pessoa apresentou uma notificação de casos de 36 para a hepatite B e 74 para a hepatite C⁽⁶⁾.

Em relação à infecção causada pelo HIV, segundo as estimativas do Programa das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), o número de pessoas vivendo com HIV no mundo é crescente. Em 2005, havia cerca de 31,8 milhões, passando para 33,3 milhões em 2010 e chegando a 37,9 (32,7-44,0 milhões) em 2018. Convém ressaltar que o Brasil é o país responsável por 40% das novas infecções por HIV na América Latina^(7,8). Entre o ano de 2007 e 2019, foram notificados no país, 300.496 casos de infecção pelo HIV. Só no ano de 2019, 4.578 novos casos de infecção pelo HIV foram notificados na região Nordeste, destes 218 casos na Paraíba e 86 na cidade de João Pessoa⁽⁹⁾.

Quando se trata da sífilis, no Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento no número de casos em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído por

diversas questões, entre elas a redução do uso do preservativo, tornando-se preocupante o aumento do número de novas infecções. Dados mostram que no ano de 2018 foram notificados 158.051 casos de sífilis adquirida, um aumento de 28,3% em relação ao ano anterior; 62.599 casos de sífilis em gestantes e 26.219 casos de sífilis congênita, além de 241 óbitos por sífilis congênita⁽¹⁰⁾. O estado da Paraíba registrou, em 2019, um número de 840 novos casos de sífilis adquirida, sendo 495 casos em João Pessoa⁽¹⁰⁾.

As infecções causadas pelo HIV, as hepatites B e C, e a sífilis constituem IST de notificação compulsória, sendo assim é importante ressaltar que comumente ainda existe a subnotificação dessas infecções, tornando os valores numéricos apresentados menores que os existentes⁽¹¹⁾.

Destaca-se que o surgimento, disseminação e manutenção das IST estão diretamente interligados a vários fatores, dentre eles: a causa da transmissão e os fatores biológicos de cada infecção; os fatores e comportamentos de risco; a duração da infecção acompanhada pela influência de fatores socioeconômicos e culturais; além da qualidade da atenção em saúde e acesso aos serviços de saúde. É inegável que essas infecções não afetam igualmente a população como um todo, uma vez que atingem predominantemente as populações vulneráveis⁽¹²⁾.

Vulnerabilidade é um conceito que se refere à susceptibilidade de um indivíduo que o expõe ao adoecimento, considerando os aspectos biológicos, cognitivos e as atitudes individuais⁽¹³⁾. Geralmente, a vulnerabilidade e o risco estão atrelados aos fatores de carência e de exclusão social, ou seja, pessoas, famílias e comunidades são vulneráveis por não disporem de recursos necessários para o enfrentamento dos riscos a que estão submetidos, além do difícil acesso aos serviços, as ações e as estratégias de saúde que garantam o seu bem-estar físico, psíquico e social⁽¹⁴⁾.

No entanto, o conceito de populações vulneráveis deve ser ampliado, pois não basta considerar os fatores de risco biológicos e individuais, mas sim considerar a diversidade dos fatores sociais, econômicos, culturais e geográficos que tornam uma população e/ou comunidade vulnerável a essas infecções. Nessa lógica, enquadram-se como populações vulneráveis, as populações ribeirinhas. São povos que vivem nas beiras dos rios, que possuem um modo de vida específico, principalmente por possuir o rio como elemento que faz parte do seu modo de vida⁽¹⁵⁾.

Essas populações são consideradas de risco para determinados agravos e/ou IST pelo fato de viverem em baixas condições socioeconômicas que não lhes permitem o acesso às mínimas condições e aos bens essenciais à sua saúde, a dificuldade de acesso as informações

para medidas preventivas, além das limitações relacionadas aos fatores geográficos e organizacionais. Convém ressaltar que a educação tem papel fundamental na adoção de medidas preventivas, mudanças de hábitos e de comportamentos, em especial, na prática de sexo seguro com o uso de preservativo⁽¹⁶⁾.

Nesse ínterim, a situação socioeconômica e demográfica também se configura como fatores de vulnerabilidades que são determinantes para o adoecimento, em que condições de emprego, renda, moradia, arranjo familiar, a baixa escolaridade e as barreiras para o acesso aos serviços de saúde estão atrelados ao processo saúde-doença⁽¹⁷⁾.

Com o intuito de diminuir estas vulnerabilidades, em especial a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, são implementadas políticas públicas de saúde. Sendo assim, os ribeirinhos devem estar incluídos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽¹⁸⁾ que propõe ações específicas para o contexto em que vivem e o estabelecimento de Estratégia de Saúde da Família para essas populações, ampliando os espaços de promoção e equidade em saúde⁽¹⁹⁾. Além disso, estão inseridos dentro da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA)⁽²⁰⁾. A qual tem por objetivo melhorar o acesso aos serviços de saúde, o nível de saúde e a redução de riscos por meio de iniciativas que reconheçam às especificidades dessa população, garantindo o direito a equidade e a universalidade, bem como a integralidade para esses povos. Caracterizada pelo o conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema.

Importante salientar que um dos planos operativos da PNSIPCFA é o incentivo para a realização de estudos e pesquisas sobre a situação de saúde dessa população. Então, um aspecto relevante ao se discutir a ocorrência de IST nesse grupo populacional, refere-se à fragilidade e limitações das informações e da produção científica disponíveis nas bases de dados, sistemas de informação em saúde e bibliotecas tradicionais e eletrônicas. São raras as pesquisas realizadas sobre o assunto, o que culmina no desconhecimento sobre a epidemiologia das IST nessas populações.

Conhecer, portanto, as características sociais, econômicas e comportamentais dessa população, principalmente na perspectiva do cuidado no que concerne a epidemiologia das IST e seus fatores associados, é vislumbrar o planejamento de estratégias e a implementação de ações que minimizem os fatores potencialmente determinantes das IST nesse segmento populacional.

Frente à lacuna identificada no campo da ciência e da prática da integralidade em saúde, faz-se necessário elencar alguns questionamentos: Qual o panorama de ocorrência da

sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C na população ribeirinha residente na cidade de João Pessoa? Qual a relação entre os fatores sociais com a ocorrência da sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C nessa população? Que atitudes comportamentais dessa população estão associadas à ocorrência da sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C? Diante de tais questões, é imperioso estudar as condições da ocorrência da sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C, na população ribeirinha, uma vez que se concebe a existência de múltiplos fatores que implicam na vulnerabilidade dessa população diante as IST apresentadas. Para respondê-las, foram propostos os objetivos descritos adiante.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Investigar a prevalência da sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C e os fatores associados na população ribeirinha residente no município de João Pessoa.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a população do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos;
- Estimar a prevalência da sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C nessa população;
- Associar a prevalência da sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C com os fatores de risco na população ribeirinha;
- Associar a prevalência da sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C com os fatores comportamentais na população ribeirinha;
- Verificar o padrão de consumo de álcool da população ribeirinha;
- Relacionar a prevalência da sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C com o padrão de consumo de álcool da população ribeirinha.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contextualização das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

As IST constituem um problema de saúde pública global, principalmente por sua magnitude, pela dificuldade de acesso ao diagnóstico e tratamento adequado. Além da subnotificação de casos que não mostra a incidência dessas infecções, o que acarreta a continuidade da cadeia de transmissão^(1,21).

Sabe-se que as IST são causadas por uma multiplicidade de bactérias, vírus e/ou parasitas. Seu modo de transmissão ocorre, principalmente, por contato sexual, incluindo sexo vaginal, anal e oral. Algumas delas podem também ser transmitidas através de sangue ou produtos derivados do sangue. Além daquelas que podem ser transmitidas de mãe para filho durante a gravidez e o parto, dentre elas inclui-se: clamídia, gonorreia, hepatite B, HIV e sífilis⁽²²⁾.

Atualmente, dentre as IST, quatro são curáveis: sífilis, clamídia, gonorreia e tricomoníase. As outras são infecções virais e incuráveis: a hepatite B, o vírus herpes simplex (HSV ou herpes), HIV e o papilomavírus humano (HPV), e seus sintomas podem ser reduzidos ou modificados através do tratamento, por isso a importância da detecção precoce⁽²²⁾.

Devido a ausência de sinais e sintomas de algumas IST, muitas pessoas não buscam o serviço de saúde para o diagnóstico precoce e tratamento. No entanto, as pessoas que são sintomáticas podem preferir tratar-se por conta própria ou procurar outras formas de tratamento. Muitas vezes, aquelas que buscam o atendimento podem não ter uma IST diagnosticada ou tratada corretamente. Nesse contexto, apenas uma pequena proporção de pessoas com IST pode chegar à cura e evitar as diferentes formas de transmissão^(12,23).

Para a consequente minimização desses índices de morbidade e controle da transmissão desses agravos são traçadas estratégias/ações de prevenção. No Brasil, o Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, antes denominado de Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais, adotou o método da Prevenção Combinada, que remete a conjugação de diferentes métodos de prevenção ao HIV, as IST e as hepatites virais, conforme as características individuais de cada pessoa e do meio em que vivem⁽²⁴⁾.

A testagem regular para o HIV, sífilis e algumas hepatites virais, a prevenção da transmissão vertical, o tratamento das IST e das hepatites virais, a imunização para as

hepatites A e B, programas de redução de danos para usuários de álcool e outras substâncias, profilaxia pré-exposição (PrEP), profilaxia pós-exposição (PEP) e o tratamento de pessoas que já vivem com HIV, são alguns dos métodos que fazem parte da Prevenção Combinada⁽²⁴⁾.

Além disso, a estratégia da distribuição universal e gratuita de preservativos tem sido a forma de profilaxia mais divulgada pelas políticas de saúde, por seu elevado grau de proteção frente ao risco do aparecimento das IST, e consequentemente quebrando a cadeia de transmissão. Seu uso em uma relação sexual é um comportamento complexo que ocorre em diferentes contextos, sejam eles pessoais, interpessoais e situacionais, que são repletos de valores, crenças e expectativas⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Porém, mesmo com a estratégia de prevenção relacionada ao uso do preservativo, é alto o índice do não uso do mesmo, que pode estar atrelado a diversos fatores como a falta de comunicação com o parceiro sobre questões relacionadas ao sexo, o esquecimento da sua utilização, a carência de conhecimento sobre o risco de práticas sexuais não protegidas, a rejeição do parceiro em utilizar o método e a confiança da não contaminação em uniões estáveis⁽²⁸⁾.

A adesão aos métodos de prevenção e acesso gratuito aos medicamentos para controle das IST não são suficientes para resolver o maior problema enfrentado no Brasil que seria o diagnóstico tardio. Estima-se que por volta de 150 mil brasileiros vivem com o HIV sem saber, pois nunca realizaram o teste e/ou desconhecem os sinais e sintomas de uma IST. Na maioria das vezes, essas pessoas chegam muito debilitadas no serviço de saúde, diminuindo, assim, as chances de êxito no tratamento⁽²⁹⁾.

Com isso, mesmo diante das medidas preventivas dadas a população em geral, observa-se que há uma fragilidade quanto ao alcance das metas desejadas pelos serviços de saúde. Coaduna-se a isso, a barreira da mudança de hábitos da população que requer outros tipos de estratégias que possam garantir a não disseminação das IST.

3.1.2 As Hepatites Virais (B e C), o HIV e a Sífilis

As hepatites virais são doenças infecciosas que afetam o fígado, provocadas por diferentes agentes etiológicos que são designados como vírus A, B, C, D e E. São consideradas de grande importância para a saúde pública devido ao grande número de pessoas atingidas e por possibilitarem complicações nas formas agudas e crônicas. São infecções de características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais distintas. Dentre as hepatites virais, destacam-se as do tipo B e C por terem a via sexual como uma das formas de transmissão,

sendo inclusas no grupo das IST, além de serem as mais frequentes nas causas da hepatite crônica^(30,31).

A endemicidade do vírus da hepatite B (HBV) é classificada em alta, intermediária (alta e baixa), e baixa, refletida através da prevalência sorológica do antígeno da hepatite B, o HBsAg. A prevalência do HBsAg igual ou maior que 8% classifica as regiões como altamente endêmicas, de 5 a 7% como intermediária alta, 2% a 4% intermediária baixa e inferior a 2% define as regiões com baixa endemia⁽³¹⁾.

Estima-se que 257 milhões de pessoas tenham a hepatite B crônica, das quais cerca de 68% vivem nas regiões da África e do Pacífico Ocidental. Salienta-se que mais de 2 bilhões de pessoas tem marcadores de contato do HBV⁽³²⁾. No Brasil, essa epidemiologia não é homogênea, aquelas áreas que possuem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, pouco urbanizadas e aquelas residentes em áreas silvestres são as mais afetadas, como exemplo, as populações tradicionais, remanescentes e indígenas⁽³⁰⁾.

A hepatite B é causada por um vírus de DNA da família *Hepadnaviridae*, o qual possui uma grande versatilidade na sua forma de transmissão^(30,33). Seu DNA pode ser detectado no sangue e em fluidos corporais, podendo ser transmitido por via parenteral (compartilhamento de agulhas, seringas, material de manicure, tatuagens, *piercings*, procedimentos cirúrgicos), vertical e sexual. A transmissão sexual consiste em um importante meio de disseminação em todas as regiões do mundo, principalmente por existir fatores que aumentam o risco da aquisição, como: a duração da atividade sexual, o número de parceiros sexuais, história de outras IST, entre outros⁽³⁴⁾.

Após o contágio viral, o período de incubação pode durar de quatro a 28 semanas⁽³⁵⁾. Na maioria das vezes, possui caráter assintomático ou oligossintomático, o que pode ocasionar o diagnóstico tardio e, conseqüentemente, a possível evolução para a sua forma crônica que é definida pela persistência do antígeno HBsAg por mais de seis meses após o início da infecção, aumentando assim o risco de desenvolvimento de cirrose hepática e carcinoma hepatocelular^(31,36).

O diagnóstico de confirmação para a infecção pelo HBV pode ser realizado por meio da detecção dos marcadores sorológicos [HBsAg, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, anti-HBc IgM e anti-HBc Total (IgM e IgG)] e também da pesquisa qualitativa e quantitativa do DNA viral⁽³⁷⁾. No Brasil, o Ministério da Saúde⁽³⁰⁾ disponibiliza os testes rápidos que são capazes de detectar o HBsAg.

O tratamento consiste em reduzir o risco de progressão da doença hepática e de seus desfechos primários, especificamente cirrose, carcinoma e o óbito, pois não há um tratamento específico para a hepatite B, apenas o manejo clínico para alívio dos sintomas⁽³⁶⁾.

Em 1982, vacinas seguras e eficazes contra a hepatite B estavam disponíveis, sendo uma das principais medidas de prevenção e controle da doença^(38,39). No Brasil, por meio da Nota Informativa nº 149/2015 de 23 de outubro de 2015⁽⁴⁰⁾, foi instituída a universalização da vacinação da hepatite B para todas as faixas etárias, conferindo imunização por meio de três doses, garantindo a 95% dos indivíduos níveis adequados de anticorpos protetores. A vacina contém a substância ativa da proteína do vírus de superfície, o HbsAg, conferindo como marcador sorológico de imunidade o anticorpo anti-HBs^(30,41).

Em relação à hepatite C, a mesma é considerada a principal enfermidade crônica no mundo, afetando mais de 71 milhões de pessoas e causando cerca de 500.000 mortes por ano. É considerada como a principal causadora de 80% dos transplantes de fígado em todo o mundo. Em um estudo epidemiológico⁽⁴²⁾, o Brasil apresentou uma prevalência de 1,6% de infecção pelo vírus da hepatite C (HCV), caracterizando-o como um país com endemicidade intermediária. Alguns estudos⁽⁴³⁻⁴⁵⁾ também apresentaram prevalências semelhantes.

O patógeno causador da hepatite C é um vírus de cadeia simples de RNA pertencente a família *Flaviviridae*. Caracteriza-se por ser uma infecção silenciosa devido a inespecificidade de seus sinais e sintomas, como febre, mal-estar, náuseas, vômitos, dor abdominal, que podem ser confundidos com outras enfermidades⁽⁴⁶⁾. Ressalta-se que após a exposição ao vírus, a infecção se cronifica em 55% a 80% dos indivíduos e a maioria dos casos só é identificada através de exames de rotina ou nos exames realizados para doações de sangue^(44,45,47).

A principal forma de transmissão e propagação do HCV é a parenteral. Com isso, o compartilhamento de objetos perfurocortantes, como agulha, lâminas de barbear, alicates de unha, materiais para confecção de tatuagens, entre outros, são importantes fontes de infecção para o HCV. Além disso, comportamentos de risco relevantes para a infecção ainda são acrescidos como o uso de drogas injetáveis, transfusões de sangue realizadas antes de 1994, transplantes de órgãos, hemodiálise e uso de material cirúrgico não estéril^(48,49).

Nas décadas de 80 e 90, a via de transmissão por transfusão sanguínea era a mais importante fonte de infecção para a hepatite C, devido a não obrigatoriedade dos exames de triagem sorológica nos indivíduos. No Brasil, foi a partir do ano de 1994, com as portarias 1376/93 do Ministério da Saúde⁽⁵⁰⁾, que todos os centros hemoterápicos teriam por obrigação realizar triagem sorológica⁽⁵¹⁾.

No ano de 2016, houve uma mudança no cenário brasileiro nas formas de transmissão da hepatite C. A infecção por via sexual, antes não tão efetiva na transmissão do HCV, apresentou um percentual superior a via por transfusão sanguínea: 24,2% e 21,7% respectivamente, percentual inferior apenas em relação ao uso de drogas (24,8%) que ainda permanece como principal fonte de infecção. Porém no ano de 2017, a principal fonte de infecção passou a ser por via sexual (9,2%) seguida pelo uso de drogas (8,1%) e por via transfusional (6,8%)^(30,52,53).

O diagnóstico da infecção pelo HCV⁽³⁰⁾ se baseia na realização de no mínimo dois testes. O primeiro teste utilizado identifica a presença de anticorpos específicos (anti-HCV) por meio do imunoenensaio de enzima de anticorpo (ELISA). Caso haja a positividade deste, realiza-se a investigação por meio do ensaio baseado em reação em cadeia da polimerase (PCR) para identificar e quantificar o RNA viral. A presença do anti-HCV mostra que uma pessoa está infectada pelo vírus HCV, mas não define se a infecção é aguda, crônica ou se já foi curada^(31,46).

O objetivo do tratamento para a hepatite C se baseia na inibição da multiplicação viral, na redução das complicações da doença e/ou erradicação do vírus com base na resposta virológica sustentada (RVS). Aqueles pacientes que alcançam uma boa RVS têm liberação do vírus com possibilidades insignificantes de reativação e aqueles com infecção aguda resolvida sem tratamento não precisam de terapia antiviral, pois estima-se que 15% dos casos de HCV sejam eliminados espontaneamente pelo próprio organismo do hospedeiro. Em contrapartida, aqueles pacientes com infecção crônica pelo HCV devem receber a terapia antiviral^(31,54).

Uma IST que permanece a desafiar globalmente os sistemas de saúde é a sífilis, especialmente devido ao seu potencial infectocontagioso e ao aumento da sua incidência, com 12 milhões de novas infecções relatadas a cada ano. Estima-se que 36 milhões de pessoas, no mundo, estejam infectadas com a sífilis^(53,55,56).

No Brasil, a última década foi marcada pelo o aumento das taxas de incidência de sífilis adquirida, congênita e em gestantes: 9,0 casos por mil nascidos vivos para a sífilis congênita, 21,4 casos por mil nascidos vivos para a sífilis em gestantes e 75,8 casos/100 mil habitantes da sífilis adquirida. Em números absolutos, esses valores representam uma notificação de 26.219, 62.599 e 158.051 casos, respectivamente⁽¹⁰⁾. Ademais, a sífilis caracteriza-se por atingir todos os grupos etários, de ambos os sexos, porém a sua prevalência está maior na faixa etária sexualmente ativa de 15 a 49 anos⁽⁵⁷⁾.

De acordo com um estudo⁽⁵⁸⁾, o aumento da sífilis nos últimos 10 anos pode estar associado a diversos comportamentos de risco, especialmente nos homens que fazem sexo

com homens (HSH), devido ao maior número de contatos realizados via internet, pelo uso de drogas, por manter relacionamentos sexuais desprotegidos e pela prática de *Chemsex* (uso intencional de drogas para ter relações sexuais por um período prolongado). Outros comportamentos também estão associados, como prática da troca de sexo por dinheiro ou drogas, o não uso de preservativo e história anterior de IST⁽⁵⁹⁾.

A sífilis é uma infecção sistêmica, de evolução crônica, curável, causada pela bactéria *Treponema pallidum* pertencente a família *Spirochaetaceae*. Sua transmissão ocorre, principalmente, pela via sexual (sífilis adquirida), por via transplacentária (sífilis congênita), assim como pelo compartilhamento de agulhas por usuários de drogas e até pelo transplante de órgão ou hemoderivados^(58,60).

Devido a períodos de características clínicas, imunobiológicas e histopatológicas diferentes, a sífilis irá se caracterizar de acordo com os estágios em: sífilis primária, secundária e terciária⁽⁵⁶⁾. A sífilis primária ocorre após o contato com a bactéria, na qual o paciente permanece assintomático (10 a 90 dias de incubação) até o aparecimento de uma ferida indolor na região da genitália, a qual desaparece, espontaneamente, após seis semanas, causando o diagnóstico tardio devido ao paciente acreditar na cura espontânea⁽⁶¹⁾.

A secundária caracteriza-se pela evolução da infecção não tratada. As manifestações clínicas surgem em torno de seis semanas a seis meses, apresentando-se com erupções mucocutâneas disseminadas. Essas podem se apresentar na forma de pápulas, máculas, principalmente na região do tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares que quando bastante evidenciadas sugerem fortemente o diagnóstico da sífilis secundária. Outros sintomas como febre, mal estar, anorexia e artralgia também podem aparecer. O diagnóstico nesse estágio é bastante evidenciado devido a intensa produção de anticorpos contra o *treponema*^(58,62).

Após um longo período de latência e de infecção não tratada, pode surgir entre dois a 40 anos a sífilis terciária. Sua manifestação ocorre na forma de inflamação e destruição tecidual, podendo afetar qualquer órgão, afetando comumente o sistema nervoso e o cardiovascular. Caracteriza-se pela formação de gomas sífilíticas na pele, mucosas ou ossos. É um estágio grave devido ao aparecimento de lesões que causam desfiguração e incapacidades, além de provocar alterações neurológicas graves como a neurosífilis⁽⁶²⁾.

Os exames diretos e os testes imunológicos são os tipos de testes que podem ser realizados para o diagnóstico da sífilis. A escolha não depende somente da disponibilidade dos testes, mas também do estágio da infecção que acomete o paciente. As técnicas de diagnóstico direto consistem em detectar a bactéria diretamente da lesão e se aplicam no

estágio primário e secundário, devido a presença das lesões com grande quantidade de treponemas. As técnicas disponíveis são a microscopia de campo escuro, imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias, porém essas técnicas têm algumas limitações e não são úteis para o rastreamento da doença e/ou monitoramento de pacientes^(59,62,63).

Os testes imunológicos, na prática, são os mais utilizados e constituem a principal ferramenta para o diagnóstico e rastreamento da sífilis. São de alta sensibilidade e especificidade, de baixo custo e seguros para o paciente. Nesses testes estão incluídos dois tipos de exames: os treponêmicos e os não treponêmicos. Os testes treponêmicos, geralmente são os primeiros testes a serem utilizados, apresentam resultados reagentes de sete a 15 dias após a infecção e caracterizam-se por detectar anticorpos específicos contra o *Treponema pallidum*. São exemplos de testes treponêmicos: os testes rápidos, ofertados gratuitamente pelo Ministério da Saúde, de imunocromatografia de fluxo lateral ou de plataforma de duplo percurso (DPP); os testes de hemaglutinação e os ensaios imunoenzimáticos. Apesar de sua alta especificidade, esses testes não são indicados para o monitoramento do paciente, uma vez que mesmo após o tratamento, 80% dos casos irão permanecer reagentes por toda a vida^(63,64).

Os testes não treponêmicos detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *Treponema pallidum* e permitem uma análise quantitativa e qualitativa. A análise qualitativa indica a presença ou ausência de anticorpo, enquanto a quantitativa permite a titulação de anticorpos. No Brasil, os mais utilizados são: o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), o RPR (*Rapid Plasma Reagin*) e o USR (*Unheated-Serum Reagin*). Os testes não treponêmicos tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro e podem ser utilizados para o monitoramento do tratamento e controle de cura.

Salienta-se que para o diagnóstico da sífilis, os dois tipos de testes (treponêmico e não treponêmico) devem ser realizados para a confirmação da infecção. Caso seja realizado, na triagem, um teste rápido (treponêmico) com resultado reagente, o profissional precisa solicitar a investigação com o teste não treponêmico para a confirmação diagnóstica⁽⁵⁶⁾.

Desde 1943, a benzilpenicilina benzatina, logo após a sua descoberta, passou a ser o tratamento de escolha para a sífilis, sendo o medicamento mais eficaz para o tratamento em qualquer uma das suas formas, além de ser a droga com eficácia documentada durante a gestação. Sua forma farmacêutica, posologia e duração do tratamento dependem do estágio e das manifestações clínicas apresentadas pelo paciente, por isso a importância de uma correta classificação do caso^(2,65).

Frente as IST anteriormente apresentadas, convém abordar também sobre o HIV, talvez a IST mais estigmatizada atualmente, devido as crenças, atitudes e aos sentimentos negativos em relação as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e até mesmo o receio diante de um resultado positivo^(66,67).

Entre 1977 e 1978 surgiram os primeiros relatos de casos da infecção nos Estados Unidos, Haiti e África e em 1982, a primeira confirmação de caso no Brasil. Diante do aumento do número de casos e um conhecimento incipiente sobre a infecção, o vírus da Síndrome da Imunodeficiência Humana (Aids) foi isolado nos Estados Unidos. Em 1985 é descoberto e denominado vírus da imunodeficiência humana (HIV), o agente etiológico da Aids^(68,69).

Dados recentes apontam que 37,9 milhões de pessoas no mundo vivem com o HIV, desses, 79% conhecem seu estado sorológico e 8,1 milhões não sabem que estão vivendo com o HIV. Mundialmente, no ano de 2018, ocorreram 1,7 milhões de novas infecções, 54% só nas populações-chave (HSH, gays, pessoas trans, trabalhadores(as) sexuais) e seus parceiros sexuais. Além disso, todas as semanas, cerca de 6.200 mulheres jovens (entre 15 e 24 anos) são infectadas, observando o aumento da incidência de casos em pessoas jovens⁽⁷⁾.

Pertencente a família *Retroviridae*, o HIV é um retrovírus que ataca, principalmente, os linfócitos T CD4+, principais células de defesa do sistema imunológico humano, além de macrófagos teciduais e células da micróglia do sistema nervoso central. Essa invasão do vírus acarreta em uma doença crônica e progressiva que resulta em uma depressão imunológica do organismo, deixando-o vulnerável a outras infecções oportunistas, característica marcante da aids^(62,69,70).

O vírus HIV está presente no sangue, no sêmen, nas secreções vaginais e no leite materno. Sua transmissibilidade ocorre por meio da relação sexual desprotegida (vaginal, oral ou anal), pelo compartilhamento de seringas ou agulhas infectadas, por transfusão sanguínea e de mãe para filho durante a gestação, parto ou amamentação⁽⁶²⁾.

Mediante o início da epidemia, o estigma e a discriminação com determinados grupos de risco e/ou com PVHIV eram constantes. A maioria dos indivíduos acreditava estar imune a doença por não pertencer ao grupo de risco com maior vulnerabilidade ao contágio, dentre eles: homossexuais, usuários de drogas e trabalhadores(as) sexuais⁽⁷¹⁾.

No entanto, o perfil epidemiológico da infecção pelo o HIV sofreu alterações ao longo do tempo, na qual a infecção passou a atingir todos os grupos populacionais, independente da sua orientação sexual. Adiciona-se a isso, que sua ocorrência também depende do comportamento humano individual e coletivo, além das vulnerabilidades as quais os

indivíduos estão inseridos. Mediante a esse contexto, observa-se um aumento do número de casos em pessoas do sexo feminino, em heterossexuais e em jovens⁽⁷²⁾.

Após o contágio com o vírus, o organismo perpassará por algumas fases clínicas, caracterizadas pela evolução natural da doença, que inicia por fases assintomáticas até manifestações clínicas mais complexas, devido a ocorrência da depressão do sistema imunológico com o passar dos anos⁽⁶⁹⁾.

A fase inicial ou síndrome retroviral aguda é a resposta natural do corpo à infecção pelo vírus. É marcada pela alta viremia, tornando a transmissibilidade maior durante esse período, acompanhada pela diminuição rápida de células CD4+ que posteriormente aumentam, mas não necessariamente voltam aos seus níveis normais. O tempo entre a exposição ao vírus e ao aparecimento dos sintomas é de cinco a 30 dias. No entanto, os sintomas apresentados são inespecíficos, como: febre, mal estar, perda de peso, diarreia. Em consequência disso, a maioria dos casos nessa fase passa despercebido, aumentando as chances de diagnóstico precoce⁽⁷³⁻⁷⁵⁾.

A infecção HIV assintomática ou infecção HIV crônica se caracteriza pela ausência de sintomas ou as manifestações clínicas são mínimas. É uma fase que pode perdurar por muitos anos mantendo-se assintomática. Nessa fase, o vírus está ativo, porém se reproduz em níveis muito baixos devido a forte interação com as células de defesa. Entre o meio e fim desse período, acontece o aumento gradativo da carga viral e a diminuição dos linfócitos CD4+, deixando o organismo vulnerável a infecções comuns⁽⁷³⁾.

A fase sintomática inicial se caracteriza pela alta imunodeficiência do sistema imunológico, devido aos constantes ataques dos vírus aos linfócitos CD4+, tornando o organismo vulnerável às infecções oportunistas. Os linfócitos CD4+, nessa fase, apresentam um valor abaixo de 200 células/mm³ de sangue (valor normal 500-1600 unidades), caracterizando a progressão do HIV para o estágio mais avançado da doença, a aids. O indivíduo também pode ser diagnosticado com aids quando o mesmo apresenta uma ou mais infecções oportunistas (tuberculose, toxoplasmose, hepatites virais, entre outras) independente da sua contagem de linfócitos^(69,73).

Mediante aos estigmas, aos sentimentos negativos e ao medo de contrair o HIV, o diagnóstico para essa infecção envolve uma série de fatores, desde a preparação do indivíduo no aconselhamento pré-teste e no pós-teste, independente de um resultado reagente ou não reagente. A detecção do HIV é realizada por meio de técnicas que pesquisam anticorpos, antígenos, material genético ou que isolem o vírus. Os testes para a detecção são empregados nos seguintes casos: diagnóstico da infecção pelo HIV mediante um comportamento de risco

individual; para triagem sorológica de doadores de sangue, bem como para transplantes de órgãos e em estudos para vigilância epidemiológica^(76,77).

Os testes disponíveis para o diagnóstico do HIV são: os imunoenaios de quarta geração (ELISA), os quais detectam anticorpos por meio de antígenos virais produzidos em cultura celular, sendo úteis para a detecção de infecção recente; os testes rápidos que são imunoenaios simples que detectam anticorpos anti-HIV através de uma amostra de sangue obtida da polpa digital e que revela resultados em até 30 minutos com especificidade e sensibilidade de 99%. Uma importante característica dos testes rápidos é que podem ser realizados em ambientes não laboratoriais como a atenção básica, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), maternidades e outras unidades que fazem parte da atenção básica em saúde, o que permite o amplo acesso da população ao diagnóstico. Os formatos disponíveis são os dispositivos de imunocromatografia de fluxo lateral, imunocromatografia de duplo percurso (DPP) e imunocêntrica⁽⁵³⁾.

Outros testes complementares também estão incluídos no diagnóstico, entre eles: o *Western blot* e imunoblot, métodos que permitem a identificação de anticorpos específicos contra as proteínas virais, as quais são separadas pelo método da eletroforese. É um teste de alta especificidade e sensibilidade, porém tem um custo elevado. Há também o teste de imunofluorescência indireta, o mais utilizado na primeira década do início da epidemia, na qual a presença dos anticorpos é revelada por meio de microscopia de fluorescência. Sua positividade tem uma alta especificidade quando o teste ELISA tem um resultado positivo para o HIV⁽⁵³⁾.

Em 1996, desde o advento da Terapia Antirretroviral (TARV), houve uma grande diminuição na mortalidade e melhorias na progressão da doença devido ao controle da multiplicação viral. Uma infecção quase sempre fatal transformou-se em uma condição crônica controlável, apesar de não curável, mas que possibilita as PVHIV uma maior expectativa e qualidade de vida^(78,79).

A TARV é recomendada para todos os pacientes diagnosticados com HIV independente da contagem das suas células CD4+, da carga viral ou da presença ou não de manifestações clínicas. No entanto, devido ao número de comprimidos em doses diárias, o indivíduo precisa receber informações quanto a importância da adesão ao tratamento e as alterações clínicas e laboratoriais atribuíveis ao uso da terapia, bem como sobre o impacto da transmissão do vírus mesmo com carga viral indetectável. Salienta-se a isso a importância da recomendação do uso consistente do preservativo^(74,79).

O Brasil distribui gratuitamente todos os medicamentos antirretrovirais e, desde 2013, o Sistema Único de Saúde (SUS) garante tratamento para todas as PVHIV. Em consequência disso, o Brasil é considerado o país mais sucedido em programas de combate a aids entre os países em desenvolvimento⁽⁸⁰⁾.

3.2 A epidemiologia das IST em populações vulneráveis

Sabe-se que a vulnerabilidade em saúde está relacionada às condições de vida, fatores individuais ou coletivos, sociais, econômicos e culturais que tornam indivíduos e grupos expostos a determinados agravos a saúde, dentre eles, a suscetibilidade a aquisição de IST. Segundo Santos⁽⁸¹⁾, a vulnerabilidade para a aquisição de uma IST é um fator dinâmico e multifatorial que não depende apenas de comportamentos sexuais, mas sim da sua relação com a questão de gênero, de etnia, de pobreza, de discriminação, além de mecanismos de acesso a informações e a serviços de saúde.

Entre os grupos específicos que apresentam vulnerabilidades frente as IST estão aqueles inseridos nas chamadas populações-chave, são eles: usuários de drogas, HSH, trabalhadores(as) sexuais e pessoas privadas de liberdade. São segmentos populacionais que apresentam prevalências de infecções desproporcionais quando comparadas com as prevalências da população geral, devido a prática de comportamentos potencialmente de alto risco, além do enfrentamento de obstáculos para a obtenção da inclusão social e do acesso aos meios de prevenção, diagnóstico e tratamento das IST⁽⁵³⁾.

Dados epidemiológicos referentes a esses grupos mostram que em relação ao número de novas infecções pelo o HIV, os HSH apresentaram 17% das novas infecções em todo o mundo, 40% só na América Latina. Os usuários de drogas foram responsáveis por cerca de 12% das infecções globais e os trabalhadores(as) sexuais responderam por 6% das infecções, variando de 14% na África Ocidental e Central a menos de 1% na Europa Ocidental e Central e na América do Norte⁽⁸²⁾.

Contudo, devido a mudança no cenário de epidemia brasileira frente às IST incluem-se também no contexto de populações vulneráveis: adolescentes, mulheres, ribeirinhos, pessoas em situação de rua, migrantes e caminhoneiros. São indivíduos inseridos em contextos históricos, sociais e estruturais, com situações de vida distintas, que favorecem o aumento das suas vulnerabilidades^(22,53).

As mulheres possuem uma maior predisposição para a aquisição de IST devido a sua inserção em contextos de vulnerabilidades estruturais, dentre elas, a discriminação de posição

socioeconômica, de gênero e racial, que acaba por restringir na tomada de decisões sexuais. Na maioria das vezes, vivem em relacionamentos com poder sexual limitado que dificulta a capacidade de negociação do uso do preservativo^(83,84).

Mediante a isso, são as que apresentam metade das ocorrências de IST anuais com maior suscetibilidade ao surgimento de consequências graves como a doença inflamatória pélvica, a infertilidade e o aumento do risco de distintos tipos de câncer^(85,86). Dados da UNAIDS⁽⁸⁷⁾ mostram que 870 mil mulheres são infectadas pelo HIV todos os anos no mundo e que 18,8 milhões vivem com o HIV, com a inclusão de mulheres adolescentes nesse número. Salienta-se que mulheres jovens de 15 a 24 anos têm um risco de quatro a sete vezes maior de serem infectadas pelo HIV em relação aos homens jovens⁽⁸⁸⁾.

Apesar de responderem por apenas 25% da população sexualmente ativa, os jovens vem apresentando uma taxa de 50% dos novos casos de IST. Justifica-se a isso a sua inserção como um grupo vulnerável para as IST. Essa vulnerabilidade está interligada a múltiplos fatores que vai desde a formação do sentimento de curiosidade sobre o sexo, perpassa pelo início precoce da vida sexual até a adoção de hábitos e comportamentos sexuais de risco, dentre eles, o uso inconsistente do preservativo^(62,89,90).

O não uso do preservativo nessa fase pode estar relacionado a não portabilidade desse método preventivo, a confiança na invulnerabilidade as infecções, a influência do meio, até mesmo ao sentimento de medo da exclusão por seguirem algo que é preconizado⁽⁹¹⁾. Mediante a isso, os adolescentes/jovens também precisam ser inseridos no foco de investimentos em educação em saúde, principalmente em estratégias de prevenção voltadas a saúde sexual, para que possibilite um desenvolvimento saudável desse adolescente e consequentemente a minimização da incidência das IST nesse grupo populacional⁽⁹²⁾.

As pessoas em situação de rua também são consideradas como uma população vulnerável as IST, os quais apresentam uma prevalência estimada entre 18% e 30% para a hepatite B, 4% e 37% para a hepatite C e 0,3% a 21% para o HIV. São indivíduos que se encontram em condições de pobreza extrema e que utilizam o espaço público ou as ruas como locais de moradia, sobrevivência e de relações pessoais. Além disso, são caracterizados por possuírem baixa escolaridade, dificuldade de acesso a informações, a não procura pelos serviços de saúde e até mesmo, a uma falta de atenção em saúde voltada para essa população específica^(93,94).

Em relação a esses aspectos de vulnerabilidade social, esses indivíduos também apresentam práticas de risco que estão associadas a sua maior susceptibilidade ao adoecimento e a prevalência das IST. As práticas de risco envolvem a relação sexual

desprotegida, homossexualidade, violência sexual, parceiros eventuais, e principalmente, o uso abusivo de álcool e drogas. O compartilhamento de seringas e agulhas pelos usuários de drogas injetáveis também configura-se como um importante fator para as causas de IST⁽⁹⁵⁻⁹⁷⁾.

Os migrantes também são considerados grupos vulneráveis, em virtude do seu constante processo de movimento entre áreas geográficas que facilita o aumento da propagação de doenças infecciosas de pessoa para pessoa. Com isso, a migração é considerada um fator que facilita a transmissibilidade das IST, em vista das práticas sexuais individuais e coletivas, pelo transporte de agentes infecciosos por diferentes áreas, pela influência do meio e pela prevalência de doenças infecciosas existentes em um determinado lugar que pode acarretar no aumento da sua propagação^(98,99).

O *European Center for Disease Prevention and Control*⁽¹⁰⁰⁾ mostrou que em um determinado grupo de migrantes, 37% dos novos casos de infecção por HIV diagnosticados em países da Europa correspondem a pessoas nascidas em outro país, sendo 22% atribuídos a migrantes que são oriundos de países que não pertencem a Europa. Isso mostra a forte associação da migração com o processo de diagnóstico de novas infecções.

Em relação aos fatores associados a esse processo de transmissibilidade de IST, em especial pela prática de comportamento de risco, dados mostram que 60% dos novos casos em migrantes que são de origem latino-americana decorreram da transmissão HSH e 33% por transmissão heterossexual e no Leste Europeu, grupos que faziam a utilização de drogas injetáveis apresentaram uma porcentagem de 23% dos novos casos⁽¹⁰¹⁾. Salienta-se que grande parte dos migrantes possui múltiplos parceiros sexuais que aumenta a probabilidade da transmissão dos diversos agentes etiológicos das IST.

Outro grupo importante inserido em vulnerabilidades são os caminhoneiros. É uma profissão constituída predominantemente por homens, que realizam viagens longas, muitas vezes, sem interrupções, devido ao cumprimento de prazos de entrega. A dedicação de grande parte do seu tempo em viagens acaba por acarretar a falta na procura aos serviços de saúde e ao acesso a informações relacionadas a medidas preventivas. Soma-se o aumento das chances da busca por eventuais parceiras sexuais e até mesmo, por trabalhadoras sexuais e a opção pela prática do sexo desprotegido^(102,103).

Apesar das poucas pesquisas associadas a esse grupo populacional, alguns estudos mostraram que as prevalências de IST em caminhoneiros na cidade do Mato Grosso e na Argentina foram de 19% e 14%, respectivamente⁽¹⁰⁴⁾. A prevalência das IST pode estar associada aos comportamentos de risco anteriormente relatados, bem como o uso de drogas ilícitas antes das relações sexuais que aumenta a não adesão ao uso do preservativo e pela

escolha de parceiras eventuais que geralmente ficam expostas em lugares estratégicos de parada desses profissionais⁽¹⁰⁵⁾. Acrescenta-se que os caminhoneiros frequentam diferentes áreas geográficas em curtos espaços de tempo que facilita a transmissão das IST e dificulta as ações de promoção de saúde com foco nesses profissionais.

Em vista da caracterização anteriormente apresentada sobre as populações vulneráveis, apesar de serem grupos populacionais distintos, observaram-se aspectos comuns de vulnerabilidades e de fatores associados aos comportamentos de risco que favorecem a disseminação das IST. Por apresentar características comuns, as populações ribeirinhas também estão inseridas nesse contexto. São comunidades que enfrentam questões sociais e econômicas e que carrega consigo múltiplos fatores de vulnerabilidade individual, social e pragmática que favorecem o seu adoecimento. É um segmento populacional pouco estudado, principalmente na abordagem sobre as suas condições de saúde e de doenças infecciosas.

3.3 A População Ribeirinha

O constante processo brasileiro de urbanização provocou reflexos na interação entre sociedade e natureza, onde o ambiente ficou sujeito a alterações exercidas pelos seres humanos, principalmente na apropriação dos solos urbanos. A aglomeração de pessoas nos centros urbanos provocou mudanças drásticas na cidade, em especial nas condições de moradia, pois áreas passaram a ser ocupadas de modo desordenado⁽¹⁰⁶⁾.

Em vista disso, houve o crescimento do número de assentamentos precários denominados aglomerados subnormais, que são as favelas e/ou comunidades. Inserem-se nesse grupo as comunidades ribeirinhas que constroem suas moradias as margens de rios, em um ambiente sem infraestrutura adequada, com pouca ou praticamente nenhuma condição de habitabilidade. Em consequência, são comunidades que estão sujeitas aos constantes desastres ambientais, assim como passam a ser incluídas nas questões de vulnerabilidade de saúde, social, econômica e cultural. Nesse sentido, as comunidades ribeirinhas são consideradas unidades espaciais de ocupação humana que configuram estrutura, forma e funções urbanas^(106,107).

As populações ribeirinhas são povos que vivem nas beiras dos rios, geralmente, de classe social baixa, que sofrem com as poluições dos rios, com os assoreamentos e a erosão. Mas de acordo com Silva⁽¹⁵⁾, o termo ribeirinho, não se refere apenas ao fato de alguém morar em beira de rios, mas sim a uma comunidade que possui um modo de vida específico,

principalmente por ter um elemento natural (rio), que irá fazer parte, não apenas da sua paisagem, mas do seu modo de vida.

Segundo Ando e Amaral Filho⁽¹⁰⁸⁾ as habitações ribeirinhas seguem padrões específicos. As de várzea alta, terreno plano, são do tipo "palafitas", construídas em solo, com assoalhos suspensos. As habitações de várzea baixa são do tipo flutuante, permitindo acompanhar a mudança do nível fluvial e as de terra firme seguem características mais urbanas, dispostas umas próximas das outras, em ruas e/ou vielas definidas.

As comunidades ribeirinhas que seguem características urbanas possuem aspectos distintos das comunidades tradicionais, as quais geralmente utilizam a pesca e os subsídios naturais como meio de subsistência. As ribeirinhas que possuem modo de vida urbano são caracterizadas por um espaço de aglomerados subnormais, dispostos em condições mínimas de moradia e de infraestrutura urbana. Soma-se a esse fator a exposição aos impactos que esses indivíduos estarão expostos, como as inundações frequentes e as doenças que podem ser oriundas da poluição dos rios que se reflete diretamente na saúde individual e coletiva⁽¹⁰⁹⁻¹¹¹⁾.

Nesse contexto, as populações ribeirinhas são consideradas grupos populacionais vulneráveis, devido aos determinantes e condicionantes sociais da saúde aos quais estão expostos, como: baixo nível de escolaridade, baixa renda, habitação precária, falta de saneamento básico, entre outros, os quais refletirão diretamente no processo saúde-doença^(109,112).

Então, são populações permeadas por especificidades de gênero, de raça, de etnia, de crenças e de orientação sexual. Face a isso, sugere-se a importância de promover práticas de saúde, as quais se refletem no conceito de que a vulnerabilidade de um indivíduo ou de uma comunidade não se refere apenas a sua condição socioeconômica desfavorável que influencia no adoecimento, mas sim a um conjunto de situações de exclusão relacionadas as diferentes condições existentes (cultura, territorialidade, subjetividade, gênero, orientação sexual) que devem ser identificadas, reconhecidas, valorizadas e priorizadas e não apenas as iniquidades decorrentes de classe social^(112,113).

Nesse íterim, para que se possa promover e garantir a saúde desses grupos e contribuir com a redução das vulnerabilidades em saúde dessa população são implementadas políticas públicas de saúde, definidas como um conjunto de programas, ações e decisões tomadas pelas esferas governamentais que afetam a todos os cidadãos, visando assegurar direito ao acesso a todos os serviços de saúde em tempo oportuno e com qualidade^(106,114,115).

Dentre elas, enfatiza-se a Política Nacional de Promoção de Saúde⁽¹¹⁶⁾ a qual considera a singularidade dos indivíduos, da coletividade e dos territórios. Apontando que seus modos

de viver e da organização das suas escolhas não dependem apenas da sua vontade, mas sim dos condicionantes e determinantes reflexos do seu contexto social, econômico, político e cultural. Cabendo assim aos setores de saúde considerar os fatores e as condições de vulnerabilidade para a construção de políticas específicas.

Nessa mesma perspectiva, o Ministério da Saúde instituiu para esse grupo populacional a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), instituída pela Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 e que pela Portaria nº 2.311/2014⁽²⁰⁾ incluiu o termo “águas” na denominação da PNSIPCF, que passou a ser denominada Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA). A política visa promover a saúde dessas populações desfavorecidas, por meio de ações e iniciativas que visem o acesso aos serviços de saúde, para uma possível redução de agravos à saúde que são decorrentes dos processos de trabalho e do modo de vida dessa população para que possam garantir a melhoria dos indicadores de saúde e, conseqüentemente, da sua qualidade de vida⁽²⁰⁾.

3.3.1 A população ribeirinha: os fatores e comportamentos de risco frente às IST

Diante desses preceitos de vulnerabilidades e a abordagem temática focada nas IST, considera-se a população ribeirinha como um grupo vulnerável que está exposto a aquisição dessas infecções, justificada por esse agrupamento de aspectos individuais, coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção.

Nesse contexto, se faz necessário o planejamento e o alcance de objetivos em ações integrais de cuidado sexual voltadas para a saúde do idoso, da mulher, do homem, do trabalhador e dos demais indivíduos residentes nessas comunidades, levando em consideração a sua saúde sexual, reprodutiva, além dos comportamentos e fatores de risco que estão submetidos^(20,62,117).

O risco se refere a probabilidade de ocorrência de um evento (indesejado/adverso) em uma área, população e indivíduo ou pela presença de um fator que aumente as chances de ocorrência desse evento⁽¹¹⁸⁾. Os fatores de risco, geralmente, são caracterizados por um agrupamento de circunstâncias psicossociais e de características pessoais que favorecem a vulnerabilidade do indivíduo ao engajamento em comportamentos arriscados e a desfechos indesejáveis que comprometam a sua saúde física, social e emocional⁽¹¹⁹⁾.

Os fatores econômicos, sociais, culturais e ambientais são exemplos de fatores de risco que torna o indivíduo susceptível para a adoção de práticas que favorece o seu adoecimento.

Alguns autores⁽¹²⁰⁾ afirmam que os aspectos sociodemográficos refletem diretamente na condição de saúde de uma população. Em comunidades ribeirinhas destaca-se como um fator importante, a baixa escolaridade. Sabe-se que a educação tem papel primordial na assimilação de campanha, no entendimento dos riscos de contágio e na mudança de comportamentos de risco. Uma baixa escolaridade refletirá no menor acesso à informação, a um limitado conhecimento referente aos cuidados com a saúde e, principalmente, a adoção de medidas de prevenção relacionada a múltiplas doenças, especialmente as adquiridas por relação sexual⁽¹²¹⁾.

Nesse mesmo íterim, inserem-se as condições geográficas de moradia e as condições socioeconômicas desfavoráveis, que reduz a aquisição de recursos sociais, além de dificultar o acesso aos serviços de saúde⁽¹²²⁾. É importante destacar que baixas condições econômicas também favorecem a adoção de práticas inseguras, como a prostituição, devido aos limitados recursos econômicos. E na maioria das vezes, essa troca de sexo por dinheiro ocorre sem a utilização do preservativo^(123,124).

O conceito de comportamento de risco diz respeito à participação em atividades ou práticas adotadas que possam comprometer a saúde biológica, física e mental do indivíduo, além do aumento do risco de contrair as IST^(125,126). Alguns comportamentos de risco, evidenciados na literatura, que podem estar associados com a ocorrência de IST são: início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais, o não uso de preservativo, o consumo abusivo de álcool e uso de drogas em ocasiões em que possa ocorrer a prática sexual, a troca de sexo por dinheiro, a violência sexual, dentre outros⁽¹²⁷⁾.

Com isso, se faz necessário entender a influência simultânea dos fatores e dos comportamentos de risco que favorecem a suscetibilidade dessa população as IST para que possam garantir a efetividade das políticas públicas de saúde.

3.3.2 A população ribeirinha do município de João Pessoa

O município de João Pessoa, capital da Paraíba, distribuído em uma área de 211,475 km²⁽¹²⁸⁾ tem um forte crescimento populacional provocado pela imigração de pessoas que saem do interior em busca de melhores condições de vida. Diante disso, o município conta atualmente com um contingente populacional estimado em 800.323 habitantes, composto oficialmente de 64 bairros distribuídos nas quatro zonas, comportando no seu espaço físico 106 aglomerados subnormais inseridos na zona urbana da cidade, incluindo as comunidades ribeirinhas⁽¹²⁹⁾.

No município existem 27 áreas sujeitas a risco que envolve cerca de 39,5 mil pessoas, sendo quase 10 mil domicílios com algum risco de desastre. Estas áreas apresentam característica de vulnerabilidade social e ambiental, constituídas por famílias de baixa renda que habitam áreas com alta probabilidade de inundações e alagamentos, além de apresentarem moradias susceptíveis a desabamentos, com casas de estrutura física precária em regiões com baixa ou nenhuma infraestrutura urbana e social, como aquelas localizadas as margens de rios⁽¹¹⁸⁾.

As comunidades ribeirinhas de João Pessoa foram criadas nas margens das águas fluviais dos principais rios que cortam a cidade: o rio Jaguaribe e o rio Sanhauá. As principais comunidades são: a comunidade São Rafael, São José, Tito Silva, Porto do Capim e a comunidade do “S”, todas sendo classificadas como ribeirinhas de terra firme.

Essas comunidades contam com um alto número de indivíduos que vivem em moradias umas próximas a outras, com vielas pouco definidas e em precárias condições de habitabilidade. Grande parte das comunidades, apesar de possuírem fornecimento de água e energia, tem nas suas moradias ligações clandestinas de água, esgoto e energia elétrica e acúmulo de resíduos sólidos que na maioria das vezes são lançados nos rios⁽¹³⁰⁾. São comunidades expostas aos constantes riscos de acidentes físicos, riscos de contaminação biológica por veiculação hídrica, devido a poluição do rio e pelo comportamento invasivo que os moradores assumem nos momentos de inundações⁽¹³¹⁾.

3.4 A população ribeirinha e as Infecções Transmissíveis

Este subcapítulo de revisão da literatura encontra-se contemplado em um artigo oriundo de uma pesquisa de revisão integrativa, submetido a Revista Enfermería Global o qual teve como objetivo reunir evidências científicas de teses e dissertações sobre as populações ribeirinhas e a relação com o diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças transmissíveis.

Infecções transmissíveis na população ribeirinha: subsídios para o cuidado integral

Enfermedades infecciosas en la población ribereña: subsidios para la atención integral

Infectious diseases in the riverside population: subsidies for the integral care

RESUMO:

Objetivo: reunir evidências científicas de teses e dissertações sobre as populações ribeirinhas e a relação com o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças transmissíveis.

Método: Estudo do tipo revisão integrativa com busca de estudos realizada na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e no Catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, em agosto de 2019, com o uso da palavra-chave “ribeirinha”. Foram incluídas teses e dissertações que abordassem temas referentes às doenças transmissíveis na população ribeirinha brasileira.

Resultados: Nove estudos compuseram a amostra, os quais foram agrupados em duas categorias temáticas: prevalência de doenças transmissíveis na população ribeirinha e estratégias de diagnóstico, tratamento e prevenção para as doenças identificadas. Observou-se que as hepatites virais dos tipos A, B, C e E e o HPV foram as doenças mais prevalentes encontradas na população ribeirinha brasileira. A principal estratégia quanto ao diagnóstico se baseou em técnicas de ensaios imunoenzimáticos e exames citopatológicos. No entanto, poucas estratégias de tratamento e ações de medidas preventivas foram evidenciadas.

Conclusão: A situação de saúde de comunidades ribeirinhas é marcada pela limitação da cobertura dos serviços de saúde e pelo isolamento geográfico, constituindo-se um grupo populacional vulnerável às doenças transmissíveis.

Palavras-chave: população ribeirinha; doenças transmissíveis; epidemiologia; revisão integrativa; enfermagem.

RESUMEN:

Objetivo: Recopilar evidencias científicas de tesis y disertaciones sobre las poblaciones ribereñas y la relación con el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades infecciosas.

Método: Estudio tipo revisión integral con búsqueda de estudios realizados en la Biblioteca Digital Brasileña de Tesis y Disertaciones y en el Catálogo de tesis y disertaciones de la Coordinación de Perfección del Personal de Educación Superior, en agosto de 2019, utilizando la palabra clave "ribeirinha". Se incluyeron tesis y disertaciones que abordaron temas relacionados con las enfermedades infecciosas en la población brasileña ribereña.

Resultados: La muestra contenía nueve estudios, que se agruparon en dos categorías temáticas: prevalencia de enfermedades infecciosas en la población ribereña y estrategias de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades identificadas. Se observó que la hepatitis viral de los tipos A, B, C y E y el VPH eran

las enfermedades más prevalentes encontradas en la población brasileña de Riverside. La estrategia principal con respecto al diagnóstico se basó en técnicas de ensayo inmunoenzimático y exámenes citopatológicos. Sin embargo, se enfatizaron pocas estrategias de tratamiento y acciones de medidas preventivas.

Conclusión: La situación de salud de las comunidades ribereñas está marcada por la limitación de la cobertura de los servicios de salud y por el aislamiento geográfico, que constituye un grupo poblacional vulnerable a las enfermedades infecciosas.

Palabras clave: población ribereña; enfermedades infecciosas; epidemiología; revisión integradora; enfermería.

ABSTRACT:

Objective: Gather scientific evidences of thesis and dissertations about the riverside populations and the relation with the diagnostic, treatment and prevention of infectious diseases.

Method: Integrative review type study with search of studies performed in the Brazilian Digital Library of Thesis and Dissertations and in the Catalog of thesis and dissertations of the Coordination of Perfectioning of Higher Education Personnel, in August 2019, using the key-word "ribeirinha". Thesis and dissertations that approached themes regarding the infectious diseases in the riverside Brazilian population were included.

Results: The sample was contained nine studies, which were grouped in two thematic categories: prevalence of infectious diseases in the riverside population and strategies of diagnostic, treatment and prevention for the diseases identified. It was observed that the viral hepatitis of the types A, B, C and E and the HPV were the most prevalent diseases found in the Riverside Brazilian population. The main strategy regarding the diagnostic was based on techniques of immunoenzymatic assay and cytopathological exams. However, few strategies of treatment and actions of preventive measures were emphasized.

Conclusion: The situation of health of riverside communities is marked by the limitation of the cover of health services and by the geographic isolation, constituting a populational group vulnerable to the infectious diseases.

Key-words: Riverside population; infectious diseases; epidemiology; integrative review; nursing.

Introdução

As populações ribeirinhas são povos que vivem às margens dos rios, caracterizadas pelo seu modo de vida específico e por possuir o rio como meio de subsistência para a prática de pesca e de agricultura. São populações que seguem padrões específicos de habitações, classificadas de acordo com sua localização geográfica⁽¹⁾.

As ribeirinhas de várzea alta possuem suas moradias construídas no solo, com assoalhos suspensos, do tipo palafitas. As de várzea baixa são as flutuantes que permitem acompanhar o período de cheia dos rios. E as ribeirinhas de terra firme que possuem estrutura, forma e função urbana são caracterizadas por um espaço de aglomerados subnormais^(1,2).

Nesse contexto geográfico, a vida às margens dos rios impõe limitações de diferentes dimensões sociais, econômicas e culturais que refletem diretamente nas

suas condições de saúde. Dessa forma, as condições de saúde são resultados da relação do homem com o seu ambiente físico, socioeconômico e cultural que contribui para o surgimento e manutenção de determinadas doenças e processos infecciosos⁽³⁾.

Pouco se conhece sobre as condições de saúde e de doença nessas comunidades. Alguns estudos mostram que os principais problemas de saúde da população ribeirinha estão relacionados às infecções de veiculação hídrica (gastroenterites, enteroparasitoses) e as infecções virais (hepatites A, B, C, D e E) associadas a fatores comportamentais e sociais^(1,4).

A falta de saneamento básico, baixa renda, baixos níveis de escolaridade, isolamento geográfico e a falta de políticas públicas são alguns dos fatores determinantes para a ocorrência de agravos à saúde direcionadas a essa população. É a partir da compreensão dessa realidade que devem ser definidas estratégias e planos de ações com o objetivo de minimizar seus efeitos na saúde e garantir uma melhor qualidade de vida para essa população⁽⁵⁾.

Diante destas questões referentes aos problemas de saúde, principalmente relacionadas às doenças transmissíveis, da população ribeirinha e a escassez de estudos e dados envolvidos com a temática, a pesquisa tem como questão norteadora: O que tem sido investigado em teses e dissertações sobre as populações ribeirinhas e a relação com o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças transmissíveis?

Com o intuito de conhecer a realidade de saúde da população ribeirinha residente no Brasil, a presente revisão integrativa tem como objetivo reunir evidências científicas de teses e dissertações sobre as populações ribeirinhas e a relação com o diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças transmissíveis, a fim de subsidiar estratégias e ações para o enfrentamento das questões de vulnerabilidade às doenças que estão envolvidas, bem como inseri-las nos diversos âmbitos de ações das políticas públicas de saúde.

Método

É um estudo de revisão integrativa da literatura, método de pesquisa que permite alcançar o objetivo proposto por meio de estratégias metodológicas que viabilizam a síntese de evidências disponíveis⁽⁶⁾.

As etapas metodológicas foram propostas por Whittemore e Knafl⁽⁷⁾, na qual seguiu-se o cumprimento das etapas essenciais para seu desenvolvimento: definição do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de elegibilidade; identificação dos estudos nas bases científicas (no caso em portais e bibliotecas digitais de teses e dissertações de abrangência nacional); avaliação dos estudos selecionados e análise crítica; avaliação e interpretação dos resultados; categorização dos estudos; e apresentação dos dados na estrutura da revisão integrativa. O passo inicial consistiu na definição do tema e questão norteadora do estudo: O que tem sido investigado em teses e dissertações sobre as populações ribeirinhas e a relação com o diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças transmissíveis?

Na etapa seguinte, com o intuito de alcançar respostas para a questão norteadora e objetivo proposto para esta revisão, estabeleceu-se como critérios de inclusão: teses e dissertações disponíveis online na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e no Catálogo de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que abordassem a população ribeirinha e as doenças transmissíveis. Teses e

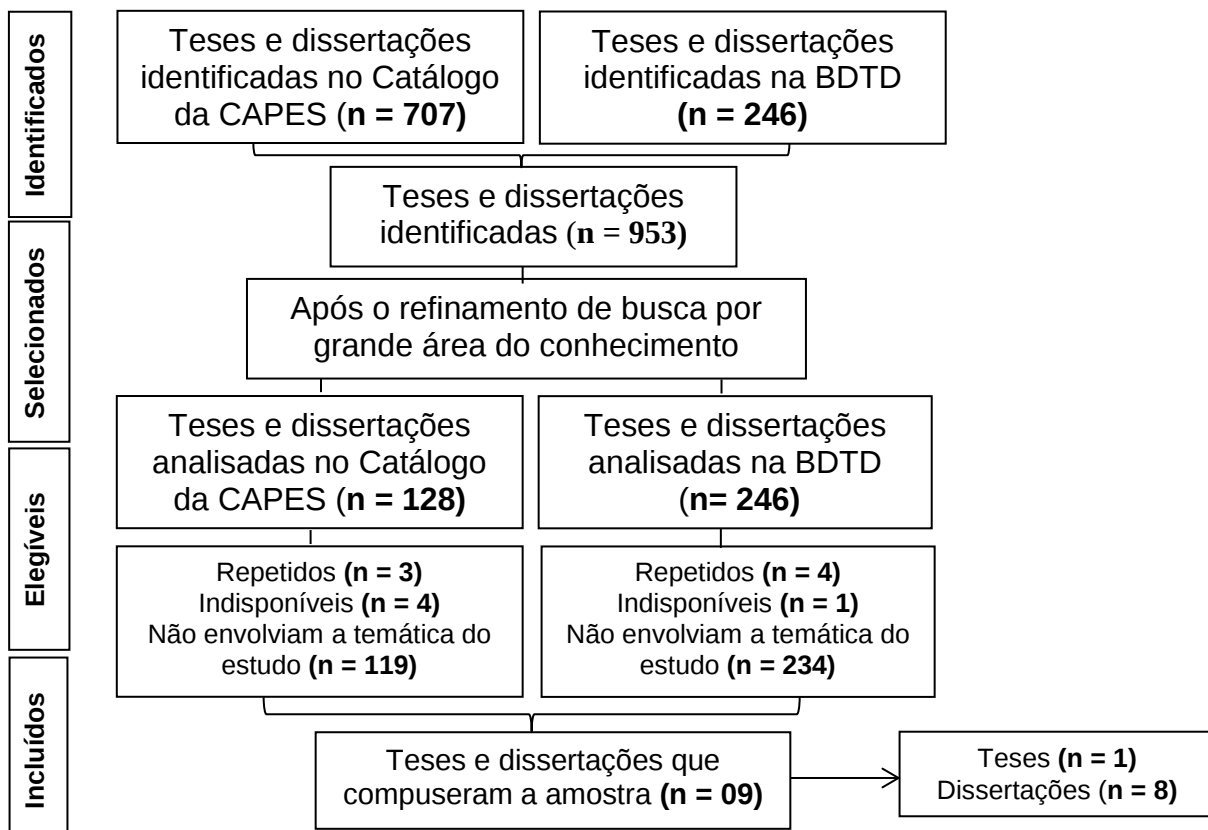
dissertações repetidas e não disponíveis na íntegra. Não houve refinamento em relação ao recorte temporal, justificado pela escassez de estudos envolvendo a saúde dessa população específica. Adiciona-se a isto, a finalidade de captação máxima de números de estudos disponíveis.

O tempo de busca do material empírico ocorreu no mês de agosto de 2019, na BDTD e no Catálogo de teses e dissertações da CAPES. A busca foi feita por meio da palavra-chave “ribeirinha” contida nos títulos dos estudos. O termo palavra-chave foi utilizado devido a inexistência do registro da palavra nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Com o objetivo de evitar viés na seleção das teses e dissertações, durante a fase de busca, dois pesquisadores realizaram a busca dos estudos, atuando de forma independente⁽⁸⁾.

No Catálogo de teses e dissertações da CAPES a pesquisa resultou em 707 teses e dissertações. Após o refinamento por grande área do conhecimento (Ciências biológicas e da Saúde), identificou-se 128 estudos. Procedeu-se então, a leitura de todos os títulos e resumos e, em caso de incerteza, era feita leitura completa do estudo por dois autores independentes, para confirmar a adequação à questão de revisão, resolvida por consenso entre os mesmos. Houve repetição de três estudos, quatro estavam indisponíveis e 119 não envolviam a temática do estudo.

Na BDTD, foi utilizada a mesma estratégia descrita acima, o que resultou em 246 teses e dissertações. Após a análise, quatro estudos foram repetidos, um estava indisponível e 234 não envolviam a temática do estudo. Após esse refinamento, a amostra desta revisão integrativa ficou composta por nove estudos, sendo uma tese e oito dissertações. A figura 1 representa o processo de busca segundo as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA)⁽⁹⁾.

Figura 1. Fluxograma de busca e seleção das teses e dissertações adaptado do PRISMA⁹



Após a leitura dos nove estudos selecionados, utilizou-se um instrumento estruturado, elaborado pelas autoras, com dados relevantes a serem extraídos dos estudos (autor, objetivo geral, delineamento de estudo, nível de evidência científica conforme a classificação de Melnyk e Fineout-Overholt⁽¹⁰⁾, ano da defesa e instituição). Com o intuito de facilitar a visualização da distribuição dos dados extraídos da tese e das dissertações, os resultados foram apresentados por meio de quadros.

A interpretação dos resultados encontrados nos estudos e em consonância com a questão norteadora, emergiram dos estudos duas categorias temáticas: (1) Prevalência de doenças transmissíveis estimada em população ribeirinha; (2) Estratégias de diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças transmissíveis para população ribeirinha. Ambas foram discutidas e apresentadas de acordo com a literatura pertinente, caracterizando as duas últimas etapas do percurso metodológico desta revisão.

Resultados

Após a realização da pesquisa nos portais, uma tese⁽¹¹⁾ e oito dissertações⁽¹²⁻¹⁹⁾ compuseram a amostra final. Com isso, identificou-se que em 2016, 2015 e 2003 ocorreram duas (22,2%) publicações em cada ano, seguido dos anos 2010, 2012 e 2013 com uma (11,1%) publicação, cada. Dentre as universidades brasileiras, a Universidade Federal do Pará (UFPA) apresentou 100% dos estudos publicados e voltados a essa temática. Quanto ao delineamento metodológico e nível de evidência dos estudos selecionados, todos (100%) eram estudos de caráter transversal e com nível de evidência VI.

No que se refere a investigação sobre doenças transmissíveis na população ribeirinha contemplada na tese e dissertações, objeto de estudo desta revisão, os resultados foram agrupados em duas categorias temáticas: (1) Prevalência de doenças transmissíveis estimada em população ribeirinha, como mostra o Quadro 1 e (2) Estratégias de diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças transmissíveis para população ribeirinha, apresentadas no Quadro 2.

Quadro 1. Prevalência de doenças transmissíveis estimada em população ribeirinha, descritas nos estudos da revisão integrativa, 2020.

Autor	Objetivo do estudo	Prevalência de doenças transmissíveis
Fecury ⁽¹¹⁾	Determinar a prevalência da infecção pelo HCV e traçar o perfil epidemiológico de diferentes comunidades ribeirinhas residentes no estado do Pará, Amazônia Oriental.	Prevalência alta (8,84%) para a Hepatite C em Pacuí-PA e intermediária (2,25%) em Tucuruí-PA, Brasil.
Uesugui ⁽¹²⁾	Determinar a soroprevalência de hepatite A através da sorologia anti-HAV total em uma população ribeirinha e estabelecer relação com os fatores de risco.	Prevalência de 86% para a Hepatite A em indivíduos moradores da Vila Candelária em Porto Velho-RO, Brasil.
Gadelha ⁽¹³⁾	Avaliar a prevalência da infecção pelo vírus da hepatite B em duas comunidades ribeirinhas de afluentes do Tocantins.	Prevalência de Hepatite B relativamente baixa e presença de HBsAg nula em Panacauera-PA. Em Pindobal

		Grande-PA a prevalência foi de 12,5% para o anti-HBC (Brasil).
Oliveira ⁽¹⁴⁾	Determinar a soroprevalência das hepatites virais B e C na comunidade ribeirinha e investigar os principais fatores de risco que a comunidade está exposta.	Baixa prevalência para a Hepatite B (0%) e prevalência intermediária (8,8%) para a Hepatite C em indivíduos da Ilha de Pacuí-PA, Brasil.
Almeida ⁽¹⁵⁾	Descrever o perfil soropidemiológico das hepatites B e C em comunidades ribeirinhas que residem no lago da usina hidrelétrica.	Prevalência intermediária com 1,95% para o marcador HBsAg e 28% reagentes para o anti-HBc. Quanto a hepatite C, 2,24% foram reagentes para o anti-HCV em Tucuruí-PA, Brasil.
Lima ⁽¹⁶⁾	Investigar a prevalência e os aspectos clínicos epidemiológicos da infecção genital pelo (HPV) em mulheres de população urbana e ribeirinha do Município de Santarém.	Prevalência baixa (5%) para a infecção do HPV em mulheres ribeirinhas de Santarém-PA, Brasil.
Duarte ⁽¹⁷⁾	Definir o perfil da infecção geral pelo papiloma vírus humano e dos tipos 16 e 18, em mulheres de comunidades ribeirinhas.	Prevalência de 16,4% para a infecção pelo HPV em mulheres ribeirinhas, residentes em sete municípios do Pará: Abaetuba, Itatuba, Soure, Cametá, Savaterra, Belém e Cachoeira do Arari. Brasil.
Ferreira ⁽¹⁸⁾	Determinar a soroprevalência do vírus da hepatite E em duas comunidades ribeirinhas do Estado do Pará, e descrever os principais fatores de risco para a aquisição da infecção viral.	A soropositividade do anti-HEV foi de 3% em duas comunidades ribeirinhas no município de Belém-PA, Brasil.
Borges ⁽¹⁹⁾	Avaliar as respostas do estresse oxidativo associadas a infecção por HPV e as lesões precursoras do câncer de colo uterino em mulheres ribeirinhas.	Prevalência do HPV nas mulheres ribeirinhas de Itaituba (13,49%), Limoeiro do Ajurú (11,76%) e Bragança (11,62%), municípios do estado do Pará, Brasil.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No quadro 1 é possível visualizar a distribuição dos nove estudos selecionados com as principais doenças identificadas na população ribeirinha, especificamente nos estados do Pará e Rondônia, localizados na região norte do Brasil. Observou-se que quatro estudos^(11,13-15) evidenciaram a prevalência das hepatites virais B e C; as hepatites A e E foram evidenciadas em um estudo cada^(12,18) e o HPV em três estudos^(16,17,19).

Quadro 2. Estratégias de diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças transmissíveis para população ribeirinha, identificadas nos estudos da revisão integrativa, 2020.

Autor	Estratégias de diagnóstico, tratamento e prevenção
Fecury ⁽¹¹⁾	Diagnóstico: Ensaio Imunoenzimático (ELISA). Em amostras reagentes, realizou-se testes moleculares para detecção de RNA viral e genotipagem para casos que apresentaram o vírus. Tratamento: Não foram identificadas estratégias de tratamento. Prevenção: Não foram identificadas estratégias de prevenção.
Uesugui ⁽¹²⁾	Diagnóstico: Ensaio Imunoenzimático (ELISA). Tratamento: Não foram identificadas estratégias de tratamento. Prevenção: Implementação de programas de saneamento básico e de educação em saúde com incentivo para as medidas de higiene.
Gadelha ⁽¹³⁾	Diagnóstico: Ensaio Imunoenzimático (ELISA). Tratamento: Não foram identificadas estratégias de tratamento. Prevenção: Não foram identificadas estratégias de prevenção.
Oliveira ⁽¹⁴⁾	Diagnóstico: Ensaio Imunoenzimático (ELISA), realização de dosagens de transaminases, Gama GT e fosfatase alcalina para aqueles que apresentaram anti-HCV e anti-HBC. Tratamento: Todos os indivíduos que apresentaram marcadores reagentes foram encaminhados para o tratamento adequado. Prevenção: Há a necessidade de programas preventivos voltados para a dinâmica de transmissão viral.
Almeida ⁽¹⁵⁾	Diagnóstico: Ensaio Imunoenzimático (ELISA); Para os pacientes reagentes realizou-se teste de biologia molecular. Tratamento: Não foram identificadas estratégias de tratamento. Prevenção: Não foram identificadas estratégias de prevenção.
Lima ⁽¹⁶⁾	Diagnóstico: Realização de exame citopatológico de Papanicolaou com coleta de material biológico e a técnica de PCR para detecção do DNA do HPV. Tratamento: Não foram identificadas estratégias de tratamento. Prevenção: Métodos preventivos se basearam na Ações de educação em saúde com foco na prevenção do câncer do colo uterino e realização de exames citológicos.
Duarte ⁽¹⁷⁾	Diagnóstico: Realização de exame citopatológico e

	técnica de PCR para detecção do DNA do HPV e PCR em tempo real para detectar HPV dos tipos 16 e 18. Tratamento: Encaminhamento para o tratamento de casos positivos para o HPV. Prevenção: Educação sexual, especialmente campanhas sobre o uso do preservativo e vacinação como medida profilática, além do incentivo para a realização periódica do citológico.
Ferreira ⁽¹⁸⁾	Diagnóstico: Ensaio Imunoenzimático (ELISA). Tratamento: Não foram identificadas estratégias de tratamento. Prevenção: Não foram identificadas estratégias de prevenção.
Borges ⁽¹⁹⁾	Diagnóstico: Por meio da coleta de material da cérvico-vaginal para a colpocitologia oncótica e teste de PCR para detecção de HPV. Avaliação da peroxidação lipídica e determinação dos níveis de Glutathione Total para provas de estresse oxidativo. Tratamento: Não foram identificadas estratégias de tratamento. Prevenção: Não foram identificadas estratégias de prevenção.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A técnica de Ensaio Imunoenzimático (ELISA) foi utilizada na maioria dos estudos^(11-15,18) como estratégia de diagnóstico para as hepatites virais A, B, C e E. Os estudos^(16,17,19) que investigaram o HPV utilizaram a técnica do exame citopatológico de Papanicolaou. Em relação ao tratamento, dois estudos^(14,17) citaram estratégias de tratamento para a doença investigada, na qual consistiu no encaminhamento dos casos positivos para o serviço de saúde, não havendo referência às medidas terapêuticas nos demais estudos analisados. Quanto as estratégias de prevenção, quatro estudos^(12,14,16,17) apresentaram a necessidade de programas preventivos para controle da transmissão viral, de educação em saúde e sexual, não sendo identificada tal abordagem nos outros estudos, conforme mostra o quadro 2.

Discussão

Na amostra selecionada observou-se que todas as comunidades ribeirinhas estudadas pertencem à região Norte do país, caracterizadas por possuir um modo de vida específico e com diferentes cenários habitacionais. A Amazônia brasileira, devido a sua dimensão territorial, abriga inúmeras comunidades ribeirinhas. São populações que vivem em áreas rurais, às margens de rios e lagos, que se diferem nos modos de vida, em infraestrutura e na distribuição espacial, com casas nas margens dos rios, agrupadas ou distante uma das outras^(20,21).

Nos estudos analisados, pôde-se observar que a maioria das comunidades ribeirinhas era de várzea alta e baixa, onde o rio é tido como principal fonte de subsistência e que se diferem apenas no tipo de moradia. Os ribeirinhos de várzea baixa são caracterizados por possuírem moradias que são construídas suspensas no rio (flutuantes), diretamente influenciadas pelo processo de dinâmica das águas (cheias e vazantes). Os de várzea alta são aqueles que possuem moradias

construídas com madeira (palafitas), na terra. São comunidades isoladas dos grandes centros urbanos, com acesso por via fluvial, que influencia diretamente no acesso a um serviço público de saúde, além da carência de saneamento básico e educação⁽²²⁻²⁴⁾.

Desse modo, são comunidades inseridas em contextos de vulnerabilidades sociais, econômicas e ambientais, que refletem na sua condição de saúde, tornando-se uma população susceptível à doenças e agravos transmissíveis^(22,23).

Categoria temática 1. Prevalência de doenças transmissíveis estimada em população ribeirinha

Entre os estudos⁽¹¹⁻¹⁹⁾, identificaram-se doenças transmissíveis que são comuns a região: as hepatites virais A, B, C e E, e uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), o HPV. No Brasil, existe uma variação geográfica de prevalência das hepatites virais, principalmente, B e C⁽²⁵⁾. De acordo com estudos soropidemiológicos, as populações da região Norte possuem uma prevalência para hepatite B e C diferente da média de outras regiões brasileiras. Sua endemicidade pode ser verificada pela presença dos antígenos virais ou pela infecção prévia a partir dos marcadores sorológicos: anti-HBc ou anti-HCV^(26,27).

Apesar de escassos estudos relacionados a esses agravos em povos ribeirinhos, pesquisas afirmam que a região Amazônica é caracterizada por apresentar alta taxa de infecção pelo vírus da hepatite B (HBV), com uma soroprevalência que varia de 0% a 20,6%, e taxa intermediária para o vírus da hepatite C (HCV), com taxas de 0,4% a 4,8% (baixa 2%, intermediária 2% a 7%, alta acima de 7%). Algumas pesquisas mostraram prevalência da hepatite B de 3,6% em ribeirinhos do Pará, 7% no Acre e na Amazônia e uma prevalência de 2,2% de HCV em uma cidade da Amazônia, dados que corroboram os resultados encontrados nos estudos selecionados^(11,13-15,28-31).

Identificou-se que a prevalência de hepatites B e C está fortemente associada aos fatores de risco que os ribeirinhos estão expostos^(11,13-15). Histórico de IST, relação sexual desprotegida, transfusões sanguíneas, compartilhamento de materiais, uso de drogas, procedimentos cirúrgicos e história de hepatite na família foram os principais fatores de riscos identificados nessa população. Corroborar-se a isso, que estudos realizados na Amazônia identificaram que o não uso do preservativo, o compartilhamento de materiais e procedimentos cirúrgicos prevaleceram como principais meios de transmissão das hepatites virais^(25,29).

As hepatites A e E estão entre as hepatites virais encontradas nas populações ribeirinhas com uma prevalência de 86% e 3%, respectivamente^(12,18). A hepatite A, apesar de ter uma incidência pouco conhecida, apresenta uma alta endemicidade na região Norte e Nordeste do Brasil, que juntas apresentam 55,7% de casos confirmados no período de 1999 a 2018. Estudos realizados na Amazônia e na região do Pará mostraram uma soroprevalência de 92,8% e 76,4%, respectivamente, tornando-se valores superiores a prevalência nacional (26,4%). Sendo assim, a alta prevalência nessas regiões pode ser justificada pelo conjunto de fatores ambientais que favorecem a transmissão fecal-oral e hídrica^(18, 27,32,33).

A hepatite E, de curso clínico semelhante a hepatite A, apresenta maiores prevalências em países com condições escassas de saneamento básico, higiene e saúde⁽³⁴⁾. As maiores taxas de endemicidade foram detectadas no leste e sul da Ásia com mais de 60% de infecções, em especial, nas populações de áreas florestais e ribeirinhas^(35,36). O Brasil, apesar de apresentar regiões com condições

precárias de saneamento básico e com iniquidades em saúde, não apresentou casos descritos de epidemia ocasionados pela hepatite E, verificando-se baixas taxas de prevalência (2,4% e 5,3%) detectadas em regiões com baixas condições socioeconômicas, semelhante aos dados encontrados na amostra desta revisão^(18,37,38).

Em relação às IST, o papilomavírus humano (HPV), principal vírus envolvido na etiologia do câncer do colo do útero e uma das IST mais comuns no mundo, mostrou-se prevalente nos estudos que investigaram a detecção viral em mulheres ribeirinhas. As prevalências para o HPV variaram de 5% até 16,4%, principalmente em regiões ribeirinhas do estado do Pará, localizadas na Amazônia oriental do estado^(16,17,19). Os resultados observados nessa revisão foram semelhantes a dados encontrados em outras pesquisas com comunidades ribeirinhas no Pará, como em Itaituba que apresentou uma prevalência de 29,2%, Tucuruí com 14,2% e Abaetetuba com 11,4%⁽³⁹⁻⁴¹⁾. Ressalta-se que a prevalência do HPV em mulheres indígenas da região amazônica foi mais alta quando comparada com a população feminina deste estudo⁽⁴²⁾.

Além disso, o estado do Pará apresenta uma estimativa incidente de 20,5 casos por 100.000 mulheres para o câncer do colo do útero considerado o segundo câncer mais frequente entre as mulheres da região⁽⁴³⁾. Justifica-se a isso que o isolamento geográfico, as carências de cuidados em saúde pública, o desconhecimento da doença, da questão de gênero, dos métodos preventivos e o medo para a realização dos exames podem ser considerados fatores cruciais no aumento da incidência desse agravo e da mortalidade por câncer de colo uterino na população feminina residente em áreas ribeirinhas, tornando-se um problema de saúde pública nessas regiões^(22,44).

No que se refere às Infecções Sexualmente Transmissíveis, observa-se nesta revisão integrativa, a ausência de estudos que abordem essa temática. Diante do contexto social, econômico e ambiental, a população ribeirinha possui características que a classificam como vulneráveis às IST.

O estudo de prevalência das IST é imperativo em toda a população, pois os danos a comunidade, a família e ao indivíduo são inquestionáveis. Várias pesquisas mostram como essas doenças são comuns nas diferentes populações vulneráveis e estão relacionadas aos mesmos comportamentos e fatores sexuais de risco em sua maioria^(42,45,46).

Diante disso, faz-se necessária a condução de pesquisas futuras sobre as IST nesse segmento populacional para a identificação de formas de contágio, dos potenciais determinantes e de atitudes comportamentais que favorecem a aquisição dessas infecções, além de verificar a real dimensão da prevalência dessas infecções nas diferentes regiões do Brasil, juntamente com os fatores preditores como a vulnerabilidade socioeconômica.

Categoria temática 2. Estratégias de diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças transmissíveis para população ribeirinha

Mediante a investigação da prevalência de doenças transmissíveis em populações ribeirinhas necessitou-se enfatizar quais foram as principais estratégias de diagnóstico, tratamento e de medidas preventivas adotadas nos estudos analisados, que garantisse uma eventual continuidade do cuidado desses ribeirinhos, principalmente, aqueles que apresentaram diagnóstico positivo para um desses agravos.

No intuito de investigar as hepatites virais prevalentes nessas populações, foram utilizadas amostras de sangue, as quais foram testadas laboratorialmente por meio dos Ensaio Imunoenzimáticos denominados ELISA (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*), considerado um procedimento “padrão-ouro” de diagnóstico por meio de reações antígenos-anticorpos^(11-15,18). O método permite o acesso a um diagnóstico preciso, principalmente, para áreas consideradas remotas, devido a minimização de resultados falsos positivos ou negativos⁽⁴⁷⁾.

A detecção do HPV em mulheres ribeirinhas ocorreu pela realização de exames citopatológicos por meio da coleta de material cérvico-vaginal^(16,17,19). O exame citopatológico, mais conhecido como Papanicolaou, tem alta eficácia na detecção de lesões precursoras do câncer de colo uterino e se diagnosticadas precocemente, podem garantir a cura de 100% dos casos⁽⁴⁸⁾.

No Brasil, o exame citopatológico, a vacinação contra o HPV, a oferta de preservativos e a educação em saúde e sexual são práticas prioritárias das unidades básicas de saúde e que devem ter atenção do profissional de saúde na oferta desses serviços e ações em seu território de atuação. Em se tratando do território na população ribeirinha, a prevenção e promoção da saúde é limitada, devido a desigualdade de acesso aos serviços de saúde e a baixa cobertura assistencial e profissional quando comparadas a população em geral, o que dificulta o planejamento e o desenvolvimento de ações e de diagnóstico para a mulher ribeirinha⁽³⁹⁾.

Percebe-se que o cenário ribeirinho apresentou uma estimativa intermediária a alta para doenças transmissíveis. No entanto, alguns estudos apresentaram articulação insuficiente com os serviços de saúde para o encaminhamento, principalmente a oferta de tratamento daqueles ribeirinhos que apresentaram algum diagnóstico. Nesse ínterim, ficaram lacunas sobre o prosseguimento da condição de saúde futura do ribeirinho, qual a forma de tratamento mais adequada para o caso investigado, as medidas de prevenção adotadas, fazendo-se necessário intensificar as investigações nessas comunidades e ampliação do fornecimento de medidas preventivas.

Porém, é importante enfatizar que o isolamento geográfico dessas comunidades e o acesso limitado aos serviços de saúde dificulta a garantia de atendimento. A Amazônia brasileira, quando comparada as demais regiões do país, apresenta uma cobertura de saúde incipiente, além da indisponibilidade de profissionais de saúde nessas áreas. Análises de saúde realizadas na região mostraram que as políticas de saúde para a região Amazônica são caracterizadas por baixa institucionalidade, descontinuidade e o parco conhecimento sobre as especificidades da região, o que ocasiona a não universalidade da assistência aos ribeirinhos⁽⁴⁹⁾.

Então, a investigação e as estratégias traçadas por diferentes tipos de estudos sobre as condições de saúde dessa população são fatores primordiais que permitem a inserção social do ribeirinho, a disseminação de informações de saúde e de medidas preventivas que condicionem a melhoria de saúde e da qualidade de vida dessa população vulnerável⁽⁵⁰⁾.

Coaduna-se a isso que a promoção de medidas de prevenção e a educação em saúde na população ribeirinha devem ir além das intervenções de caráter de saúde, mas sim na análise do contexto estrutural, social, econômico, cultural, de gênero e coletivo que vivem essa população para que possam promover mudanças comportamentais que influenciam diretamente na aquisição das doenças transmissíveis.

Conclusão

Com este estudo de revisão integrativa foi possível identificar algumas doenças transmissíveis que acometem as populações ribeirinhas, principalmente, da Amazônia brasileira. Os achados mostraram a prevalência das hepatites virais e de uma Infecção Sexualmente Transmissível, o HPV, associada a questões socioeconômicas, culturais e políticas que influenciam diretamente nos comportamentos de risco desses indivíduos.

A situação de saúde de comunidades ribeirinhas é marcada pela limitação da cobertura dos serviços de saúde nessa área e pelo o isolamento geográfico, o que caracteriza a presença de dificuldades para o enfrentamento desses problemas e para a implementação de programas e ações de serviços de saúde, tornando-se indivíduos cada vez mais vulneráveis a infecções.

Destaca-se neste estudo de revisão a limitação relacionada a insuficiência de informações quanto às articulações com os serviços de saúde em uma perspectiva interdisciplinar, para o acompanhamento de pessoas que apresentaram algum agravo e a ausência de estratégias de promoção à saúde mediante o problema ora estudado.

Portanto, acrescenta-se a necessidade de investigações futuras sobre as condições de saúde desses indivíduos para que as políticas públicas sejam efetivadas, na perspectiva de garantia de um cuidado integral e contínuo, além do planejamento de estratégias de ações de medidas preventivas que mudem o perfil epidemiológico dessa população.

Referências

1. Ando NM, Amaral Filho RCG. Populações ribeirinhas. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 468-458.
2. Assunção MM, Barreto LN, Addum FM, Feitosa AC, Rodrigues ZMR. Diagnóstico socioambiental de uma população ribeirinha urbana do rio Pindaré, estado do Maranhão. Inter Espaço. [internet]. 2016 [acesso em 2019 set 10]; 2(7):96-114. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/interespaco/article/view/7367>.
3. Ximenes LSV. Saúde e ambiente da população ribeirinha - área urbana de Aquidauana e Anastácio/MS: análise do contexto geográfico pasta ribeirinha [dissertação] [internet]. Aquidauana – MS: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; 2017. 71p. [acesso em 2019 set 12]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0B-Z3ST0JO5oaN2ILdkc0RXZSNnc/view>.
4. Silva FCCM, Gonçalves JWS, Santorum JA, Souto KMB, Souza MS, Pessoa VM. Saúde integral das populações do campo, da floresta e das águas. Promoção da equidade no SUS. Universidade aberta do Nordeste. 2014.
5. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da Saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. Saúde Soc [internet]. 2017 [acesso em 2019 set 12]; 26(3):676-689. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00676.pdf>

6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. [internet]. 2008 [acesso em 2019 set 2];17(4):758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
7. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. [internet]. 2005 [cited 2019 set 1]; 52(5):546-553. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861>.
8. Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. Essentials of nursing research: methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J. The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. PLoS Med. [internet]. 2009 [cited 2019 sep 15]; 6(7):e1000097 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707599/>
10. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
11. Fecury AA. Aspectos epidemiológicos da infecção pelo vírus da hepatite C em populações ribeirinhas do estado do Pará, na Amazônia Brasileira [tese] [internet]. Belém – PA: Universidade Federal do Pará; 2015. 83p. [acesso em 2019 ago 15]. Disponível em: http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/9088/1/Tese_AspectosEpidemiologicosInfeccao.pdf.
12. Uesugui HM. Soroprevalência de hepatite A associados a fatores de risco em comunidade ribeirinha urbana – Vila Candelária Porto Velho, Rondônia, Amazônia Ocidental, Brasil [dissertação] [internet]. Porto Velho – RO: Universidade Federal do Pará; 2003. 64p. [acesso em 2019 ago 14]. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/9219>.
13. Gadelha MAC. Prevalência da infecção pelo vírus da hepatite B em duas comunidades ribeirinhas de afluentes do Tocantins [dissertação] [internet]. Belém – PA: Universidade Federal do Pará; 2003. 36p. [acesso em 2019 ago 14]. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/3653>.
14. Oliveira CSF. Soroprevalência e fatores de risco para as hepatites virais B e C na comunidade ribeirinha de Pacuí, Pará [dissertação] [internet]. Belém – PA: Universidade Federal do Pará; 2010. 98p. [acesso em 2019 ago 14]. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/9168>.
15. Almeida MKC. Soroepidemiologia das hepatites virais B e C nas comunidades ribeirinhas residentes na região do lago da usina hidrelétrica de Tucuruí, estado do Pará [dissertação] [internet]. Belém – PA: Universidade Federal do Pará; 2012. 80p.

[acesso em 2019 ago 15]. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/3936>.

16. Lima MMMA. Aspectos clínicos e epidemiológicos da infecção pelo HPV em mulheres de população urbana e ribeirinha no município de Santarém-PA [dissertação] [internet]. Santarém – PA: Universidade Federal do Pará; 2013. 70p. [acesso em 2019 ago 15]. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/7387>.

17. Duarte DV. Perfil das mulheres ribeirinhas com infecção pelo HPV com ênfase nos tipos 16 e 18 em populações da Amazônia Oriental [dissertação] [internet]. Belém – PA: Universidade Federal do Pará; 2015. 79p. [acesso em 2019 ago 14]. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/9194?mode=full>.

18. Ferreira P. Prevalência e fatores de risco associados a infecção pelo vírus da hepatite E em duas comunidades ribeirinhas do estado do Pará, Norte do Brasil [dissertação] [internet]. Belém – PA: Universidade Federal do Pará; 2016. 59p. [acesso em 2019 ago 15]. Disponível em: <http://www.repositorio.ufpa.br:8080/jspui/handle/2011/9129>.

19. Borges BES. Estresse oxidativo associado a infecção pelo HPV e as lesões precursoras do câncer de colo uterino em mulheres ribeirinhas [dissertação] [internet]. Belém – PA: Universidade Federal do Pará; 2016. 88p. [acesso em 2019 ago 14]. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/9187>.

20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas [internet]. Cadastro de municípios localizados na Amazônia Legal. 2016 [acesso em 2019 nov 2]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/amazonialegal.shtm?c=2>.

21. Sousa IS. As condições de vida e saneamento nas comunidades da área de influência do gasoduto Coari-Manaus em Manacapuru – AM. Hygeia (Uberlândia). [internet]. 2009 [acesso em 2019 nov 2]; 5:88-98. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16937>.

22. Duarte DV, Vieira RC, Brito EB, Pinheiro MCN, Monteiro JSV, Valente MDR, et al. Prevalence of Human Papillomavirus Infection and cervical cancer screening among riverside women of the Brazilian Amazon. Rev bras ginecol obstet. [internet]. 2017 [cited 2019 oct 30]; 39(7). Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v39n7/0100-7203-rbgo-39-07-00350.pdf>.

23. Amaral S, Dal'Asta AP, Brigatti N, Pinho CMD, Medeiros LCC, Andrade PR, et al. Comunidades ribeirinhas como forma socioespacial de expressão urbana na Amazônia: uma tipologia para a região do Baixo Tapajós (Pará-Brasil). Rev Bras Est Pop. [internet]. 2013 [acesso em 2019 set 10]; 30(2): 367-399. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30n2/03.pdf>.

24. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cad Saúde Pública. [internet]. 2018 [acesso em 2019 out 22];34(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00002817.pdf>.

25. Oliveira CSF, Silva AV, Santos KN, Fecury AA, Almeida MKC, Fernandes AP, et al. Hepatitis B and C virus infection among Brazilian Amazon riparians. *Rev Soc Bras Med Trop.* [internet]. 2011 [cited 2019 sep 22]; 44(5):546-550. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n5/03.pdf>
26. Aquino JÁ, Pegado KA, Barros LP, Machado LFA. Soroprevalência de infecções por vírus da hepatite B e vírus da hepatite C em indivíduos do estado do Pará. *Rev Soc Bras Med Trop.* [internet]. 2008 [acesso em 2019 set 21]; 41(4):334-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v41n4/a03v41n4.pdf>.
27. Nunes HN, Sarmento VP, Malheiros AP, Paixão JF, Costa OSG, Soares MCP. As hepatites virais: aspectos epidemiológicos, clínicos e de prevenção em municípios da Microrregião de Parauapebas, sudeste do estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amazônica Saúde.* [internet]. 2017 [acesso em 2019 set 22]; 8(2):31-37. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v8n2/2176-6223-rpas-8-02-00029.pdf>.
28. Villar LM, Milagres FAP, Lampe E, Cruz HM, Scalione LP, Magalhães MAFM, et al. Determination of hepatitis B, C and D prevalence among urban and Amerindian populations from the Eastern Brazilian Amazon: a cross sectional study. *BMC Infect Dis.* [internet]. 2018 [cited 2019 sep 18]; 18:411. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30126364>.
29. Pereira LM, Martelli CM, Moreira RC, Merchan-Hamman E, Stein AT, Cardoso MR, et al. Prevalence and risk factors of hepatitis C virus infection in Brazil, 2005 through 2009: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis.* [internet]. 2013 [cited 2019 nov 2]; 13:60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23374914>.
30. Costa CA, Kimura LO. Molecular epidemiology of hepatitis B virus among the indigenous population of the Curuçá and Itaquai rivers, Javari Valley, state of Amazonas, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* [internet]. 2012 [cited 2019 nov 2]; 45:457–62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v45n4/a08v45n4.pdf>.
31. Oliveira-Filho AB, Pimenta ASC, Rojas MFM, Chagas MCM, Crescente JAB, Crespo DM, et al. Prevalence and genotyping of hepatitis C vírus in blood donors in the state of Pará, Northern Brazil. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz.* [internet]. 2010 [cited 2019 out 1]; 105(1):103-106. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/mioc/v105n1/16.pdf>.
32. Clemens SAC, Fonseca JC, Azevedo T, Cavalcanti A, Silveira TR, Castilho MC, et al. Soroprevalência para hepatite A e hepatite B em quatro centros no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* [internet]. 2000 [cited 2019 nov 10]; 33(1):1-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v33n1/v33n1a01.pdf>.
33. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: MS, 2018. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/04/Minuta-Agenda-Estrategica-Populacao-Chave.pdf>.

34. Nunes HM, Soares MCP, Sarmento VP, Malheiros AP, Borges AM, Silva IS, et al. Soroprevalência da infecção pelos vírus das hepatites A, B, C, D e E em município da região oeste do Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amazônica Saúde*. [internet]. 2016 [acesso em 2019 nov 18]; 7(1):55-62. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v7n1/v7n1a07.pdf>.

35. Khuroo MS. Discovery of hepatitis E: the epidemic non-A, non-B hepatitis 30 years down the memory lane. *Virus Res*. [internet]. 2011 [cited 2019 nov 10]; 161(1):3-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320558>.

36. Nouhin J, Barennes H, Madec Y, Prak S, Hou SV, Kerleguer A, et al. Low frequency of acute hepatitis E virus (HEV) infections but high past HEV exposure in subjects from Cambodia with mild liver enzyme elevations, unexplained fever or immunodeficiency due to HIV-1 infection. *J. Clin Virol* [internet]. 2015 [cited 2019 nov 2]; 71: 22-27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26370310>.

37. Freitas NR, Santana EBR, Silva AMC, Silva SM, Teles AS, Gardinali NR, et al. Hepatitis E virus infection in patients with acute non-A, non-B, non-C hepatitis in Central Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. [internet]. 2016 [cited 2019 nov 14]; 111(11): 692-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/mioc/v111n11/0074-0276-mioc-0074-02760160256.pdf>

38. Santos DRL, Lewis PSF, Gaspar AMC. First report of a human autochthonous hepatitis E virus infection in Brazil. *J Clin Virol*. [internet]. 2010 [cited 2019 nov 14]; 47:276-279. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20116328>.

39. Santos GFS, Brito EB, Pinheiro DN, Borges BES, Silva CIM, Soares ES, et al. Principais genótipos de papilomavírus humano em mulheres ribeirinhas na Amazônia brasileira. *Rev bras promoç Saúde*. [internet]. 2016 [acesso em 2019 dez 2]; 29(1):68-74. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4150>.

40. Pinto DS, Fuzii HT, Quaresma JAS. Prevalência de infecção genital pelo HPV em população urbana e rural da Amazônia Oriental Brasileira. *Cad Saúde Pública*. [internet]. 2011 [acesso em 2019 nov 14]; 27(4):769-778. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/16.pdf>.

41. Duarte DV, Brito EB, Canto ASS, Ishikawa EAY, Pinheiro JG, Costa JHG, et al. Frequência e genotipagem do Papilomavírus Humano em mulheres de comunidades ribeirinhas do Município de Abaetetuba, Pará, Brasil. *Rev Pan-Amazônica Saúde*. [internet]. 2010 [acesso em 2019 nov 14]; 1(3):75-82. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v1n3/v1n3a11.pdf>.

42. Fonseca AJ, Taeko D, Chaves TA, Amorim LDC, Muran RSW, Miranda AE, et al. HPV infection and cervical screening in socially isolated indigenous women in habitants of the Amazonian rain forest. *PLoS One*. [internet]. 2015 [cited 2019 nov 14];10(7):e0133635. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0133635>.

43. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA: 2016
44. Foliaki S, Brewer N, Pearce N, Snijders PJ, Meijer CJ, Wagatakirewa L, et al. Prevalence of HPV infection and other risk factors in a Fijian population. *Infect Agent Cancer*. [internet]. 2014 [cited 2019 nov 14]; 9:14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24891876>.
45. Amorim TF, Teles SA, Moraes LC, Matos MA, Carneiro MADS, Nogueira DJ, et al. Symptomatic Sexually Transmitted Infections in Brazil's emerging rural populations. *J Assoc Nurses AIDS Care*. [internet]. 2018 [cited 2019 dez 13] 29(6):942-948. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1055329018301195>
46. Rocha DFNC, Rosa LRC, Silva CA, Oliveira BR, Martins TLS, Martins RMB, et al. Epidemiology of HIV, syphilis, and hepatitis B and C among manual cane cutters in low-income regions of Brazil. *BMC Infect Dis*. [internet]. 2018 [cited 2019 dez 13] 18:546. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30390628>.
47. Cruz HM, Scalioni LP, Paula VS, Silva EF, Rodrigues KM, Milagres FAP, et al. Evaluating HBsAg rapid test performance for different biological samples from low and high infection rate settings & populations. *BMC Infect Dis*. [internet]. 2015 [cited 2019 nov 15];15:548. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4665901/>.
48. Santos UM, Souza SEB. Papanicolaou: diagnóstico precoce ou prevenção do câncer cervical uterino? *Rev baiana saúde pública*. [internet]. 2013 [acesso em 2019 nov 17]; 37(4):941-951. Disponível em: <http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/420/0>.
49. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc. Saúde Colet*. [internet]. 2017 [acesso em 2019 nov 17]; 22(4):1225-1234. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1225.pdf>.
50. Santos JFL, Pagani E, Ramos J, Rodrigues E. Observations on the therapeutic practices of riverine communities of the Unini River, AM, Brazil. *J Ethnopharmacol*. [internet]. 2012 [cited 2019 dez 1] 142:503-515. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22659194>.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo observacional, transversal de abordagem quantitativa. Os estudos transversais são utilizados para descrever as características de um grupo populacional específico em um único momento. É um método no qual há uma maior facilidade de obter amostra representativa da população, possui baixo custo, representam um menor risco de perdas, e possibilita identificar a prevalência de um fenômeno de interesse⁽¹³²⁾.

O desenho quantitativo implica a utilização de variáveis expressas sob forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los⁽¹³³⁾.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de João Pessoa, capital da Paraíba, nas comunidades ribeirinhas distribuídas geograficamente pelo município, a saber: São Rafael, São José, Tito Silva, Porto do Capim e comunidade do “S”. A escolha das comunidades deu-se por apresentarem suas residências localizadas a beira de rios, assegurando, dessa forma, a homogeneidade das características da população. No intuito de verificar a localização dessas comunidades, houve um contato prévio com o coordenador da Secretaria Municipal de Habitação, Secretaria Municipal de Saúde e com representantes da Defesa Civil, os quais repassaram informações sobre as mesmas as quais estão descritas adiante.

Acrescenta-se que o município de João Pessoa é demarcado territorialmente por V Distritos Sanitários de Saúde que tem por objetivo organizar a rede de cuidados e garantir o acesso a população aos serviços básicos de saúde. Com isso, as comunidades ribeirinhas do estudo estão inseridas na rede do Distrito Sanitário IV e V, o que garante a cobertura da atenção básica de saúde no seu território.

4.2.1 Comunidade São Rafael

Localiza-se na margem oposta da BR-230 em relação ao conjunto habitacional Castelo Branco do município de João Pessoa. Uma parte da comunidade situa-se em um terreno mais elevado, enquanto a outra parte da comunidade está localizada no terreno mais baixo, às margens do rio Jaguaribe⁽¹¹⁸⁾.

4.2.2 Comunidade São José

É um bairro no qual sua ocupação ocorreu de forma gradativa, desordenada e inconstante, com precariedade das residências, insalubridade e sem espaços adequados para sociabilidade. Além disso, a ocupação encontra-se em Área de Preservação Permanente (APP), localizada entre dois limites naturais: o Rio Jaguaribe e a falésia. Além disso, está situada em região nobre cujo entorno é formado por bairros de classe média-alta, João Agripino e Manaíra. O rio Jaguaribe, em cujas margens a população dessa comunidade reside, é na atualidade o rio intraurbano mais importante do município, e o que mais sofre com o processo de degradação ambiental⁽¹³⁰⁾.

4.2.3 Comunidade Tito Silva

A comunidade está localizada nas imediações dos bairros Castelo Branco e Miramar do município de João Pessoa. Situa-se em encosta com crista sinuosa e na sua base encontra-se o rio Jaguaribe, cuja margem está completamente habitada de forma irregular. No período de chuvas, o volume do rio sobe, e a água acaba invadindo as habitações que não deveriam estar ocupando a área⁽¹³⁴⁾.

4.2.4 Comunidade Porto do Capim

A comunidade Porto do Capim está situada no bairro do Varadouro, a margem direita e a oeste pelo Rio Sanhauá. É limitada a leste pelo bairro do Varadouro e pela linha férrea da Rede Ferroviária Federal, ao sul, pelo bairro Ilha do Bispo e a norte por uma faixa de terreno pertencente a União, ocupada pelo antigo curtume e pelo bairro do Roger. Toda a área também é considerada de preservação permanente, sendo as construções levantadas em aterros sobre o mangue.

4.2.5 Comunidade do “S”

A comunidade do “S”, localizada no baixo Roger, em João Pessoa, a 6 km do centro da cidade, na margem direita do Rio Sanhauá, em um denso manguezal, situada ao norte com o mangue, ao sul com a linha de trem, a leste com a mata e a rede de esgotos e a oeste com o lixão e a comunidade Silva Ramos. É considerada uma área de alto risco social em virtude da falta de infraestrutura, como saneamento básico e pavimentação⁽¹³⁵⁾.

4.3 População e Amostra

A população alvo desse estudo foi composta por indivíduos que residem em cinco comunidades ribeirinhas localizadas no município de João Pessoa. Participaram do estudo os

sujeitos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 18 anos; ser residente das comunidades ribeirinhas selecionadas para o estudo. Foram excluídos do estudo aqueles indivíduos que possuíam mais de uma residência, onde pelo menos uma delas, não estava localizada em comunidade ribeirinha; indivíduos com deficiência auditiva, devido aos entrevistadores não possuírem o manejo em Libras para a realização da entrevista e os indivíduos que não seguiram todas as etapas da coleta de dados.

Com o intuito de verificar o número de moradores dessas comunidades houve um contato prévio com o coordenador da Secretaria Municipal de Habitação e com representantes da Defesa Civil do município, os quais foram responsáveis pelo fornecimento das informações acerca das mesmas.

Para a composição da amostra foram considerados 11.498 indivíduos, que corresponde a soma do total de moradores das referidas comunidades. Para a determinação do tamanho amostral admitiu-se um intervalo de confiança de 95%, uma margem desejável de erro de 5,4% e uma frequência estimada de 26,15%, referente a estimativa das IST obtida pelo cálculo dos pontos médios dos intervalos das estimativas das principais IST encontradas em estudos^(136,137). Então o número de participantes que foram incluídos no estudo foi obtido pela expressão⁽¹³⁸⁾:

$$n = \frac{N \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{\hat{p} \cdot \hat{q} \cdot (Z_{\alpha/2})^2 + (N-1) \cdot E^2}$$

onde, N = número de indivíduos na população;

$Z_{\alpha/2}$ = valor crítico que corresponde ao grau de confiança;

p = proporção populacional de indivíduos pertencentes a categoria de interesse;

q = proporção populacional de indivíduos que não pertencem a categoria de interesse;

E = margem de erro ou erro máximo da estimativa.

Com isso, determinou-se um número de 250 moradores para compor o tamanho da amostra. Após o conhecimento do número de indivíduos de cada comunidade e a definição do tamanho da amostra, foi realizada a amostragem estratificada proporcional das comunidades⁽¹³⁹⁾ resultando na distribuição proporcional dos indivíduos conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1. Distribuição proporcional dos indivíduos residentes nas comunidades ribeirinhas do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.

Comunidades	N	%	n ideal
São Rafael	1.800	15,7	39

São José	7.078	61,6	154
Tito Silva	1.140	9,9	25
Porto do Capim	550	4,8	12
Comunidade do “S”	930	8,1	20
Total	11.498	100,0	250

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

4.4.1 Treinamento dos colaboradores da pesquisa

Para um melhor desenvolvimento do estudo, a pesquisadora responsável contou com a colaboração de voluntários (profissionais de saúde e alunos) para a fase de coleta de dados, os quais receberam um treinamento prévio obrigatório para a realização da entrevista e dos testes rápidos.

O treinamento da entrevista ocorreu mediante a simulação da aplicação do instrumento. Todos aplicaram o instrumento entre si, em que se estabeleceu uma dinâmica onde todos pudessem ser entrevistadores e entrevistados.

A capacitação dos testes rápidos, inicialmente, ocorreu por meio do sistema de programa de educação permanente e a distância do Ministério da Saúde, o TELELAB, onde toda a equipe voluntária precisava ter os certificados de comprovação do curso online de testagem rápida de HIV, sífilis e hepatites virais. Após o curso online, foi realizada uma capacitação presencial em parceria com os membros da Gerência Operacional das IST/HIV/Aids/Hepatites Virais da Secretaria Estadual de Saúde do estado da Paraíba.

Todos os treinamentos tornaram-se essenciais para que os colaboradores pudessem suprimir quaisquer dúvidas e/ou dificuldades relacionadas a essa fase da pesquisa.

4.4.2 Instrumentos

4.4.2.1 Questionário

Os dados foram coletados utilizando um questionário estruturado (APÊNDICE A), elaborado a partir de questões extraídas do instrumento validado e utilizado pelo Ministério da Saúde em pesquisa sobre hepatites virais e pelo instrumento elaborado pelo Núcleo de Estudos em Epidemiologia e Cuidados em Agravos Infecciosos com Ênfase em Hepatites Virais (NECAIH) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás.

O instrumento que foi utilizado abrangeu questões organizadas em quatro seções: SEÇÃO I: Dados Sociodemográficos; SEÇÃO II: Comportamentos e Fatores de Risco para

Infecção Sexualmente Transmissível. SEÇÃO III: Comportamento sexual. SEÇÃO IV: Hábitos e costumes associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas.

Para avaliação do padrão de consumo de álcool foi utilizado o teste AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test* ou Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool). Todas as seções do teste contemplam questões com possibilidades de respostas dicotômicas e de múltipla escolha⁽¹⁴⁰⁾.

4.4.2.2 Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT)

O teste AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) ou Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool é um teste fácil e simples de aplicar, utilizado para identificar problemas relacionados ao consumo de álcool. O AUDIT (ANEXO A) contém 10 perguntas em que cada questão tem uma margem de 0 a 4, podendo pontuar de 0 a 40 pontos⁽¹⁴¹⁾. Essas questões são de variável quantitativa discreta que possibilitam a formação de valores numéricos provenientes de uma contagem⁽¹⁴⁰⁾.

O teste AUDIT, no Brasil, teve duas tentativas de validação, uma realizada no Rio Grande do Sul por Mendez⁽¹⁴²⁾ e outra na Bahia por Lima et al.⁽¹⁴³⁾. Seu processo de validação e tomando como ponto de corte o valor 8, foi preconizado por Babor et al.⁽¹⁴⁴⁾.

O teste avalia diversos níveis de uso de álcool, desde se o uso é experimental, esporádico, frequente, pesado ou abusivo até um provável grau de dependência, além do consumo nos últimos 12 meses. Essa avaliação é feita de acordo com os níveis de uso do álcool e tipos de intervenção e escores, com a seguinte classificação: Zona I (baixo risco, menos de 2 doses-padrão por dia) – 0 a 7 pontos recomenda prevenção primária; Zona II (uso de risco, acima de 2 doses-padrão) – 8 a 15 pontos indica orientação básica; Zona III (uso nocivo, consome acima dos padrões associados a problemas de consumo) – 16 a 19 pontos requer intervenção breve e monitoramento; e Zona IV (grandes chances de dependência) - 20 a 40 pontos evidencia a necessidade de encaminhamento para serviço especializado⁽¹⁴⁵⁾.

As doses-padrão se referem à quantidade de álcool puro que cada bebida possui o que equivale a cerca de 14 gramas, ou seja, 17,5 ml de álcool puro. A equivalência da quantidade de álcool de diferentes bebidas, em termos de dose-padrão é o seguinte: uma dose-padrão de bebida destilada equivale a 1 dose de 40ml de destilados (cachaça, conhaque, uísque, vodka) ou uma lata de cerveja (350ml) ou um copo de 140ml de vinho.

4.4.2.3 Variáveis do estudo

As seguintes variáveis foram selecionadas com o intuito de responder aos objetivos do estudo: a variável de desfecho consistiu na positividade dos testes rápidos de sífilis, HIV, hepatite B e C. Como variáveis independentes, consideraram-se as variáveis sociodemográficas, de comportamento de risco (idade da primeira relação sexual, número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, tipo de prática sexual nos últimos 12 meses, uso de preservativo na última relação sexual, frequência do uso do preservativo nos últimos 12 meses, histórico de prisão, histórico de IST, compartilhamento de material de higiene, relação sexual com profissional do sexo e recebeu dinheiro ou pagou em troca de sexo) e as variáveis de hábitos e costumes relacionados ao uso de drogas lícitas e ilícitas (uso de álcool e uso de drogas nos últimos 12 meses).

4.4.3 Coleta de dados

Inicialmente, antes da realização da pesquisa em campo, houve um contato prévio para articulação com o representante do Distrito Sanitário e com os profissionais (gerentes, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde) das Unidades de Saúde da Família (USF) responsáveis pela abrangência territorial das comunidades ribeirinhas. Em reuniões da equipe da saúde, a pesquisadora responsável explicou sobre a pesquisa, seu objetivo, tempo estimado e a população específica do estudo.

Após esse contato, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) agendava uma data junto com a pesquisadora para fazer o conhecimento da comunidade e procurar um local de apoio onde pudesse ser realizada todas as etapas da pesquisa. Em seguida, propuseram datas para iniciação da coleta, pois os ACS precisavam divulgar a pesquisa para os moradores, bem como disponibilidade para acompanhar a equipe na realização da coleta de dados. O período de coleta de dados ocorreu de junho a outubro de 2019.

Os dados foram coletados em um local de apoio estruturado em cada comunidade ou na própria USF, quando a comunidade não possuía um local apropriado. Os que se enquadravam nos critérios de inclusão eram convidados a participar do estudo. Cabe mencionar que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi explicado e assinado em duas vias antes da obtenção das informações da pesquisa. Em caso de analfabetismo, o TCLE foi explicado para o participante e a assinatura deste foi dactiloscópica. Após a assinatura do TCLE, explicou-se sobre os riscos e benefícios da realização da pesquisa, bem como as formas de realização dos testes rápidos.

O aconselhamento pré-teste foi realizado de forma individualizada por cada entrevistador antes de iniciar a coleta de informações. Foram enfatizados os seguintes pontos: quais os testes que iriam ser realizados, se o indivíduo tinha realizado algum dos testes anteriormente, a garantia do sigilo dos resultados, além de explicitar quais as condutas que seriam adotadas diante de testes considerados positivos quanto ao encaminhamento e a continuidade do acompanhamento nos serviços de referência.

Logo após foram realizadas as entrevistas individuais e privativas, as quais houve a garantia da privacidade e sigilo das informações declaradas.

Após a entrevista, os participantes foram convidados a realizarem os testes rápidos de triagem para as hepatites B e C, sífilis e HIV, seguindo rigorosamente todas as diretrizes apontadas no protocolo do Ministério da Saúde⁽¹⁴⁶⁾. Os testes rápidos utilizados para este estudo foram do tipo imunocromatografia de fluxo lateral (teste 1 para HIV, sífilis, hepatites virais B e C) e imunocromatografia de dupla migração ou de duplo percurso – DPP (teste 2 para HIV).

Os resultados dos testes rápidos foram registrados em formulários elaborados, (APÊNDICE C), que serviram para o controle da pesquisadora e para a entrega dos resultados aos indivíduos. A entrega dos resultados foi realizada pessoalmente e individualmente, em local privativo. Nesse momento, foi realizado o aconselhamento sobre medidas de prevenção das infecções pelo vírus da Hepatite B (HBV), vírus da Hepatite C (HCV), vírus HIV e *Treponema pallidum*. Os participantes, cujos resultados mostraram positividade para algumas das IST investigadas, foram orientados e encaminhados para o serviço de referência do município (Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA) (APÊNDICE D) para a possível confirmação diagnóstica e caso necessário, a realização do tratamento gratuito e individual.

Todo o material que foi utilizado para os testes rápidos foram acondicionados adequadamente em caixas fechadas e mantidos ao abrigo da luz durante o transporte em todo o percurso. Após realização dos testes, os materiais utilizados foram descartados em caixas apropriadas para descarte de material perfuro-cortantes e contaminado com fluidos corporais e logo após enviados para descarte em locais apropriados.

Todas as fases da coleta de dados resultavam em um tempo médio entre 30 a 40 minutos por cada participante e a pesquisadora responsável participou de todas as fases, além da inspeção do fluxo de todo o processo.

O período de coleta de dados não ocorreu conforme cronograma estabelecido devido a algumas dificuldades, tais como: a indisponibilidade do ACS para acompanhar a equipe dentro da comunidade; algumas comunidades não possuíam um local de apoio adequado; o

difícil acesso a essas comunidades; o período de coleta de dados coincidiu com o período de inverno do município, onde ocorreram chuvas intensas e consequentemente, todas as comunidades sofreram danos ambientais, como alagamentos, impossibilitando a realização da pesquisa durante um determinado período de tempo.

4.4.3.1 Teste rápido para Hepatite B

A investigação para o vírus da hepatite B (HBV) foi realizada por meio do método de imunocromatografia de fluxo lateral da marca *Bioclin* para a determinação qualitativa do antígeno de superfície do HBV, o HBsAg. O método utiliza anticorpos anti-HBsAg, que reagem com antígenos presentes em amostras de soro, plasma e sangue total. Foi realizado por meio de uma amostra sanguínea obtida da polpa digital do participante e logo após, depositada no local indicado da plataforma do teste juntamente com a solução tampão. A leitura do resultado do teste para hepatite B, recomendada pelo laboratório, deu-se num tempo entre 15 e 30 minutos. Diante de um resultado positivo/reagente, o Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais, aprovado pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 25, de 01 de Dezembro de 2015, recomenda o encaminhamento do paciente para a complementação diagnóstica por meio de testes laboratoriais⁽¹⁴⁷⁾.

4.4.3.2 Teste rápido para Hepatite C

O teste rápido para a triagem da infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) baseou-se também na tecnologia de imunocromatografia de fluxo lateral da marca *Alere* o qual permite a detecção do anticorpo anti-HCV no soro ou sangue total. O teste exigiu uma pequena amostra de sangue da polpa digital, que logo após é depositada na indicação da plataforma do teste juntamente com a solução tampão. O tempo de leitura para o teste foi de até 15 minutos, de acordo com a orientação do laboratório fabricante. Testes com resultados reagentes faz-se necessário a realização de exame sorológico para confirmação da investigação⁽¹⁴⁸⁾.

4.4.3.3 Teste rápido para sífilis

O teste rápido adotado para a detecção da presença de anticorpos anti-*Treponema pallidum* foi o do fabricante da *Bioclin*, também de imunocromatografia de fluxo lateral. É um teste rápido considerado do tipo treponêmico, que detecta a presença de anticorpos anti-*Treponema pallidum*. O mesmo segue as diretrizes dos anteriores, o qual utiliza apenas uma

amostra de sangue da polpa digital que é depositada na indicação do poço da plataforma, e, em seguida, é aplicado sobre a amostra de sangue a solução diluente. O tempo de leitura para o teste foi entre 15 e 30 minutos, de acordo com a orientação do fabricante. Salienta-se que um resultado reagente isolado não pode ser utilizado para o diagnóstico definitivo. Todos os resultados que se apresentaram positivos, foi solicitado o encaminhamento para a realização do exame de testagem não treponêmico, o *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL), para a confirmação diagnóstica⁽¹⁴⁹⁾.

4.4.3.4 Teste rápido para o HIV

Para a detecção de anticorpos anti-HIV 1 e/ou 2 foi utilizado o kit de teste rápido da *Abon HIV*. Trata-se de um teste rápido contra o HIV, qualitativo, baseado em membrana de nitrocelulose, para a detecção de anticorpos do HIV 1 e 2, na tecnologia da imucromatografia de fluxo lateral. Exige-se uma amostra de sangue que foi obtida da polpa digital, logo após depositada na plataforma de teste e aplicada a solução tampão. O tempo de leitura para o resultado foi feito entre 10 e 20 minutos de acordo com as diretrizes do fabricante⁽¹⁵⁰⁾.

Para resultados reagentes, é necessária a realização de um segundo teste. O teste rápido 2 adotado foi o de imnuocromatografia de dupla migração (DPP) Biomanguinhos, que diferencia no processo de execução, na qual a gota de sangue é adicionada à uma solução individual para cada teste⁽¹⁵⁰⁾.

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel* 2013. Após a identificação de todas as variáveis no dicionário, foi elaborado um banco de dados e logo após alimentado. Finalizada essa etapa, os dados foram importados para o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) - versão 21 e o programa Bioestat versão 5.4 onde foram realizadas as análises estatísticas.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa), o que foi possível fazer a caracterização da amostra quanto as variáveis coletadas. As prevalências da sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C foram calculadas com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

O *Odds ratio* (razão de chances) com IC 95% foi utilizado para inferir se cada variável independente (sociodemográficas e comportamentais) se mostrava como fator de risco ou de proteção para a ocorrência de IST. As variáveis foram dicotomizadas para o cálculo do Odds

e a quantificação do grau de associação entre os fatores foi inferido pelo valor do Odds: acima de 1 (fator de risco) ou abaixo de 1 (fator de proteção).

Após identificar a prevalência das IST, as características sociodemográficas e os principais comportamentos de risco para a sífilis, para o HIV e para a hepatite B e C foi utilizado o modelo de regressão logística binária, com teste de verossimilhança, para verificar como esses fatores se comportam associados. Para todas as análises os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

A regressão logística binária é uma técnica estatística empregada para descrever o comportamento entre uma variável dependente categórica binária (positividade dos testes rápidos) e variáveis independentes métricas e/ou não métricas. Tem por objetivo investigar o efeito das variáveis pelas quais os indivíduos ou objetos estão expostos sobre a probabilidade de ocorrência de determinado evento de interesse⁽¹⁵¹⁾.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁵²⁾, a qual disponibiliza todos os aspectos éticos a serem respeitados e seguidos, quando há o envolvimento de seres humanos no desenvolvimento de uma pesquisa. Diante disso, considera o respeito devido à dignidade humana exigindo que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Para tanto, a pesquisa foi aprovada pelo o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba via Plataforma Brasil com CAAE: 13419819.3.0000.5188 e parecer nº 3.340.273.

4.6.1 Riscos e benefícios do estudo

Os riscos foram mínimos para os participantes da pesquisa, sendo estes: um possível desconforto ou incômodo ao responder algumas perguntas da sua vida íntima; pelo tempo de duração da entrevista (em torno de 30 minutos), ou sentir-se apreensivo diante de um possível resultado positivo dos testes rápidos para as referidas IST, além de um discreto desconforto físico, decorrente de punção da polpa digital da mão para obtenção de sangue para realização do teste rápido. Para minimizar esses riscos, foi escolhido um local apropriado e privado para a realização da entrevista e entrega dos resultados dos testes rápidos; para minimizar o

desconforto físico, foram utilizadas agulhas apropriadas (lancetas), com a adoção de técnicas para aliviar a tensão e a discreta dor local, bem como a habilidade da equipe para a realização dos testes.

Os benefícios destacam-se: o conhecimento sobre a prevalência do vírus das hepatites B e C, HIV e sífilis em moradores das comunidades ribeirinhas de João Pessoa – PB; a caracterização sociodemográfica dessas comunidades; os testes rápidos possibilitaram o acesso imediato ao resultado, fato importante, uma vez que se trata de uma população vulnerável, que muitas vezes possui dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Somam-se ainda os benefícios relacionados ao encaminhamento, tratamento e acompanhamento imediato para aqueles participantes que apresentaram teste rápido positivo para algumas dessas infecções.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Artigo original 1

Sífilis, HIV, hepatite B e C em comunidades ribeirinhas: uma análise de prevalência e fatores associados

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) ainda permanecem como um problema de saúde pública global, apesar dos avanços no diagnóstico, no tratamento e nas medidas preventivas⁽¹⁾. O vírus da imunodeficiência humana (HIV), a sífilis e as hepatites virais B e C são algumas das principais IST que apresentam aumento no número de casos a cada ano. No mundo, aproximadamente 37,9 milhões de pessoas vivem com o HIV, 325 milhões de pessoas são portadores crônicos dos vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV) e, a cada ano, ocorrem 5,6 milhões de novos casos de sífilis⁽²⁻⁴⁾.

Sabe-se que as IST não atingem a população por igual, sua prevalência difere entre regiões e entre grupos populacionais⁽⁵⁾. As populações-chave apresentam maior prevalência, principalmente pelas características, pelos fatores e comportamentos de risco que aumentam a vulnerabilidade a essas infecções. No Brasil, Homens que fazem sexo com homens (HSH) apresentam uma prevalência para o HIV e sífilis, de 18,4% e 13,4%, respectivamente. As trabalhadoras do sexo tem uma prevalência de 5,3% para o HIV e 8,4% para sífilis e os usuários de drogas concentram uma prevalência de até 7,3%^(6,7).

Ressalta-se que estas infecções possuem caráter de disseminação em outras populações vulneráveis (cortadores de cana, indígenas, pessoas em situação de rua)^(1,8,9). No entanto, há uma escassez de informações sobre as IST em populações ribeirinhas. Trata-se de um grupo populacional que apresenta vulnerabilidades sociais, econômicas, culturais e ambientais que favorece a susceptibilidade para a aquisição de IST⁽¹⁰⁾. Estudos envolvendo essa população direcionam-se principalmente as questões de saúde vinculadas as condições de moradia e habitação, deixando uma lacuna quanto as infecções sexualmente transmissíveis^(10,11).

Logo, as populações ribeirinhas são povos que moram em beiras de rios, no qual o rio é sua principal fonte de subsistência. São classificados de acordo com seu tipo de habitação. Os ribeirinhos da zona urbana, classificados como ribeirinhos de terra firme, constroem suas casas a beira dos principais rios que cortam a cidade, apresentando condições inadequadas de

habitabilidade e formando os chamados aglomerados subnormais⁽¹²⁾. São indivíduos expostos a poluição dos rios, aos constantes desastres ambientais e a falta de saneamento básico, fatores determinantes do processo saúde-doença.

Além disso, é um grupo que apresenta baixas condições socioeconômicas como a baixa escolaridade, baixa renda, com hábitos de vida relacionados ao uso de álcool e drogas e com acesso limitado aos serviços de saúde^(13,14).

Dados sobre esse grupo populacional no Brasil no contexto das IST é praticamente inexistente e conhecer a prevalência dessas infecções e seus fatores associados é permitir o planejamento de estratégias e ações de saúde que minimizem os potenciais fatores determinantes das IST nesses indivíduos. Frente a esse eventual problema, o objetivo do estudo foi estimar a prevalência da sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C e analisar os fatores de risco e comportamentais associados a aquisição dessas infecções nos ribeirinhos residentes no município de João Pessoa, no estado da Paraíba.

MÉTODO

Estudo do tipo observacional, transversal realizado em cinco comunidades ribeirinhas (São Rafael, São José, Tito Silva, Porto do Capim e Comunidade do “S”) do município de João Pessoa, no estado da Paraíba, no período de junho a outubro de 2019. A população-alvo consistiu em indivíduos ribeirinhos moradores das respectivas comunidades com idade igual ou superior 18 anos. Foram excluídos aqueles que possuíam mais de uma residência, onde pelo menos uma delas, não estava localizada na comunidade ribeirinha investigada. No cálculo amostral foi considerada uma população de 11.498 indivíduos, com intervalo de confiança de 95% e uma margem desejável de erro de 5,4%, com frequência estimada de 26,15%, referente a estimativa das IST obtida pelo cálculo dos pontos médios dos intervalos das estimativas das principais IST encontradas em estudos^(1,15). Mediante a isso, a amostra mínima necessária para compor o estudo foram 250 ribeirinhos. Após o conhecimento do número de indivíduos de cada comunidade e a definição do tamanho da amostra, foi realizada a amostragem estratificada proporcional das comunidades resultando na distribuição proporcional dos indivíduos.

Os ribeirinhos elegíveis foram convidados a participar do estudo. Aqueles que aceitaram participar foram entrevistados, individualmente e privativamente, por voluntários da pesquisa previamente treinados. As informações foram colhidas por meio de questionário estruturado, elaborado pelas pesquisadoras, a partir de outros instrumentos validados envolvendo a temática. O questionário contemplou perguntas sobre características

sociodemográficas, de comportamento sexual, sobre histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis e uso de drogas lícitas e ilícitas.

A investigação da ocorrência de hepatite B e C, HIV e sífilis foi realizada em todos os participantes do estudo por meio da realização de testes rápidos de triagem. Baseiam-se na tecnologia de imunocromatografia de fluxo lateral. Trata-se de um exame com alta taxa de sensibilidade e especificidade aprovadas pelo Ministério da Saúde⁽¹⁶⁾. O teste rápido para a hepatite B consistiu na detecção do antígeno HBsAg (Bioclin Quibasa Química Básica, Brasil); o de hepatite C a detecção de anticorpos anti-HCV (Alere, Standard Diagnostics Inc, República da Coreia). Para a sífilis, a detecção da presença de anticorpos anti-*Treponema pallidum* (Bioclin Quibasa Química Básica, Brasil) e o teste 1 para o HIV por meio da detecção de anticorpos anti-HIV 1 e/ou 2 [ABON HIV Tri-Line, Abon Biopharm (Hangzhou, China)]. O teste 1 para o HIV que apresentasse resultado reagente, seria realizado o segundo teste confirmatório, conforme preconiza a Portaria do Ministério da Saúde nº 29, de 17 de dezembro de 2013⁽¹⁷⁾. O teste 2 consiste em um teste rápido de imunocromatografia de dupla migração (Biomanguinhos, Fiocruz, Brasil).

Diante de um resultado positivo para qualquer uma das IST, o participante recebia encaminhamento para o centro de testagem e aconselhamento do município para a realização dos exames confirmatórios e, se necessário, o tratamento gratuito e individual. A execução dos testes seguiu rigorosamente as recomendações do fabricante e do Ministério da Saúde⁽¹⁸⁾.

Para a análise dos dados adotou-se o programa estatístico SPSS versão 20 (IBM Corporation 2012) e o Bioestat versão 5.4. A positividade do teste rápido para a hepatite B ou C, HIV ou sífilis foi considerada como variável de desfecho. Quanto a variável de comportamento de risco: uso de álcool, considerou-se aqueles que responderam uso moderado ou Beber Pesado Episódico (BPE) que corresponde a mais de 4 doses-padrão por dia para homens e acima de 3 doses-padrão para mulheres e idosos⁽¹⁹⁾.

As prevalências das respectivas infecções foram calculadas com intervalo de confiança de 95% (IC95%). As variáveis categóricas foram descritas em frequências absolutas e relativas.

No sentido de investigar a associação dos fatores e comportamentos de risco com a positividade do teste rápido para a sífilis, HIV e hepatite B ou C nos ribeirinhos utilizou-se a análise bivariada do modelo de regressão logística, gerando as razões de chances ou odds ratio (OR) com IC 95%. Após a análise bivariada, as variáveis estatisticamente associadas ao desfecho com nível de $p < 0,05$, foram incluídas simultaneamente no modelo de regressão

logística múltipla, com teste de verossimilhança, para verificar como esses fatores se comportam associados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE: 13419819.3.0000.5188 e parecer nº 3.340.273. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todas as etapas de investigação foram respeitadas de acordo com todos os preceitos éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, descritos e estabelecidos na Resolução nº466/2012, do Conselho Nacional de Saúde⁽²⁰⁾.

RESULTADOS

Participaram do estudo 250 ribeirinhos das cinco comunidades do município. Dentre os ribeirinhos participantes, observou-se predomínio do sexo feminino (68,0%), com faixa etária entre 18 e 39 anos (43,2%), com até oito anos de estudo (62,0%). Quanto ao estado civil, a maior parte declarou-se casado ou ter união consensual (64,0%) e com renda familiar mensal entre um e 1,5 salários mínimos (51,2%) conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos moradores das comunidades ribeirinhas em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	80	32,0
Feminino	170	68,0
Faixa etária (anos)		
18 a 39	108	43,2
40 a 59	98	39,2
60 e mais	44	17,6
Anos de estudo		
Até 4 anos	76	30,4
5 a 8 anos	79	31,6
9 a 11 anos	43	17,2
12 anos ou mais	39	15,6
Analfabeto (a)	13	5,2
Estado civil		
Casado/união consensual	160	64,0
Solteiro (a)	63	25,2
Separado (a)	13	5,2
Viúvo (a)	14	5,6

Faixa de renda (SM)*		
≤ 1,0	80	32,0
> 1,0 a 1,5	128	51,2
> 1,5 a 2,0	21	8,4
> 2,0	21	8,4
Comunidades ribeirinhas		
Tito Silva	25	10,0
Porto do Capim	12	4,8
São Rafael	39	15,6
São José	154	61,6
Comunidade do S	20	8,0
Total	250	100,0

Fonte: pesquisa, 2019. *Salário mínimo vigente R\$998,00

A prevalência para as IST investigadas por meio dos testes rápidos foi de 12,8% (IC95%: 8,8-16,4) correspondendo a 32 indivíduos que apresentaram resultados reagentes. Foram detectados 29 casos para sífilis (teste treponêmico) que resultou em uma prevalência de 11,6% (IC95%: 7,5-15,6); o anti-HIV tipo 1 em dois indivíduos apresentando uma prevalência de 0,8% (IC95%: 0-1,2); infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) em um indivíduo (0,8% - IC95%: 0-1,2) e nenhum teste mostrou-se reagente para o vírus da hepatite C. (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência de sífilis, HIV, hepatite B e C dos moradores das comunidades ribeirinhas em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.

IST investigadas	Número de casos	%/ IC 95%*
Sífilis	29	11,6 (7,5 - 15,6)
HIV	2	0,8 (0 - 1,2)
Hepatite B	1	0,8 (0 - 1,2)
Hepatite C	0	0

*IC: intervalo de confiança a 95%

Foram realizadas análises bivariadas das características sociodemográficas e dos principais comportamentos de risco e sua associação com o resultado positivo dos testes rápidos para as IST investigadas. No que se refere as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil e renda) e a sua associação com a prevalência de IST observa-se que não foi evidenciada significância estatística conforme mostra tabela 3.

Tabela 3. Características sociodemográficas associadas com os resultados positivos dos testes rápidos realizado nos moradores das comunidades ribeirinhas em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.

Variáveis	Testes Rápidos		p-valor	Odds Ratio	IC 95%
	Positivo	Negativo			
Sexo					
Masculino	13	68	0,39	1,51	0,70-3,23
Feminino	19	150			
Idade					
≤ 40 anos	14	101	0,93	0,90	0,43-1,90
> 40 anos	18	117			
Escolaridade					
≤ 8 anos de estudo	22	133	0,52	1,41	0,63-3,12
> 8 anos de estudo	10	85			
Estado Civil					
Casado/União consensual	16	145	0,10	0,50	0,24-1,06
Solteiro/Separado/Viúvo	16	73			
Renda mensal (R\$ 998,00)					
≤ 1 salário mínimo	20	152	0,54	0,72	0,33-1,57
> 1 salário mínimo	12	66			

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

Em relação aos principais comportamentos de risco, as variáveis que apresentaram significância estatística com o resultado positivo dos testes rápidos foram: uso de álcool (OR 2,32; IC 95%: 1,09-4,94); idade da primeira relação sexual (OR 2,57; IC 95%: 1,18-5,58); número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses (OR 0,36; IC 95%: 0,17-0,78); se recebeu dinheiro ou pagou em troca de sexo (OR 2,66; IC 95%: 1,12-6,32); se já foi preso (OR 3,85; IC 95%: 1,22-12,11) e histórico de IST (OR 4,89; IC 95%: 2,25-10,65) conforme aponta a tabela 4.

Tabela 4. Comportamentos de risco associados com os resultados positivos dos testes rápidos realizado nos moradores das comunidades ribeirinhas em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.

Variáveis	Testes Rápidos		p-valor	Odds Ratio	IC 95%
	Positivo	Negativo			
Idade da primeira relação sexual					
≤ 15 anos	21	93	0,02**	2,57	1,18-5,58
> 15 anos	11	125			
Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses					
0 a 1 parceiro	18	170	0,01**	0,36	0,17-0,78
≥ 2 parceiros	14	48			
Tipo de prática sexual nos últimos 12 meses					
Vaginal	22	172	0,59	0,29	0,26-1,33

Outras (oral, anal, oro-anal)	10	46			
Uso do preservativo na última relação sexual*					
Sim	6	33	0,62	1,47	0,55-3,97
Não	19	154			
Frequência do uso do preservativo nos últimos 12 meses*					
Sempre/Às vezes	13	69	0,31	1,67	0,73-3,80
Nunca	13	115			
Uso de álcool					
Sim	15	60	0,04**	2,32	1,09-4,94
Não	17	158			
Histórico de prisão					
Sim	5	10	0,04**	3,85	1,22-12,11
Não	27	208			
Uso de drogas nos últimos 12 meses					
Sim	6	21	0,90	1,33	0,34-4,72
Não	6	28			
Histórico de IST					
Sim	16	37	0,0001 ^a	4,89	2,25-10,65
Não	16	181			
Compartilhamento de material de higiene					
Sim	12	98	0,55	0,73	0,34-1,58
Não	20	120			
Relação sexual com profissional do sexo					
Sim	6	29	0,58	1,50	0,57-3,57
Não	26	189			
Recebeu dinheiro ou pagou em troca de sexo					
Sim	9	28	0,04**	2,66	1,12-6,32
Não	23	190			

Fonte: dados da pesquisa, 2019. *Aqueles que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses.

**Resultado significativo com $p < 0,05$. ^aResultado significativo com $p < 0,01$.

As variáveis de comportamento de risco que apresentaram $p < 0,05$ foram incluídas na análise múltipla de regressão logística para avaliá-las isoladamente conforme mostra a Tabela 5. O modelo final de regressão mostrou que histórico de prisão (OR 3,94; IC 95%: 1,07-14,64; $p = 0,04$) e histórico de IST (OR 4,53; IC 95%: 1,95-10,54; $p = 0,005$) aumentam em aproximadamente quatro e cinco vezes as chances da ocorrência de sífilis, HIV e hepatite B, nos indivíduos residentes das comunidades ribeirinhas investigadas.

Tabela 5. Modelo de regressão logística com as variáveis significativas após associação individual com os 250 moradores entrevistados das comunidades ribeirinhas em João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.

Variáveis	Coeficiente de regressão	Erro padrão	p-valor	Odds Ratio	IC 95% - Odds	
					Inferior	Superior
Idade da primeira relação	-0,20	0,43	0,64	0,82	0,35	1,91
Número de parceiros últimos	0,75	0,43	0,08	2,12	0,90	4,97
Uso de Álcool	0,61	0,44	0,17	1,84	0,77	4,37
Histórico de prisão	1,37	0,67	0,04*	3,94	1,07	14,64
Recebeu dinheiro ou pagou	0,10	0,51	0,85	1,10	0,40	3,02
Histórico de IST	1,51	0,43	0,005*	4,53	1,95	10,54

*Associação significativa com $p < 0,05$

DISCUSSÃO

Este estudo apresenta dados sobre a prevalência da sífilis, do HIV e das hepatites virais B e C na população ribeirinha do município de João Pessoa, estado da Paraíba, e os fatores de risco e de comportamento que possuem associação com essas infecções. Devido a fragilidade e a carência de informações sobre a prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) nesse grupo populacional e suas características de vulnerabilidade frente as IST, a comparação da prevalência com realidades ribeirinhas será limitada, desse modo, serão consideradas outras populações vulneráveis para análises comparativas.

Quanto aos aspectos sociodemográficos dos 250 moradores entrevistados nas comunidades ribeirinhas do município de João Pessoa observou-se que a maioria é do sexo feminino, com idade entre 18 e 39 anos, com até oito anos de estudo e baixa renda familiar. A baixa escolaridade e a baixa renda encontradas são características comuns em populações ribeirinhas de outras localidades e entre outras populações vulneráveis^(10,21,22).

Apesar das características sociodemográficas não terem demonstrado associação estatisticamente significativa com a prevalência das IST, estudos afirmam que a escolaridade e a situação econômica são fatores determinantes do processo saúde-doença^(14,23). Indivíduos com baixa escolaridade e baixas condições econômicas refletem em um menor acesso a informação sobre cuidados de saúde, percepção de riscos e de prevenção sobre múltiplas doenças. Portanto, são indivíduos considerados mais susceptíveis a aquisição de IST⁽²⁴⁾.

Por meio dos testes rápidos, foi possível determinar uma prevalência geral de 12,8% (IC 95%: 8,8-16,4) para as IST investigadas em comunidades ribeirinhas. Em relação ao HIV, a prevalência foi de 0,8% (IC 95%: 0-1,2). A prevalência identificada foi semelhante a da

população geral e em outras populações vulneráveis do Brasil e do mundo, conforme dados da World Health Organization⁽²⁵⁾. A prevalência do HIV no mundo em 2018 foi de 0,8% (IC 95%: 0,6-0,9) e no Brasil, de 0,5% (IC 95%: 0,4-0,7). Quanto a outras populações vulneráveis, no Brasil, uma pesquisa realizada com indígenas e cortadores de cana mostrou uma prevalência de 0,13% e 0,3%, respectivamente^(1,26).

A prevalência do HBV (0,8%; IC 95%: 0-1,2) apresentou uma baixa estimativa nos ribeirinhos investigados. O Brasil é um país classificado com baixa endemicidade para a hepatite B, variando em diferentes regiões⁽²⁷⁾. Pesquisas realizadas com ribeirinhos da Amazônia brasileira mostraram uma prevalência de 3,6% em Belém e 0,2% em uma comunidade do Pará^(27,28).

A prevalência de sífilis (11,6%; IC 95%: 7,5-15,6) encontrada nesses indivíduos foi superior a estimada na população geral do Brasil e do mundo. A prevalência global estimada de sífilis, segundo a WHO⁽²⁹⁾, em homens e mulheres, é de 0,5% (IC 95%: 0,4-0,6). Pesquisa realizada com mulheres indígenas do Paraguai mostrou uma prevalência de 6,8%⁽⁸⁾. No Brasil, um estudo realizado com 37.282 jovens recrutas do sexo masculino de diferentes regiões do país mostrou uma prevalência de 0,62%⁽³⁰⁾. Diferentemente da população geral, a prevalência encontrada é inferior quando comparada com estimativas nas populações-chave, como homens que fazem com homens, os quais possuem uma prevalência estimada para sífilis de 14%⁽⁷⁾.

As variáveis de comportamentos de risco associadas com a ocorrência de IST no estudo e que apresentaram significância estatística foram: uso de álcool, relações sexuais antes dos 15 anos de idade, o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, se recebeu dinheiro ou pagou em troca de sexo, histórico de prisão e histórico de IST.

Estudos realizados com pessoas privadas de liberdade, mulheres de apenados e em comunidades pesqueiras mostraram o uso de bebida alcoólica como fator de risco para o aumento da aquisição de IST, especialmente o HIV⁽³¹⁻³³⁾. Acredita-se que o uso de álcool, mesmo não sendo considerado uma causa direta, influencia no comportamento sexual do indivíduo. Justifica-se que o seu consumo em excesso leva a alteração da atividade cerebral, diminuindo a percepção de risco e a dificuldade na tomada de decisões, ocasionando o aumento das práticas sexuais sem o uso do preservativo e o envolvimento com múltiplos parceiros sexuais^(34,35).

De acordo com os resultados, indivíduos que iniciaram a atividade sexual antes dos 15 anos de idade têm mais chances de contrair alguma IST. A iniciação precoce da vida sexual associada com a prevalência de IST é caracterizada como um comportamento de risco

justificado pelo aumento das parcerias sexuais durante a vida, pela dificuldade de negociação do uso do preservativo no início da vida sexual, além da expectativa de aumentar os encontros sexuais espontâneos ou não planejados. Com isso, essa variedade de fatores favorece a uma maior exposição para a aquisição de IST^(30,36,37).

A troca de sexo por dinheiro mostrou associação estatisticamente significativa com o desfecho estudado. O contexto relacionado a troca de sexo por dinheiro varia de acordo com os aspectos culturais de diferentes populações e regiões⁽⁸⁾. Um estudo realizado no estado de Goiás com usuários de drogas, mostrou que é uma população que apresenta uma alta taxa de prevalência para esse comportamento. Justificado pela finalidade para garantir a compra de drogas, um comportamento sexual de risco que foi associado com a prevalência de IST. Na maioria das vezes, essa submissão a prática de comércio sexual acontece sem uso do preservativo, aumentando o potencial de risco de adquirir IST⁽³⁸⁾.

Em estudo com população indígena no Paraguai, identificou-se associação estatisticamente significativa entre a positividade para os testes rápidos e sexo por dinheiro, porém a troca de sexo por dinheiro relacionou-se ao trabalho sexual como fonte primária de renda ou para a aquisição de alimentos⁽⁸⁾.

Um dos comportamentos analisados visto como fator protetivo para as IST foi o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses. O resultado mostrou que possuir um único parceiro sexual diminui as chances de ocorrência das infecções. Sabe-se que a multiplicidade de parceiros é um comportamento de risco amplamente conhecido pelo risco para a saúde sexual e reprodutiva⁽³⁹⁾. Alguns estudos realizados com diferentes populações mostram que a relação sexual com múltiplos parceiros aumenta a exposição e as chances de infecção^(32,39,40,41).

No presente estudo, ribeirinhos que possuem história prévia de IST apresentaram aproximadamente cinco vezes mais chances de desenvolver outra infecção sexualmente transmissível. Isso pode ser atribuído a diagnóstico tardio, tratamento inadequado, multiplicidade de parceiros e parceiros sexuais que não são tratados, reinfeção e uma possível resistência aos medicamentos^(39,42). É importante destacar que a presença de IST's aumentam em 18 vezes o risco de uma pessoa ser infectada pelo HIV, infecção para o qual não existe cura⁽⁴³⁾.

Dados semelhantes de prevalência associada ao histórico de IST foram encontrados em estudos com estudantes universitários, em mulheres da zona rural, em pessoas em situação da rua da cidade de São Paulo e em populações-chave (HSH, bissexuais) na Croácia^(5,9,39,44).

A presença de histórico de prisão nessa população aumenta em aproximadamente quatro vezes as chances da ocorrência de IST. Estudos apontam que as penitenciárias proporcionam um espaço epidemiológico favorável ao aumento das taxas de IST devido a população carcerária apresentar comportamentos de alto risco como as relações sexuais sem uso do preservativo, a violência dentre elas a sexual, além do compartilhamento de objetos perfurocortantes, principalmente para uso de drogas injetáveis^(32,45,46).

É importante citar como limitações desta pesquisa que o desenho do estudo não nos permite realizar inferências causais, permite apenas explorar associações e levantar hipóteses a serem melhores trabalhadas em estudos futuros. Bem como, não podemos inferir que os dados encontrados nas comunidades ribeirinhas do município em estudo representem as populações ribeirinhas existentes no país, pois ribeirinhos de outros estados apresentam contextos ambientais, culturais e sociais diferentes. A entrevista foi uma escolha necessária, porém essa técnica pode ter introduzido um viés de informação ao estudo, um possível constrangimento causado aos entrevistados diante de perguntas de cunho sexual. Quanto aos testes rápidos existe a possibilidade de falso negativo e falso positivo.

CONCLUSÃO

A pesquisa fornece evidência das prevalências da sífilis, do HIV e da hepatite B nas comunidades ribeirinhas. Foi possível observar a alta prevalência de sífilis nessa população em comparação com outras populações. Além disso, as variáveis de comportamento de risco associadas com a ocorrência dessas IST mostram o aumento das chances desses indivíduos contraírem alguma infecção, principalmente a sífilis, devido ao engajamento em práticas arriscadas.

Os resultados demonstram a necessidade de investir na prevenção e promoção da saúde com vista à realização de educação em saúde sexual sobre a prevenção das IST's as quais os ribeirinhos estão expostos e também para que se possa garantir a mudança de comportamentos. Além de ampliar estratégia de rastreamento de casos de sífilis nesta população para diagnóstico precoce, melhor adesão ao tratamento e uma possível redução da transmissibilidade.

REFERÊNCIAS

1. Rocha DFNC, Rosa LRC, Silva CA, Oliveira BR, Martins TLS, Martins RMB, et al. Epidemiology of HIV, syphilis, and hepatitis B and C among manual cane cutters in low-

income regions of Brazil. BMC Infect Dis. [Internet]. 2018 [cited 2019 dec 20]; 18: 546. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30390628>.

2. Newman L, Rowley J, Vander Hooft S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. PLoS One. [Internet]. 2015 [cited 2020 jan 6]; 10(12). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26646541>

3. World Health Organization. Prevalence of HIV among adults aged 15 to 49 estimates by WHO region. [Internet]. 2019 [cited 2020 jan 7]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.22500WHOREG?lang=en>

4. World Health Organization. Global Hepatitis Report. [Internet]. 2017. [cited 2019 dec 21]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>

5. Vilibic-Cavlek T, Kolaric B, Pavlic J, Kosanovic-Licina ML, Nemeth-Blazic T. Seroprevalence and risk factors for HIV, hepatitis B, and syphilis in populations with high-risk behaviors in Croatia. Acta Dermatovenerol Croat. [Internet]. 2018 [cited 2020 jan 6]; 26(4): 314-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30665481>

6. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/aids e das Hepatites Virais. Prevenção combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. [Internet]. Brasília; 2017 [acesso em 2020 jan 6]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-e-gestores>

7. Ministério da Saúde (BR). Departamento de IST, do HIV/aids e hepatites virais. Agenda estratégica de população-chave. [Internet]. Brasília; 2018. [acesso em 2020 jan 4]. Disponível em: https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/conselho-nacional-de-combate-a-discriminacao-lgbt/reunioes-1/Apresentao_AgendaPOPCHAVE_CNCD.pdf

8. Aguilar G, Estigarribia G, Ortiz A, Miranda AE, McFarland W, Kawabata A, et al. Prevalence of syphilis and related risk behaviors among women in 5 distinct indigenous populations in Paraguay. Sex Transm Dis. [Internet]. 2019 [cited 2020 jan 6]; 46(4): 246-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30461594>

9. Pinto VM, Tancredi MV, Alencar HDR, Camolesi E, Holcman MM, Grecco JP, et al. Prevalência de sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de teste rápido. Rev Bras Epidemiol. [Internet]. 2014 [acesso em 2020 jan 6]; 17(2): 341-54. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n2/pt_1415-790X-rbepid-17-02-00341.pdf

10. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2018 [acesso em 2020 jan 6]; 34(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00002817.pdf>.

11. Nunes HM, Soares MCP, Sarmiento VP, Malheiros AP, Borges AM, Silva IS, et al. Soroprevalência da infecção pelos vírus das hepatites A, B, C, D e E em município da região

oeste do Estado do Pará, Brasil. Rev. Pan-Amaz Saúde. [Internet]. 2016 [acesso em 2019 nov 26]; 7(1): 55-62. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v7n1/v7n1a07.pdf>

12. Ando NM, Amaral Filho RCG. Populações ribeirinha. In: Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de família e comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 468-58.

13. Coulibaly IGS, Moraes JC, Marsiglia RMG, Montanari PM. Doenças Sexualmente Transmissíveis e a vulnerabilidade da população do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. Saúde Soc. [Internet]. 2017 [acesso em 2020 jan 6]; 26(1): 51-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00051.pdf>

14. Silva FCCM, Gonçalves JWS, Santorum JA, Souto KMB, Souza MSS, Pessoa VM. Promoção da equidade no SUS. Saúde integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas. Universidade Aberta do Nordeste [Internet]. 2014. [acesso em 2019 set 27]. Disponível em: <http://www.saudecampofloresta.unb.br/wp-content/uploads/2014/08/SUS-FASCICULO09.pdf>

15. Amorim TF, Teles SA, Moraes LC, Matos MA, Carneiro MADS, Nogueira DJ, et al. Symptomatic Sexually Transmitted Infections in Brazil's emerging rural populations. J Assoc Nurses AIDS Care. [Internet]. 2018 [cited 2019 sep 30] 29(6):942-948. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1055329018301195>

16. Ministério da Saúde (BR). TELELAB. Testes rápidos. [Internet] Brasília; 2016. [acesso em 2020 jan 5]. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22168/mod_resource/content/2/HIV%20-%20Manual%20Aula%206%20%281%29.pdf

17. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 17 dez. 2013.

18. Ministério da Saúde (BR). Departamento de IST, do HIV/aids e hepatites virais. HIV: Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil. [Internet] Brasília; 2010. [acesso em 2020 jan 6]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HIV_estrategias_testes_rapidos_brasil.pdf

19. World Health Organization. ARCR - Alcohol research: current reviews editorial staff. Drinking patterns and their definitions. Alcohol Res. [Internet]. 2018 [cited 2020 fev 9]; 39(1): 17-8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6104961/pdf/arcr-39-1-e1_a02.pdf

20. Ministério da Saúde (BR) Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília; 2012.

21. Lima MAL, Doria CRC, Freitas CEC. Pescarias artesanais em comunidades ribeirinhas na Amazônia Brasileira: perfil socioeconômico, conflitos e cenário da Atividade. Ambient soc. [Internet]. 2012 [acesso em 2020 jan 7]; 15(2): 73-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v15n2/05.pdf>

22. Furtado FMSF, Santos JAG, Stedile L, Araújo E, Saldanha AAW, Silva J. 30 anos depois: representações sociais acerca da aids e práticas sexuais de residentes em cidades rurais. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2016 [acesso em 2020 jan 7]; 50 (n esp.): 74-80. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0074.pdf
23. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. [Internet]. 2015 [acesso em 2019 dez 22]; 24(4): 681-94. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=iso
24. Alimohammadi N, Baghersad Z, Borowmandfar Z. Vulnerable women's self-care needs in knowledge, attitude and practice concerning sexually transmitted diseases. *IJCBNM*. [Internet]. 2016 [cited 2020 jan 6]; 4(3): 219-28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27382588>
25. World Health Organization. HIV/aids. [Internet]. 2019 [cited 2020 jan 6]. Available from: https://www.who.int/health-topics/hiv-aids/#tab=tab_1
26. Benzaken AS, Sabidó M, Brito I, Bermúdez XPD, Benzaken NS, Galbán E, et al. HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon. *Int J Equity Health*. [Internet]. 2017 [cited 2020 jan 7]; 16(1): 92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5460420/>
27. Nunes HM, Sarmiento VP, Malheiros AP, Paixão JF, Costa OSG, Soares MCP. As hepatites virais: aspectos epidemiológicos, clínicos e de prevenção em municípios da Microrregião de Parauapebas, sudeste do estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde*. [Internet]. 2017 [acesso em 2020 jan 7]; 8(2): 31-7. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v8n2/2176-6223-rpas-8-02-00029.pdf>
28. Villar LM, Milagres FAP, Lampe E, Cruz HM, Scalioni LP, Magalhães MAFM, et al. Determination of hepatitis B, C and D prevalence among urban and Amerindian populations from the Eastern Brazilian Amazon: a cross sectional study. *BMC Infect Dis*. [Internet]. 2018 [cited 2020 jan 7]; 18(1): 411. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30126364>
29. World Health Organization. Global Health Observatory data repository. [Internet]. 2019. [cited 2020 jan 7]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1357STI?lang=en>
30. Motta LR, Sperhackle RD, Adami AG, Kato SK, Vanni AC, Paganella MP, et al. Syphilis prevalence and risk factors among young men presenting to the Brazilian Army in 2016 Results from a national survey. *Medicine*. [Internet]. 2018 [cited 2020 jan 7]; 97(47). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30461642>
31. Martins DC, Pesce GB, Silva GM, Fernandes CAM. Comportamento sexual e infecções sexualmente transmissíveis em mulheres de apenados. *Rev Latino-Am Enfermagem*. [Internet]. 2018 [acesso em 2020 jan 8]; 26. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3043.pdf

32. Silva PAS, Gomes LA, Gaudêncio CA, Lima KPN, Medeiros LB, Nogueira JA. Sífilis em mulheres egressas do sistema prisional: prevalência e fatores associados. *Rev Rene*. [Internet]. 2018 [acesso em 2020 jan 8]; 19. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/32669/pdf>
33. Tumwesigye NM, Atuyambe L, Wanyenze RK, Kibira SPS, Li Q, Mangen FW, et al. Alcohol consumption and risky sexual behavior in the fishing communities: evidence from two fish landing sites on Lake Victoria in Uganda. *BMC Public Health*. [Internet]. 2012 [cited 2020 jan 8];12. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-1069>
34. Woolf-King SE, Maisto SA. Alcohol use and high-risk sexual behavior in sub-Saharan Africa: a narrative review. *Arch Sex Behav*. [Internet]. 2011 [cited 2020 jan 8]; 40(1): 17-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19705274>
35. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. [Internet]. 2018 [cited 2020 jan 7]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
36. Silva ASN, Silva BLCN, Silva Júnior AF, Silva MCF, Guerreiro JF, Sousa ASCA. Início da vida sexual em adolescentes escolares: um estudo transversal sobre comportamento sexual de risco em Abaetetuba, Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde*. [Internet]. 2015 [acesso em 2020 jan 8]; 6(3): 27-34, 2015. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v6n3/v6n3a04.pdf>
37. Ribeiro D, Rezende EF, Pinto VM, Pereira GF, Miranda AE. Prevalence of and risk factors for syphilis in Brazilian armed forces conscripts. *Sex Transm Infect*. [Internet]. 2012 [cited 2020 jan 9]; 88(1):32-4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22037855>
38. Guimarães RA, Monteiro LH, Teles SA, Fernandes IL, Rodovalho AG, Silva GC, et al. Risk behaviors for sexually transmitted infections in noninjecting drug users: A cross-sectional study. *Int J STD AIDS*. [Internet]. 2018 [cited 2020 jan 9]; 29(7): 658-64. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29393006>
39. Kassie BA, Yenus H, Berhe R, Kassahun EA. Prevalence of sexually transmitted infections and associated factors among the University of Gondar students, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *Reproductive Health*. [Internet]. 2019 [cited 2020 jan 9]; 16(163). Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0815-5>
40. Achterbergh RCA, Drückler S, Rooijen MSV, Aar FV, Slurink IAL, Vries HJC, et al. Sex, drugs, and sexually transmitted infections: A latent class analysis among men who have sex with men in Amsterdam and surrounding urban regions, the Netherlands. *Drug Alcohol Depend*. [Internet]. 2020 [cited 2020 jan 9]; 206. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871619302856>
41. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romanguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2017

[acesso em 2020 jan 9]; 51. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051007066.pdf

42. Fisseha G, Admassu E. Young women sexual behaviour and self-reported Sexually Transmitted Diseases in Northern Ethiopia: a cross sectional study. EPMA J. [Internet]. 2015 [cited 2020 jan 9]; 3(3): 55-62. Available from: DOI: 10.11648/j.ejpm.20150303.14

43. UNAIDS. Estatísticas globais sobre HIV 2019. [Internet]. 2019. [acesso em 2020 fev 8]. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>

44. Ng'Wamkai G, Msigwa KV, Chengula D, Mgaya F, Chuma C, Msemwa B, et al. *Treponema pallidum* infection predicts sexually transmitted viral infections (hepatitis B virus, herpes simplex virus-2, and human immunodeficiency virus) among pregnant women from rural areas of Mwanza region, Tanzania. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2019 [cited 2020 jan 9]; 19(1): 392. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31664945>

45. Bórquez C, Lobato I, Hurtado R, Llanqui V, Vivanco M, Reyes T, et al. Prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana, virus de la hepatitis B y *Treponema pallidum* en reclusos del Centro de Detención Preventiva de Arica, Chile. Rev Chilena Infectol. [Internet]. 2017 [cited 2020 jan 9]; 34(5): 453-7. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v34n5/0716-1018-rci-34-05-0453.pdf>

46. Araújo TME, Araújo Filho ACA, Feitosa KVA. Syphilis prevalence among women in the prison system of a northeastern Brazilian capital. Rev Eletr Enf. [Internet]. 2015 [cited 2020 jan 9]; 17(4). Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n4/pdf/v17n4a13-en.pdf>

5.2 Artigo original 2

O uso do álcool em populações ribeirinhas e as Infecções Sexualmente Transmissíveis: um estudo sobre prevalência e associação

INTRODUÇÃO

O uso do álcool em excesso é um importante comportamento de risco para aquisição das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Estudos mostram que o excesso de ingestão de bebidas alcoólicas em eventos sociais está associado, dentre outros fatores, a comportamento sexual de risco⁽¹⁾. Esta associação, álcool e IST, representa um sério problema de saúde pública tanto pelos danos causados a saúde do indivíduo quanto pelos danos causados a sociedade. O álcool é consumido em todo o mundo sob diferentes contextos culturais⁽²⁾. No Brasil, o consumo *per capita* e a prevalência do consumo excessivo do álcool é maior do que a média das Américas⁽³⁾.

Por conseguinte, é fundamental reconhecer a variabilidade dos modos de beber em diferentes contextos socioeconômicos, porém a maneira de abordar o construto tem um impacto direto na avaliação. Neste contexto, destaca-se como um dos instrumentos mais usados para medir o padrão de consumo do álcool, o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), um questionário elaborado pela Organização Mundial de Saúde que foi traduzido e validado para o Brasil⁽⁴⁾. É um teste amplo, classificado em quatro níveis de risco, utilizado quando o potencial de risco envolvido no uso de substâncias não está identificado.

A avaliação do padrão de consumo de álcool tem se tornado crescente, todavia é pouco estudada em segmentos populacionais específicos, apesar de sua relevância nos diferentes cenários da prevenção e promoção da saúde. Sobretudo, populações vulneráveis são mais susceptíveis ao maior padrão de consumo do álcool⁽⁵⁾. As características sociodemográficas e econômicas desfavoráveis aumentam o início precoce de consumo de álcool, além da probabilidade de experimentação de outras substâncias psicoativas, como as drogas ilícitas^(6,7). Ademais, o consumo de álcool e a prevalência de IST possuem associação positiva⁽⁸⁾, principalmente por diminuir a percepção de risco e reduzir sua memória.

Enquanto população vulnerável, os ribeirinhos que possuem modo de vida urbano, são caracterizados por apresentarem suas moradias á beira de rios, em um espaço de aglomerados subnormais, dispostos em baixas condições de moradia e saneamento⁽⁹⁾. São populações que vivem em áreas de difícil acesso e estão expostos a diferentes contextos de vulnerabilidade:

social (baixa escolaridade), econômica (baixa renda) e geográfica (viverem as margens dos rios). Portanto, esta pesquisa teve como objetivo avaliar o padrão do consumo de álcool entre os indivíduos ribeirinhos e sua associação com a sífilis, HIV e hepatite B.

MÉTODO

Estudo observacional, de corte transversal, realizado no período de junho a outubro de 2019, em cinco comunidades ribeirinhas de uma capital do Nordeste do Brasil. São comunidades que apresentam suas residências localizadas à beira dos principais rios que cortam a cidade, dispostas em um espaço de agrupamentos. A população-alvo constituiu-se por moradores das comunidades com idade igual ou superior a 18 anos e foram excluídos aqueles que possuíam mais de uma residência, onde pelo menos uma delas, não estava localizada na comunidade ribeirinha investigada. Para o cálculo amostral foi considerado uma população de 11.498 indivíduos, com intervalo de confiança de 95%, uma margem desejável de erro de 5,4% e uma frequência estimada de 26,15%^(10,11). Com isso a amostra mínima necessária para compor o estudo foram 250 indivíduos.

Todos os ribeirinhos elegíveis foram convidados a participar da pesquisa e informados sobre a importância do estudo, objetivos, riscos e benefícios da participação, assim como a liberdade de sair do mesmo a qualquer momento. Para indivíduos que desejaram participar, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e assinatura. Mediante aceite do participante, foi realizada a entrevista privativa e individual. Para tanto, utilizou-se um roteiro estruturado contendo questões sobre os dados sociodemográficos, além do Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT). Os dados foram coletados em um local de apoio estruturado dentro da própria comunidade ou na Unidade de Saúde da Família (USF), quando a comunidade não possuía um local de apoio.

O AUDIT é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), utilizado para medir o padrão do uso de álcool nos últimos 12 meses por um indivíduo, ou seja, se é um uso experimental, esporádico, frequente, pesado ou abusivo, até o grau de dependência. No Brasil, aconteceram duas iniciativas de validação, uma na Bahia⁽¹²⁾ e outra no Rio Grande do Sul⁽⁴⁾. Seu processo de validação foi preconizado por Babor et al⁽¹³⁾. O questionário é composto por 10 questões, com margem de 0 a 4, podendo atingir uma pontuação final de 0 a 40 pontos. A análise do teste é de acordo com os níveis de uso do álcool, tipos de intervenção e scores, com a seguinte classificação: Zona I (baixo risco, menos de 2 doses) – 0 a 7 pontos, indicando prevenção primária; Zona II (uso de risco, acima de 2 doses) – 8 a 15 pontos, indicando orientação básica; Zona III (uso nocivo, acima dos padrões

associados a problemas de consumo) – 16 a 19 pontos, requerendo intervenção breve e monitoramento; e Zona IV (grandes chances de dependência) – 20 a 40 pontos, evidenciando necessidade de encaminhamento para serviço especializado.

Os ribeirinhos que obtiveram pontuação de 0 a 7 no AUDIT foram considerados consumidores de baixo risco, e aqueles que obtiveram resultados acima de 8 foram classificados como de consumo de risco, nocivo e de provável dependência⁽¹³⁾.

Finalizada a entrevista, os participantes eram encaminhados para realização dos testes rápidos (TR) de triagem para a hepatite B [HBsAg (BioclinQuibasa Química Básica, Brasil)], hepatite C [anti-HCV (Alere, Standard Diagnostics Inc, República da Coreia)], sífilis [anti-T. Pallidum (BioclinQuibasa Química Básica, Brasil)] e HIV [anti-HIV-1 e 2 (triagem - ABON HIV Tri-Line, AbonBiopharm (Hangzhou), China; HIV confirmatório – Biomanguinhos, Fiocruz, Brasil)], seguindo as instruções dos fabricantes e as diretrizes apontadas no protocolo do Ministério da Saúde. Foram utilizados testes rápidos disponibilizados pelo Ministério da Saúde do Brasil, a partir de parceria com a Secretaria Estadual de Saúde. Foram realizados os aconselhamentos pré-teste e pós-teste, de forma individualizada, independente de um resultado positivo ou negativo para as infecções investigadas. Os participantes, cujos resultados mostraram positividade para algumas das IST, foram orientados e encaminhados para o serviço de referência do município para a possível confirmação diagnóstica e caso necessário, a realização do tratamento gratuito e individual. Todas as etapas do estudo foram realizadas por uma equipe de entrevistadores e de testagem rápida, a qual foi previamente treinada e capacitada.

Para a análise dos dados das entrevistas e análise da prevalência por positividade dos testes rápidos, adotou-se o programa estatístico SPSS versão 20 e o *Bioestat*. A análise descritiva foi realizada por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas. Considerou-se o desfecho prevalência para IST com a positividade em algum dos testes rápidos realizados. As prevalências foram calculadas com intervalo de confiança de 95% (IC95%). O teste de Qui-quadrado foi utilizado para testar diferenças entre proporções. Para investigar a associação entre as variáveis utilizou-se a análise bivariada do modelo de regressão logística, gerando as razões de chances ou *odds ratio* (OR) com IC 95%, considerando um valor de $p < 0,05$.

Conforme os preceitos éticos que norteiam as pesquisas envolvendo seres humanos, estabelecidos na Resolução nº466/2012⁽¹⁴⁾, do Conselho Nacional de Saúde, todas as etapas da pesquisa foram respeitadas. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com CAAE: 13419819.3.0000.5188 e parecer nº 3.340.273.

RESULTADOS

Participaram do estudo 250 ribeirinhos. Dentre os participantes observou-se predomínio de ribeirinhos do sexo feminino 170 (68,0%), na faixa etária entre 18-39 anos 108 (43,2%), casados ou em união consensual 160 (64,0%), que cursaram até oito anos de estudo 155 (62,0%) e que possuem uma faixa de renda familiar entre 1 e 1,5 salários mínimos 128(51,2%).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos moradores das comunidades ribeirinhas de uma capital do Nordeste do Brasil, 2019.

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	80	32,0
Feminino	170	68,0
Faixa etária (anos)		
18 a 39	108	43,2
40 a 59	98	39,2
60 e mais	44	17,6
Anos de estudo		
Até 4 anos	76	30,4
5 a 8 anos	79	31,6
9 a 11 anos	43	17,2
12 anos ou mais	39	15,6
Analfabeto (a)	13	5,2
Estado civil		
Casado/união consensual	160	64,0
Solteiro (a)	63	25,2
Separado (a)	13	5,2
Viúvo (a)	14	5,6
Faixa de renda (SM)*		
≤ 1,0	80	32,0
> 1,0 a 1,5	128	51,2
> 1,5 a 2,0	21	8,4
> 2,0	21	8,4
Comunidades ribeirinhas		
Tito Silva	25	10,0
Porto do Capim	12	4,8
São Rafael	39	15,6
São José	154	61,6
Comunidade do S	20	8,0

Total	250	100,0
--------------	------------	--------------

Fonte: pesquisa, 2019. *Salário mínimo vigente R\$998,00

A prevalência do uso de álcool dentre o total de moradores entrevistados (250) foi de 45,2% com IC-95% de 39,0-51,4%. Com relação a todos os indivíduos, aqueles que oferecem grande risco para uso excessivo de álcool, segundo o AUDIT (zonas II a IV), a prevalência foi de 30,4% (IC-95%: 24,7-36,1) conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2. Classificação do uso de álcool, segundo o AUDIT, pelos moradores das comunidades ribeirinhas de uma capital do Nordeste do Brasil, 2019.

AUDIT	n	%
Zona I (baixo risco)	174	69,6
Zona II (uso de risco)	49	19,6
Zona III (uso nocivo)	15	6,0
Zona IV (grandes chances de dependência)	12	4,8
Total	250	100,0

Fonte: pesquisa, 2019.

Em relação à prevalência para as Infecções Sexualmente Transmissíveis investigadas por meio da positividade dos testes rápidos, foram detectados 29 casos para sífilis (teste treponêmico) que resultou em uma prevalência de 11,6% (IC95%: 7,5-15,6); o anti-HIV tipo 1 em dois indivíduos apresentando uma prevalência de 0,8% (IC95%: 0-1,2); infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) em um indivíduo (0,8% - IC95%: 0-1,2) e nenhum teste mostrou-se reagente para o vírus da hepatite C.

Quanto ao padrão de uso excessivo de álcool (Zona II, III e IV) e sua relação com a positividade para os testes rápidos de sífilis, hepatite B e HIV, observou-se que o uso de risco, uso nocivo e provável dependência (AUDIT ≥ 8) aumenta significativamente o risco de prevalência dessas infecções (ARR= 11,86% OR=2,63; IC95% 1,24-5,60), conforme tabela 3.

Tabela 3. Associação entre a classificação do Teste para Identificação de Problemas Relacionado ao uso de Álcool (AUDIT) e à positividade dos testes rápidos na população ribeirinha. Brasil, 2019.

Variáveis	Positividade dos testes rápidos		p-valor	OddsRatio	IC 95%
	Presente	Ausente			
AUDIT					
AUDIT ≥ 8	16	60	0,02*	2,63	1,24-5,60
AUDIT < 8	16	158			

Fonte: Pesquisa, 2019. * Associação significativa com $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

As populações ribeirinhas são povos que vivem nas beiras dos rios, geralmente, de classe social baixa, que sofrem com as poluições dos rios, com os assoreamentos e a erosão. As comunidades ribeirinhas que seguem características urbanas possuem aspectos distintos das comunidades tradicionais, são caracterizadas por um espaço de aglomerados subnormais, dispostos em condições mínimas de moradia e de infraestrutura urbana⁽⁹⁾.

Somam-se a essas questões a exposição aos impactos que esses indivíduos estarão expostos, como as inundações frequentes e as doenças que podem ser oriundas da poluição dos rios que se reflete diretamente na saúde individual e coletiva⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Poucos são os estudos envolvendo essa população no contexto da prevalência das Infecções Sexualmente Transmissíveis e a associação com o padrão de consumo de álcool, esta é a primeira investigação em população ribeirinha com características urbanas.

Diante da escassez de pesquisas envolvendo a população do estudo e as questões referentes à prevalência das IST e o padrão de consumo de álcool, os dados deste estudo foram contrapostos aos de outras pesquisas envolvendo populações do campo, da floresta e das águas⁽¹⁸⁾. Contrário a outros estudos envolvendo população ribeirinha^(15,19) e o padrão de consumo do álcool, nesta pesquisa predominou mulheres, adultas, sexualmente ativas, com até oito anos de estudo que, em sua maioria, consumiram álcool em baixo risco (classificação AUDIT) nos últimos 12 meses.

O estudo mostrou uma prevalência alta de consumo de álcool na população ribeirinha, 30,4% (IC-95% de 24,7-36,1%) referente as Zonas II a IV do AUDIT, quando comparada a outras populações vulneráveis⁽²⁰⁾. Contrário aos resultados da presente pesquisa, um estudo⁽²¹⁾ desenvolvido em uma grande colônia de pescadores na Índia com 304 pescadores, mostrou uma prevalência de consumo de álcool de 79% (IC95%: 74,0-84,0). Na região norte da Tailândia, estudo⁽²²⁾ sobre fatores associados ao uso do álcool com 737 indivíduos apresentou uma prevalência de uso de álcool de 45% (IC95%: 39,0-50,0).

No Brasil, um inquérito realizado com 2.469 agricultores da cidade de Pelotas apresentou uma prevalência do consumo de risco e beber pesado de 4,7% e 1,09% em mulheres e 30,8% e 4,8% em homens, respectivamente⁽²³⁾. Na mesma região, estudo⁽²⁴⁾ realizado com 1.519 indivíduos da zona rural apresentou uma prevalência de transtornos relacionados ao uso de álcool de 8,4% (IC95%: 7,0–9,8).

Ressaltamos que, ao compararmos as diferentes prevalências encontradas em alguns estudos, é importante levar em conta os métodos de mensuração utilizados, como o

questionário e o ponto de corte. No Brasil, os estudos com população adscrita na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas⁽¹⁸⁾, pertencentes à região sul, apresentaram prevalências baixas em comparação as encontradas neste estudo, porém similares entre si, utilizando o AUDIT e o mesmo ponto de corte. Pode-se inferir que a região possui influência no comportamento do consumo do álcool, diante da diversidade cultural e social de nosso país^(24,25).

Na Inglaterra, estudo⁽²⁶⁾ realizado com adultos e utilizando o AUDIT, identificou que o preditor mais forte de consumo excessivo do álcool foi a escolaridade baixa. Aqueles cuja a maior qualificação era de nível médio bebiam substancialmente mais em um dia típico ($\beta = 0,28$, IC95%: 0,25-0,31) e tiveram um consumo unitário semanal mais alto ($\beta = 3,55$, IC 95%: 3,04-4,05) do que aqueles com qualificação universitária.

Sobre o mesmo estudo, evidenciou-se a provável associação entre nível de escolaridade e abuso e dependência do álcool em algum momento futuro da vida. Pode-se explicar esta possível associação quando se subentende que, melhor escolaridade aumenta a capacidade de sintetizar informações sobre o álcool e seu efeito na saúde do indivíduo. Consequentemente, esses preferem hábitos mais saudáveis. Ademais, indivíduos com maior escolaridade podem ter acesso a recursos materiais e isso pode minimizar os efeitos adversos do consumo de bebida alcoólica⁽²⁷⁾.

Além da provável associação da escolaridade com o abuso de uso do álcool, essa variável socioeconômica permanece como possível barreira na adoção de práticas seguras para a prevenção das IST, condizente com uma pesquisa⁽²⁸⁾ realizada nas cidades de São Paulo e Recife, onde os menos instruídos possuíam informações incorretas sobre formas de prevenção e contágio, refletidas por maior prevalência de IST nesse grupo.

Ressalta-se que a população deste estudo possui características socioeconômicas baixas, fato que reforça os achados nas pesquisas descritas acima, o que faculta a esta variável socioeconômica uma importância epidemiológica. No entanto, neste estudo não foi identificado associação destas características com o padrão de consumo do álcool.

Quanto ao padrão de consumo de álcool e sua associação com a prevalência das Infecções Sexualmente Transmissíveis investigadas nos ribeirinhos, identificou-se um aumento no risco de prevalência das IST de 11,86% nos indivíduos com padrão de consumo de risco, nocivo ou de provável dependência. O excesso de uso do álcool tem sido frequentemente implicado como fator contribuinte para relações sexuais desprotegidas^(29,30). Estudos internacionais reforçam a relação entre o sexo sem preservativo a qualquer consumo de álcool, consumo problemático e uso de álcool em contextos sexuais^(31,32).

Em Uganda, observou-se que a prevalência de HIV e sífilis em pescadores foi alta, com predomínio em mulheres, onde uma alta proporção da comunidade relatou o uso de álcool e drogas como comportamento sexual de risco⁽³³⁾. Na África, uma pesquisa realizada com 2.473 indivíduos vulneráveis sobre o uso de álcool e comportamento de risco para HIV, entre os homens, as associações entre consumo excessivo de álcool e comportamento sexual foram especialmente pronunciadas. Em relação às mulheres, as chances dos comportamentos sexuais de risco para quem bebe eram 3,2 a 5,9 vezes mais altas do que aquelas que não bebem⁽³⁴⁾.

O uso de bebidas alcoólicas em excesso associa-se ao aumento do número de parceiros sexuais e ao não uso do preservativo, estes diretamente relacionados às IST. Ademais, o uso de drogas lícitas aumenta o risco de ter múltiplos parceiros de ambos os sexos⁽³⁵⁾. De acordo com os achados de nossa pesquisa, outro estudo mostra que o consumo de álcool é um preditor de sífilis quando comparado ao HIV e Hepatite B. Além disso, indivíduos que bebem têm maior probabilidade de ter múltiplos parceiros sexuais e menor probabilidade de usar preservativos de forma consistente⁽³⁶⁾.

Quanto à classificação do AUDIT, observa-se um alto número de ribeirinhos classificados na Zona I, ou seja, são pessoas que fazem uso de baixo risco de álcool (menos de duas doses-padrão por dia ou não ultrapassam cinco doses-padrão em uma única ocasião) ou são abstinências⁽³⁷⁾. Para esta zona de risco, a educação em saúde se faz adequada por diversas razões: a conscientização da população sobre os riscos do uso de álcool, a manutenção do padrão baixo de consumo, além de servir como medida preventiva⁽⁷⁾. Em relação as demais zonas referentes ao uso excessivo de álcool, II, III e IV, as intervenções adequadas se baseiam em: orientação básica sobre o uso de baixo risco, o monitoramento desses indivíduos e a avaliação cuidadosa de uma provável dependência para que o indivíduo possa ser encaminhado para um serviço especializado, respectivamente⁽³⁷⁾.

Algumas limitações metodológicas do estudo devem ser apontadas. O estudo do tipo transversal não permite estabelecer relação entre a exposição e o evento, o que demanda cautela na interpretação dos dados. Outra limitação refere-se a um possível viés de memória e de subestimação na referência do consumo de álcool, principalmente quanto a ingestão de doses elevadas, uma vez que existe restrição social e moral quanto a esse comportamento. Para diminuir o viés, as entrevistas foram realizadas individualmente e privativamente.

CONCLUSÃO

Diante da escassez de estudos nacionais referentes à questão do uso do álcool em populações ribeirinhas urbanas e sua associação com a prevalência de IST. Esta pesquisa traz resultados preliminares envolvendo a temática na população de estudo. Os ribeirinhos apresentaram um padrão do consumo de álcool, sendo o de maior significância o de baixo risco, seguido de consumo de risco, risco nocivo e de provável dependência.

Observou-se uma alta prevalência de consumo excessivo de álcool entre os ribeirinhos e o aumento das chances de aquisição de sífilis, HIV e de hepatite B para os indivíduos classificados na zona de risco, nocivo e de provável dependência.

O indivíduo que consumiu álcool teve associação com comportamentos sexuais de risco que podem levar a manutenção da cadeia de transmissão da sífilis, hepatite B, HIV e demais IST. Faz-se necessário a avaliação do impacto de políticas públicas e de programa de prevenção referentes ao uso do álcool nos diferentes segmentos populacionais.

As características habitacionais na beira dos rios conduzem, comumente, as ações de saúde voltada para as infecções de veiculação hídrica. No entanto, a população ribeirinha precisa de atenção integral no contexto de ações de prevenção e promoção da saúde quanto ao consumo de risco do uso de álcool e suas consequências a saúde.

Então, recomendamos a necessidade de envolvimento ativo e coordenado da sociedade civil, gestores, pesquisadores e serviços de saúde para que possamos atingir a meta da Organização Mundial da saúde para a redução em 10% no consumo nocivo de bebidas alcoólicas, até 2025.

REFERÊNCIAS

1. Sanchez ZM. Binge drinking among young Brazilians and the promotion of alcoholic beverages: a Public Health concern. *Epidemiol Serv Saude*. [Internet]. 2017 [cited 2020 mar 3]; 26(1): 195-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00195.pdf>
2. Macinko J, Mullachery P, Silver D, Jimenez G, Morais Neto OL. Patterns of alcohol consumption and related behaviors in Brazil: evidence from the 2013 national health survey (PNS2013). *PLoS One*. [Internet]. 2015 [cited 2020 jan 25]; 10(7). Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0134153>.
3. World Health Organization (WHO). Health consequences. In: WHO. *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Geneva: WHO, p. 46-58, 2014.
4. Méndez BE. Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test [Tese de Doutorado online]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999 [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: <http://www.epidemiologia.org.br/uploads/teses/Brod%20Mendez%201999%20Dissert.pdf>

5. Collins SE. Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. *Alcohol Res.* [Internet]. 2016 [cited 2020 mar 7]; 38(1): 83-94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4872618/>
6. Hagger MS, Lonsdale AJ, Hein V, Koka A, Lintunen T, Pasi H, et al. Predicting alcohol consumption and binge drinking in company employees: An application of planned behavior and self-determination theories. *Br J Health Psychol.* [Internet]. 2012 [cited 2020 jan 25]; 17(2): 379-407. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22106875>
7. Cardoso LGV, Melo APS, Cesar CC. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* [Internet]. 2015 [acesso em 2020 jan 25]; 20(3): 809-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00809.pdf>
8. Marendaz E. Vida Sexual e a Religião Batista: um olhar gestáltico. *Revista IGT na Rede* [Internet]. 2016 [cited 2020 mar 7]; 13(25): 323-39. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n25/v13n25a9.pdf>
9. Amaral S, Dal'Asta AP, Brigatti N, Pinho CMD, Medeiros LCC, Andrade PR, et al. Comunidades ribeirinhas como forma socioespacial de expressão urbana na Amazônia: uma tipologia para a região do Baixo Tapajós (Pará-Brasil). *Rev Bras Est Pop.* [Internet]. 2013 [acesso em 2020 jan 20]; 30(2): 367-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30n2/03.pdf>.
10. Amorim TF, Teles SA, Moraes LC, Matos MA, Carneiro MADS, Nogueira DJ, et al. Symptomatic Sexually Transmitted Infections in Brazil's emerging rural populations. *J Assoc Nurses AIDS Care.* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 dez 13] 29(6): 942-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1055329018301195>
11. Rocha DFNC, Rosa LRC, Silva CA, Oliveira BR, Martins TLS, Martins RMB, et al. Epidemiology of HIV, syphilis, and hepatitis B and C among manual cane cutters in low-income regions of Brazil. *BMC Infect Dis.* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 dez 13] 18:546. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30390628>
12. Lima CT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol & Alcoholism.* [Internet]. 2005 [cited 2020 jan 24]; 40(6): 584-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16143704>
13. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for use in primary care. [Internet]. 2001 [cited 2020 jan 24]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?sequence=1
14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília: DF, 2012.

15. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2018 [acesso em 2020 mar 5]; 34(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00002817.pdf>
16. Assunção MM, Barreto LN, Addum FM, Feitosa AC, Rodrigues ZMR. Diagnóstico socioambiental de uma população ribeirinha urbana do rio pindaré, estado do Maranhão. *Inter Espaço*. [Internet]. 2016 [acesso em 2020 mar 5]; 2(7): 96-114. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/interespaco/article/view/7367>
17. Marcelino RL, Sassi R, Cordeiro TA, Costa CF. Uma abordagem socioeconômica e socioambiental dos pescadores artesanais e outros usuários ribeirinhos do estuário do rio Paraíba do Norte, estado da Paraíba, Brasil. *Tropical Oceanography*. [Internet] 2005 [acesso em 2020 mar 5]; 33(2): 183-97. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/TROPICALOCEANOGRAPHY/article/view/5061>
18. Ministério da Saúde (Br). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das águas. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicanacionaisaud.pdf>.
19. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2011 [acesso em 2020 mar 5]; 27(3): 497-509. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n3/10.pdf>
20. Ribeiro CRB, Sabóia VM, Pereira CM. Consumo de álcool entre pescadores: uma revisão integrativa. *Rev Fun Care online*. [Internet]. 2017 [acesso em 2020 mar 5]; 9(2): 575-82. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4403/pdf_1
21. Kumar AM, Ramaswamy G, Majella MG, Bharadwaj B, Chinnakali P, Roy G. Alcohol, harmful use and dependence: Assessment using the WHO Alcohol Use Disorder Identification Test tool in a South Indian fishermen community. *Ind Psychiatry J*. [Internet]. 2018 [cited 2020 mar 5]; 27(2): 259–63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6592202/>
22. Singkorn O, Apidechkul T, Putsa B, Detpetykyon S, Sunsern R, Thutsanti P, et al. Factor associated with alcohol use among Lahu and Akha hill tribe youths, northern Thailand. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 7]; 14(1): 5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30678692>
23. Fávero JL, Meucci RD, Faria NM, Fiori NS, Fassa AG. Consumo de bebida alcoólica entre fumicultores: prevalência e fatores associados. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2018 [acesso em 2020 mar 6]; 23(3): 871-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300871&lng=en
24. Jaeger GP, Loret CM, Silveira MF. Transtornos relacionados ao uso de álcool e fatores associados em zona rural do Brasil. *Rev Saude Publica*. [Internet]. 2018 [acesso em 2020 mar

6];52(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s1/pt_0034-8910-rsp-52-s1-S1518-52-87872018052000262.pdf

25. Ghiggi Junior A, Langdon EJ. Reflexões sobre estratégias de intervenção a partir do processo de alcoolização e das práticas de autoatenção entre os índios Kaingang, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [acesso em 2020 mar 6]; 30(6): 1-10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1250.pdf

26. Beard E, Brown J, West R, Kaner E, Meier P, Michie S. Associations between socio-economic factors and alcohol consumption: A population survey of adults in England. *PLoS One*. [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 6];14(2). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30716098>

27. Grossman M. The Relationship between Health and Schooling. Investing in Human Capital for Economic Development in China. World Scientific Publishing. [Internet]. 2010 [cited 2020 mar 6]. DOI: 10.1142/9789812814425_0016

28. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saude soc*. [Internet]. 2010 [acesso em 2020 mar 4]; 19(2): 9-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/03.pdf>

29. George WH, Stoner AS. Understanding acute alcohol effects on sexual behavior. *Annu Rev Sex Res*. [Internet]. 2000 [cited 2020 mar 6];11: 92-124. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11351836>

30. Gordon CM, Carey MP, Carey KB. Effects of a drinking event on behavioral skills and condom attitudes in men: implications for HIV risk from a controlled experiment. *Health Psychol*. [Internet]. 1997 [cited 2020 mar 6]; 16(5):490-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9302547>

31. Rogers BG, Mendez NA, Mimiaga MJ, Sherman SG, Closson EF, Tangmunkongvorakul A, et al. "I Wasn't in My Right Mind": Qualitative findings on the impact of alcohol on condom use in patients living with HIV/AIDS in Brazil, Thailand, and Zambia. *Int J Behav Med*. [Internet]. 2019 [cited 2020 mar 6]; 26: 17-27. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12529-018-9739-7>

32. Safren SA, Hughes JP, Mimiaga MJ, Moore AT, Friedman RK, Srithanaviboonchai K, et al. Frequency and predictors of estimated HIV transmissions and bacterial STI acquisition among HIV positive patients in HIV care across three continents. *J Int AIDS Soc*. [Internet]. 2016 [cited 2020 mar 6]; 19: 21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5043092/>

33. Asiki G, Mpendo J, Abaasa A, Agaba C, Nanvubya A, Nielsen L, et al. HIV and syphilis prevalence and associated risk factors among fishing communities of Lake Victoria, Uganda. *Sex Transm Infect*. [Internet]. 2011 [cited 2020 mar 6]; 87(6):511-5. Available from: DOI: 10.1136/sti.2010.046805.

34. Bello B, Moultrie H, Somji A, Chersich MF, Watts C, Delany-Moretlwe S. Alcohol use and sexual risk behaviour among men and women in inner-city Johannesburg, South Africa. BMC Public Health. [Internet]. 2017 [cited 2020 mar 6]; 17(548). Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4350-4>
35. Silva MGB, Lyra TM, Diniz GT. O padrão de consumo de álcool entre as usuárias das Unidades de Saúde da Família no município do Recife (PE). Saúde Debate. [Internet]. 2019 [acesso em 2020 mar 6]; 43(122): 836-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n122/0103-1104-sdeb-43-122-0836.pdf>
36. Li D, Jia Y, Ruan Y, Liu Y, Li Q, Liang H, et al. Correlates of incident infections for HIV, Syphilis, and Hepatitis B Vírus in a cohort of men who have sex with men in Beijing. AIDS Patient Care and STDS. [Internet]. 2010 [cited 2020 mar 6]; 24(9):595-602. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20731610>
37. Carneiro APL, Ronzani TM, Avallone DM, Formigoni MLOS. AUDIT e AUDIT-C. Portal de Formação a Distância: sujeitos, contextos e drogas. [Internet]. 2016 [acesso em 2020 mar 7]. Disponível em: aberta.senad.gov.br

6 CONCLUSÃO

O estudo trouxe evidências acerca das características sociodemográficas, da prevalência da sífilis, do HIV e da hepatite B, além dos comportamentos de risco e do consumo de álcool em moradores de comunidades ribeirinhas. É uma população, na qual, houve predominância do sexo feminino, de baixa escolaridade e de baixa renda.

Foi possível constatar, por meio de testes rápidos, uma prevalência de 11,6% (IC 95%: 7,5-15,6) para sífilis, 0,8% (IC 95%: 0-1,2) para o anti-HIV tipo 1 e 0,8% (IC 95%: 0-1,2) para o vírus da hepatite B. A prevalência para a sífilis foi considerada alta quando comparada com a população geral, porém é inferior quando comparada com populações que fazem parte das chamadas populações-chave.

Dentre os comportamentos de risco que foram investigados e que apresentaram associação estatisticamente significativa com a positividade dos testes rápidos para alguma das IST investigadas estão: o uso de álcool, a idade da primeira relação sexual inferior a 15 anos de idade, o número de parceiros sexuais no último ano, a troca de sexo por dinheiro, histórico de prisão e de IST.

Quanto ao padrão do consumo de álcool entre os ribeirinhos, evidenciou-se uma alta prevalência (45,2%; IC-95%: 39,0-51,4). Enquanto que a prevalência dentre os moradores que foram classificados nas zonas II a IV do Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT $\geq$ 8) foi de 30,4% (IC-95%: 24,7-36,1). Foi possível constatar uma associação estatisticamente significativa para o uso excessivo do álcool (Zona II, III e IV) com a prevalência das IST investigadas neste estudo (ARR= 11,86% OR=2,63; IC 95%: 1,24-5,60).

Os ribeirinhos do estudo que apresentaram positividade dos testes rápidos foram encaminhados para o serviço de referência do município para a confirmação diagnóstica e se necessário, o tratamento adequado. Os resultados da prevalência foram apresentados aos órgãos competentes para que possam ser traçadas estratégias preventivas quanto as ISTs nessas comunidades.

Mediante a esses dados observa-se que a população ribeirinha é caracterizada como uma população vulnerável, por apresentar circunstâncias sociais, econômicas e geográficas que favorecem o engajamento em comportamentos arriscados e consequentemente, a susceptibilidade de aquisição de IST.

Portanto, espera-se que essa pesquisa possa servir como base para investigações futuras com esse grupo populacional, uma vez que são populações marginalizadas, que

sofrem com a exclusão social e com a falta de atenção dos serviços de saúde. Faz-se necessária a atenção das políticas públicas de saúde para que possam ser traçadas estratégias e ações de prevenção e de promoção à saúde, principalmente, voltadas para a saúde sexual.

REFERÊNCIAS

1. Pinto VM, Basso CR, Barros CRS, Gutierrez EB. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 8]; 23(7): 2423-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n7/1413-8123-csc-23-07-2423.pdf>
2. Workowski KA, Bolan GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR.* [Internet]. 2015 [cited 2018 aug 8]; 64(3). Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>
3. Oliveira OS, Abud ACF, Inagaki ADM, Alves JAB, Matos KF. Vulnerabilidade de adolescentes às Doenças Sexualmente Transmissíveis na atenção primária. *Rev enferm UFPE on line.* [Internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 8]; 12(3): 753-62. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/25063/28042>
4. Castro EL, Caldas TA, Morcillo AM, Pereira EMA, Ferreira Velho PEN. O conhecimento e o ensino sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis entre universitários. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 8]; 21(6):1975-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1975.pdf>
5. World Health Organization. Estratégias mundiais del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021. [Internet]. 2016 [cited 2018 aug 8]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es/>
6. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico – Hepatites virais. [Internet]. Brasília; 2019. [acesso em 2018 ago 8]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hepatites-virais-2019>
7. Programa das Nações Unidas sobre HIV/aids (BR). Estatísticas globais sobre HIV 2019. [Internet]. 2019. [acesso em 2019 dez 23]. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>
8. Dartora WJ, Ânflor EP, Silveira LRP. Prevalência do HIV no Brasil 2005-2015: dados do Sistema Único de Saúde. *Rev Cuid.* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 jan 11]; 8(3): 1919-28. Disponível em: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/462/863>
9. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico – HIV/aids. [Internet]. Brasília; 2019. [acesso em 2019 dez 23]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>
10. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico – Sífilis. [Internet]. Brasília; 2019. [acesso em 2019 nov 13]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2019>
11. Coulibaly IGS, Moraes JC, Marsiglia RMG, Montanari PM. Doenças Sexualmente Transmissíveis e a vulnerabilidade da população do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. *Saúde Soc.* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 8]; 26(1): 51-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n1/1984-0470-sausoc-26-01-00051.pdf>

12. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. [Internet]. Brasília; 2015. [acesso em 2018 ago 9]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/>
13. Aragão JS, França ISX, Coura AS, Medeiros CCM, Enders BC. Vulnerabilidade associada às Infecções Sexualmente Transmissíveis em pessoas com deficiência física. Ciênc. Saúde Colet. [Internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 13]; 21(10): 3143-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3143.pdf>
14. Carneiro CBL, Veiga L. O conceito de inclusão, dimensões e indicadores. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social (Pensar BH/Política Social, 2; 2014.
15. Silva PCC, Dalama LA, Moraes MAQ, Guedes DC, Souza PE, Gomes WG, et al. Organização do Cuidado à Saúde em Populações Ribeirinhas: experiência de uma Unidade Básica de Saúde Fluvial. Anais do II Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível. 2013.
16. Dias EC. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. Renast. 2016.
17. Rosa LA, Navarro VL. Trabalho e Trabalhadores dos canaviais: perfil dos cortadores de cana da região de Ribeirão Preto (SP). Cad psicol soc trab. [Internet]. 2014 [acesso em 2018 ago 9]; 17(1): 143-60. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/1123388>
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017
19. Kadri MRE, Santos BS, Lima RTS, Shweickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. Interface (Botucatu). [Internet]. 2019 [acesso em 2020 fev 27]; 23. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2019.v23/e180613/pt>
20. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das águas. [Internet]. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília; 2013. [acesso em 2018 ago 9]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicanacionaisaud.pdf>
21. Denison HJ, Bromhead C, Grainger R, Dennison EM, Jutel A. Barriers to sexually transmitted infection testing in New Zealand: a qualitative study. Aust N Z J Public Health. [Internet]. 2017 [cited 2019 mar 18]; 41(4): 432-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28664644>
22. World Health Organization. Sexually Transmitted Infections (STIs). [Internet]. 2016 [cited 2018 aug 8]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
23. Santos MVS. Representações sociais de pessoas em situação de rua sobre cuidados para Infecções Sexualmente Transmissíveis. [Dissertação de Mestrado online]. Bahia:

Universidade Federal da Bahia, 2017. Disponível em:

<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/24382>

24. Ministério da Saúde (BR). Departamento de vigilância, prevenção e controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das hepatites virais. Prevenção Combinada do HIV. [Internet]. Brasília; 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/previna-se>

25. Santos CMA, Oliveira JDS, Lima SVMA, Santos AD, Góes MAO, Sousa LB. Conhecimentos, atitudes e práticas de homens sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis. Cogitare Enferm. [Internet]. 2018 [acesso em 2019 abr 17]; 23(1). Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2018/02/54101-222679-1-PB.pdf>

26. Almeida MF. Utilização do preservativo em Adolescentes Brasileiros: análise descritiva de alguns fatores. [Dissertação de Mestrado online]. Instituto Politécnico de Viseu, 2016. [acesso em 2019 abr 12]. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3132>

27. Dourado I, MacCarthy S, Reddy M, Calazans G, Gruskin S. Revisitando o uso do preservativo no Brasil. Rev Bras Epidemiol. [Internet]. 2015 [acesso em 2019 abr 11]; 18(sup. 1): 63-88. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00063.pdf

28. Maciel KMN, Andrade MS, Cruz LZ, Fraga CDS, Paixão GPN, Souza RS. Caracterização do comportamento sexual entre adolescentes. Rev Enferm UERJ. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 fev 13]; 25. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/23496/22127>

29. Dias PRF. Faça o teste do HIV: cuide bem de você e de todos os que você ama. [Internet] Agência de Notícias da aids. São Paulo, 2014 [acesso em 2018 fev 10]. Disponível em: http://agenciaaids.com.br/home/artigos/artigo_detalhe/472#.VSIsQBPF-7E

30. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções. [Internet]. Brasília; 2017. [acesso em 2019 fev 13]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-b-e-coinfeccoes>

31. World Health Organization. Diagnóstico, tratamento e prevenção da hepatite C. Hepatitis C (long version). [Internet]. 2017 [acesso em 2019 jun 23]. Disponível em: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/hepatitis-c-portuguese-2017.pdf>

32. Paccoud O, Surgers L, Lacombe K. Infection par le virus de l'hépatite B: histoire naturelle, manifestations cliniques et principes thérapeutiques. Rev Med Intern. [Internet]. 2019 [acesso em 2019 jun 19]; 11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2019.03.333>

33. Franco E, Bagnato B, Marino MG, Meleleo C, Serino L, Zaratti L. Hepatitis B: Epidemiology and prevention in developing countries. World J Hepato. [Internet]. 2012 [cited

2019 jun 19]; 4(3): 74-80. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3321493/>

34. Caetano KAA. Epidemiologia da Infecção pelo vírus da hepatite B em assentados em Goiás: subsídios para ações de prevenção e controle em populações emergentes. [Tese de Doutorado online]. Goiás: Universidade Federal de Goiás, 2014. [acesso em 2019 jun 19]. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3551>

35. Shimakawa Y, Lemoine M, Njai HF, Bottomley C, Ndow G, Goldin RD. Natural history of chronic HBV infection in West Africa: a longitudinal population-based study from The Gambia. *Gut*. [Internet]. 2016 [cited 2019 jun 19]; 65(12). Available from: doi 10.1136/gutjnl-2015-309892

36. Damme PV, Ward J, Shouval D, Wiersma S, Zanetti A. Hepatitis B Vaccines. In: Plotkin SA, Oresteina WA, Offit PA. Vaccines. [Internet]. 6th Edition. Elsevier Sanders, 2017. [cited 2019 jun 23]. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-1-4557-0090-5.00025-2>

37. Chevaliez S, Rodriguez C, Pawlotsky JM. New virologic tools for management of chronic hepatitis B and C. *Gastroenterology*. [Internet]. 2012 [cited 2019 jun 19]; 142(6): 1303-13. Available from: DOI: 10.1053/j.gastro.2012.02.027

38. World Health Organization. Hepatitis B vaccines: WHO position paper. [Internet]. 2017. [cited 2019 jun 19]. Available from:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255873/WER9227-369-392.pdf;jsessionid=31F08912157CC4625D731119499D9F01?sequence=1>

39. Gerlich WH. Prophylactic vaccination against hepatitis B: achievements, challenges and perspectives. *Med Microbiol Immunol*. [Internet]. 2015 [cited 2019 jun 19]; 204(1): 39-55. Available from: DOI: 10.1007/s00430-014-0373-y

40. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota Informativa nº 149, de 2015. Brasília; 2015.

41. Souza FO, Freitas PSP, Araújo TM, Gomes MR. Vacinação contra hepatite B e Anti-HBS entre trabalhadores da saúde. *Cad Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [acesso em 2019 jun19]; 23(2): 172-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-172.pdf>

42. Gower E, Estes C, Blach S, Razavi-Shearer K, Razavi H. Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. *J Hepatol*. [Internet]. 2014 [cited 2019 jun 21]; 6 (suppl 1): 545-57. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25086286>

43. Wolpert-Barraza E, Hernadéz OM, Stalnikowitz DK. Acciones prioritarias para un programa nacional de detección, tratamiento y seguimiento de pacientes con hepatitis C. *Salud Publica Mex*. [Internet]. 2019 [cited 2019 jun 22]; 61: 212-6. Available from: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10166/11729>

44. Martínez-Rodríguez ML, Uribe-Noguez LA, Arroyo-Anduiza CI, Mata-Marin JA, Benitez-Arvizu G, Portillo-Lopez ML, et al. Prevalence and risk factors of Occult Hepatitis C

infections in blood donors from Mexico City. PLoS ONE. [Internet]. 2018 [cited 2019 jun 21]; 13(10). Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205659>

45. Fecury AA. Aspectos epidemiológicos da infecção pelo vírus da hepatite C em populações ribeirinhas do estado do Pará, na Amazônia Brasileira. [Tese de Doutorado online]. Belém – PA: Universidade Federal do Pará; 2015. [acesso em 2019 jun 21]. Disponível em: http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/9088/1/Tese_AspectosEpidemilogicosInfeccao.pdf.

46. Viana DR, Veloso NM, Neto OC, Papacosta NG, Nunes GM, Guedes VR. Hepatite B e C: diagnóstico e tratamento. Rev de Patologia do Tocantins. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 jun 23]; 4(3): 73-19. Disponível em: DOI: 10.20873/uft.2446-6492.2017v4n3p73

47. Cherchiglia ML, Giordano LFC, Machado EL, Gomes IC, Carmo RA, Acúrcio FA, et al. Incidência de hepatite viral C em pacientes em hemodiálise no Brasil entre 2000 e 2003. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 [acesso em 2019 jun 22]; 32(8). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00167914.pdf>

48. Eldaly OM, Elbehedy EM, Fakhir AE, Lotfy A. Prevalence of occult Hepatitis C virus in blood donors in Zagazig city blood banks. Egypt J Med Microbiol. [Internet]. 2016 [cited 2019 jun 21]; 25(3): 1–8. Available from: http://applications.emro.who.int/imemrf/Egypt_J_Med_Microbiol/Egypt_J_Med_Microbiol_2016_25_3_1_8.pdf

49. Ministério da Saúde (BR). Departamento de vigilância epidemiológica. Hepatites virais: o Brasil está atento. [Internet]. Brasília; 2008 [acesso em 2019 jun 21]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf

50. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.376, de 19 de novembro de 1993. Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e dá outras providências. Brasília; 1993.

51. Nery Júnior MJM, Moraes MHS, Ferreira IRS, Vasconcelos ACM, Meneguetti DUO. Soroprevalência do vírus da hepatite C em candidatos a doação de sangue no estado do Acre no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015. J Basic Education, Technical and Technological. [Internet]. 2018 [acesso em 2019 jun 23]; 5(1): 91-101. Disponível em: <https://periodicos.ufac.br/index.php/SAJEBTT/article/view/1689>

52. Silva JMCA. Perfil epidemiológico da hepatite C no Brasil entre os anos de 2016 e 2017. 2018. [Trabalho de Conclusão de Curso online]. Brasília: Universitário de Brasília, 2018. [acesso em 2018 jun 22]. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/prefix/13080>

53. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/aids e das Hepatites Virais. Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis. [Internet]. Brasília; 2018. [acesso em 2019 set 8]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/04/Minuta-Agenda-Estrategica-Populacao-Chave.pdf>

54. Costa JK. Efeitos colaterais do tratamento da hepatite C com interferon peguilado e ribavirina em pacientes acompanhados no Centro de Especialidades Médicas do CESUPA, Belém. GED gastroenterol endosc. [Internet]. 2015 [acesso em 2019 jun 23]; 34(2): 54-59. Disponível em: http://sbhepatologia.org.br/pdf/2015_edicao2_artigo2.pdf
55. Tareke K, Munshea A, Nibret E. Seroprevalence of syphilis and its risk factors among pregnant women attending antenatal care at Felege Hiwot Referral Hospital, Bahir Dar, northwest Ethiopia: a cross-sectional study. BMC Research Notes. [Internet]. 2019 [cited 2019 jul 10]; 12: 69. Available from: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-019-4106-6>
56. Coelho JMR, Dantas FCS, Pena LTG, Barbosa JJ, Costa CM, Ferreira LI, et al. Sífilis: um panorama epidemiológico do Brasil e do município de Volta Redonda/RJ. Braz J Hea Rev. [Internet]. 2018 [acesso em 2019 jul 10]; 1(1): 128-47. Disponível em: <http://www.brijd.com.br/index.php/BJHR/article/view/642>
57. Banong-Le M, Ofosy SK, Anto F. Factors associated with syphilis infection: a cross-sectional survey among outpatients in Asikuma Odoben Brakwa District, Ghana. BMC Infect Dis. [Internet]. 2019 [cited 2019 jul 10]; 19: 360. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31035953>
58. Lasagabaster MA, Guerra I. Sífilis. Enferm Infecc Microbiol Clin. [Internet] 2018 [cited 2019 jul 10]; 37(6): 398-404. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30738716>
59. Suso MTG, Martínez-Sanz J, Redondo RG, Zapata MR. Infecciones por treponemas. Sífilis. Medicine. [Internet]. 2018 [cited 2019 jul 10]; 12(59): 3435-46. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218301586>
60. Silva DAR, Alves IGFG, Barros MT, Dorneles FV. Prevalência de sífilis em mulheres. Enferm Foco. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 jul 10]; 8(3): 61-4. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/891>
61. Teixeira MA. Ações de controle da sífilis em gestantes na Estratégia Saúde da Família na cidade de Nova Iguaçu-RJ. [Internet]. 2015 [acesso em 2019 jul 26]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7997>
62. Ministério da Saúde (BR). 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). [Internet]. Brasília; 2019. [acesso em 2019 jul 23]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>
63. Monroig JS, Novell XF, Vega IF. Diagnostico serologico de la sífilis. Avances y estado actual. Serological diagnosis of syphilis. Progress and current status. Piel (BARC). [Internet]. 2017 [cited 2019 jul 23]; 32(9): 577-9. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-diagnostico-serologico-sifilis-avances-estado-S0213925117301788>

64. Ministério da Saúde (BR). Sistema TELELAB – Educação Permanente. Teste rápido para investigação da infecção pela sífilis. [Internet]. 2019. [acesso em 2020 jan 5]. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/component/k2/item/95-diagnostico-de-sifilis>
65. Ros-Vivancos C, Hernández MG, Gracia JFN, Payá JS, Torga AG, Sogorb JP. Evolución del tratamiento de la sífilis a lo largo de la historia. Rev Esp Quimioter. [Internet]. 2018 [acesso em 2019 jul 26]; 31(6): 485-92. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6254479/>
66. Programa das Nações Unidas sobre HIV/aids. Estigma e Discriminação. [Internet]. 2017. [acesso em 2019 jul 26]. Disponível em: <https://unaids.org.br/estigma-e-discriminacao/>
67. Andrade RG, Iriart JAB. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2015 [acesso em 2019 jul 26]; 31(3): 565-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00565.pdf>
68. Ministério da Saúde (BR). Fundação Oswaldo Cruz. O vírus da Aids 20 anos depois. A epidemia da aids através do tempo. [Internet]. 2018. [acesso em 2019 jul 31]. Disponível em: <http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>
69. Rachid M. Manual de HIV/Aids. 10 ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações Ltda. 2017.
70. Rosa MC, Silva NMO, Hora VP. Patogênese do HIV – características do vírus e transmissão materno-infantil. RBAC. [Internet]. 2016 [acesso em 2019 ago 1]; 48(4): 301-6. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2017/04/RBAC-vol-48-4-2016-ref.-203.pdf>
71. Fernandes NM, Hennington EA, Bernardes JS, Grinsztejn BG. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 7]; 33(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n4/1678-4464-csp-33-04-e00053415.pdf>
72. Moura JP, Faria MR. Caracterização e perfil epidemiológico das pessoas que vivem com HIV/Aids. Rev Enferm UFPE on line. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 ago 7]; 11: 5214-20. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22815>
73. Programa das Nações Unidas sobre HIV/aids. Informações básicas sobre o HIV e a aids. [Internet]. 2019 [acesso em 2019 ago 7]. Disponível em: <https://unaids.org.br/informacoes-basicas/>
74. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Tratamento para o HIV**. [Internet]. 2016. [acesso em 2019 ago 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv>
75. Costa RG. Alterações imunológicas e infecções oportunistas decorrentes da infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana Adquirida HIV. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Minas Gerais: Fundação Carmelitana Mário Palmério, 2018.

76. DECA. Secretaria de Saúde de Rebouças. Informações sobre o HIV. [Internet]. 2019. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=32>
77. Buttò S, Suligoi B, Fanales-Belasio E, Raimondo M. Laboratory diagnostics for HIV infection. *Ann Ist Super Sanita*. [Internet]. 2010 [cited 2019 aug 8]; 46(1): 24-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20348616>
78. Rebeiro PF, Pettit AC, Sizemore L, Mathieson SA, Wester C, Kipp A, et al. Trends and Disparities in Mortality and Progression to AIDS in the Highly Active Antiretroviral Therapy Era: Tennessee, 1996–2016. *AJPH*. [Internet]. 2019 [cited 2019 aug 8]; 109(9). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31318589>
79. Moraes DCA, Oliveira RC, Prado AVA, Cabral JR, Corrêa CA, Albuquerque MMB. O conhecimento de pessoas vivendo com HIV/Aids sobre a terapia antirretroviral. *Enferm glob*. [Internet]. 2018 [acesso em 2019 ago 10]; 49: 111-26. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/pt_1695-6141-eg-17-49-00096.pdf
80. Garbin CAS, Gatto RCJ, Garbin AJI. Adesão a terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. *Arch Health Invest*. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 aug 10]; 6(2). Disponível em: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/1787>
81. Santos NJS. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. *Saúde Soc*. [Internet]. 2016 [acesso em 2019 set 8]; 25(3): 602-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00602.pdf>
82. The Joint United Nations Programme on HIV/aids. Communities at the centre: defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV services. [Internet]. 2019. [cited 2019 sep 8]. Available from: https://www.unaids.org/en/20190716_GR2019_communities
83. Brantley ML, Kerrigan D, German D, Lim S, Sherman SG. Identifying patterns of social and economic hardship among structurally vulnerable women: a latent class analysis of HIV/STI risk. *AIDS Behav*. [Internet]. 2017 [cited 2019 sep 13]; 21(10): 3048-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5592146/>
84. Frati ER, Fasoli E, Martinelli M, Colzani D, Bianchi S, Carnelli L, et al. Sexually Transmitted Infections: a novel screening strategy for improving women's health in vulnerable populations. *Int J Mol Sci*. [Internet]. 2017 [cited 2019 sep 13]; 18(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28632191>
85. Ikeda JM, Schaffer JR, Sac Ixcot ML, Page K, Hearst N. Risk of Sexually Transmitted Infections among Mayan women in rural Guatemala whose partners are migrant workers. *AIDS Behav*. [Internet]. 2014 [cited 2019 set 13]; 18(suppl 1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23963499>
86. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease surveillance 2012. Department of Health and Human Services. [Internet]. 2013 [cited 2019 sep 13]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/stats/>

87. Programa das Nações Unidas sobre HIV/aids. Como as ações em torno do Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra as Mulheres podem reduzir as novas infecções por HIV nesta população. [Internet]. 2017. [acesso em 2019 set 13]. Disponível em: <https://unaid.org.br/2017/11/como-as-acoes-em-torno-do-dia-internacional-pela-eliminacao-da-violencia-contras-mulheres-podem-reduzir-as-novas-infeccoes-por-hiv-nesta-populacao/>
88. Bassols AMS, Boni R, Pechansky F. Alcohol, drugs, and risky sexual behavior are related to HIV infection in female adolescents. *Rev bras psiquiatr*. [Internet]. 2010 [cited 2019 sep 13]; 32(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21308256>
89. Rosen FT, Rosen AJ, Müller-Riemenschneider F, Damberg I, Tinnemann P. STI knowledge in Berlin adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2018 [cited 2019 sep 13]; 15(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29320464>
90. Drago F, Ciccarese G, Zangrillo F, Gasparini G, Cogorno L, Riva S, et al. A Survey of Current Knowledge on Sexually Transmitted Diseases and sexual behaviour in Italian Adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2016 [cited 2019 sep 13]; 13(4): 422. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4847084/>
91. Santos CP, Barboza ECS, Freitas NO, Almeida JC, Dias AC, Araújo EC. Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. *Rev Bras Pesq Saúde*. [Internet]. 2016 [acesso em 2019 set 17]; 18(2): 60-70. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15085>
92. Oliveira PC, Pires LM, Junqueira ALN, Vieira MAS, Matos MA, Caetano KAA, et al. Conhecimento em saúde sexual e reprodutiva: estudo transversal com adolescentes. *Rev Elet Enf*. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 set 13]; 19. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/39926>
93. Borysow IC, Conill EM, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 set 13]; 22(3): 879-90. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.25822016>.
94. Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. [Internet]. 2012 [cited 2019 sep 13]; 12(11): 859–70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3494003/>
95. Kozlov AP, Skochilov RO, Toussova OV, Verevchkin SV, Malov SV, Shaboltas AV. HIV incidence and behavioral correlates of HIV acquisition in a cohort of infection drug users in St Petesburg, Russia. *Medicine (Baltimore)*. [Internet]. 2016 [cited 2019 sep 30]; 95(44): 1-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27858877>
96. Nerlander LM, Zapata LB, Yorick R, Skipalska H, Smith RA, Kissin DM, et al. Behaviors associated with a risk of HIV transmission from HIV-positive street youth to non-street Youth in Ukraine. *Sex Transm Dis*. [Internet]. 2015 [cited 2019 jun 23]; 42(9): 513-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26267878>

97. Cederbaum JA, Wenzel SL, Gilbert ML, Chereji E. The HIV risk reduction needs of homeless women in Los Angeles. *Womens Health Issues*. [Internet]. 2013 [cited 2019 sep 16]; 23(3): 167-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3742315/pdf/nihms441539.pdf>
98. Al Rifai R, Nakamura K, Seino K, Kizuki M, Morita A. Unsafe sexual behaviour in domestic and foreign migrant male workers in multinational workplaces in Jordan: occupational-based and behavioural assessment survey. *BMJ Open*. [Internet]. 2015 [cited 2019 sep 17]; 5(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26068511>
99. Barnett ED, Walker PF. Role of immigrants and migrants in emerging infectious diseases. *Med Clin North Am*. [Internet]. 2008 [cited 2019 sep 13]; 92(6): 1447-58. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19061761>
100. European Centre for Disease Prevention and Control. WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2016 [cited 2019 sep 17]. Available from: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/HIV-AIDS-surveillance-Europe-2015.pdf>
101. Deblonde J, Sasse A, Amo JD, Burns F, Delpech V, Cowan S, et al. Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. *BMC Public Health*. [Internet]. 2015 [cited 2019 sep 17]; 15. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676131/>
102. Hino P, Francisco TR, Onofre PSC, Santos JO, Takahashi RF. Análise dos cuidados à saúde de caminhoneiros. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 set 17]; 11(11): 4741-8. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/item/002871595>
103. Rauber BJ, Oliveira SR, Silva LM, Silva GA. Vulnerabilidade para aquisição de doenças sexualmente transmissíveis em profissionais motoristas de caminhão. *Rev Ele Gestão & Saúde*. [Internet]. 2013 [acesso em 2019 set 13]; 4(4): 1412-20. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5557497.pdf>
104. Rojo M. Vulnerabilidad de los trabajadores de la industria del transporte automotor de carga de larga distancia al VIH-sida: conovimentos, actudes, prácticas y prevalência de HIV. [Tese de Doutorado online]. Buenos Aires: Universidade de Buenos Aires, 2016 [acesso em 2019 set 13]. Disponível em: <http://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb35964dafc015989150eaf0037>
105. Rocha EM, Lemes AG, Santos BLM. Exposição de caminhoneiros à Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Journal Health NPEPS*. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 set 17]; 2(1): 230-40. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1752>
106. Silva XAS. Mapeamento de áreas de risco na cidade de João Pessoa: comunidades Riachinho e Santa Clara. [Trabalho de Conclusão de Curso online]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2016 [acesso em 2018 ago 15]. Disponível em: https://security.ufpb.br/ccec/contents/documentos/tccs/copy_of_2016.1/mapeamento-de-areas-de-risco-na-cidade-de-joao-pessoa.pdf

107. Amaral S, Dal'Asta AP, Brigatti N, Pinho CMD, Medeiros LCC, Andrade PR, et al. Comunidades ribeirinhas como forma socioespacial de expressão urbana na Amazônia: uma tipologia para a região do Baixo Tapajós (Pará-Brasil). *Rev Bras Est Pop*. [Internet]. 2013 [acesso em 2018 out 9]; 30(2): 367-99. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v30n2/03.pdf>
108. Ando NM, Amaral Filho RCG. Populações ribeirinha. In: Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de família e comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 468-58.
109. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2018 [acesso em 2019 set 27]; 34(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n2/1678-4464-csp-34-02-e00002817.pdf>.
110. Assunção MM, Barreto LN, Addum FM, Feitosa AC, Rodrigues ZMR. Diagnóstico socioambiental de uma população ribeirinha urbana do rio pindaré, estado do Maranhão. *Inter Espaço*. [Internet]. 2016 [acesso em 2018 out 9]; 2(7): 96-114. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/interespaco/article/view/7367>
111. Marcelino RL, Sassi R, Cordeiro TA, Costa CF. Uma abordagem socioeconômica e socioambiental dos pescadores artesanais e outros usuários ribeirinhos do estuário do rio Paraíba do Norte, estado da Paraíba, Brasil. *Tropical Oceanography*. [Internet] 2005 [acesso em 2019 jun 19]; 33(2): 183-97. Disponível em: <http://periodicos.ufpe.br/revistas/TROPICALOCEANOGRAPHY/article/view/5061>
112. Silva FCCM, Gonçalves JWS, Santorum JA, Souto KMB, Souza MSS, Pessoa VM. Promoção da equidade no SUS. Saúde integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas. Universidade Aberta do Nordeste [Internet]. 2014. [acesso em 2018 set 27]. Disponível em: <http://www.saudecampofloresta.unb.br/wp-content/uploads/2014/08/SUS-FASCICULO09.pdf>
113. Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev Bras Educ Med*. [Internet]. 2007 [acesso em 2019 jun 23]; 31(3): 278-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31n3/10.pdf>
114. Santos IS, Goldstein RA. *Rede de Pesquisas em Manguinhos: sociedade, gestores e pesquisadores em conexão com o SUS*. São Paulo: Hucitec, 2016.
115. Carneiro FF, Pessoa VM, Arruda CAM, Folgado CAR, Soares RAS, Matos AS, et al. O processo histórico e a criação da Obteia. In: Carneiro FF, Pessoa VM, Teixeira CA. *Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde*. Brasília. Editora: Universidade de Brasília, 2017.
116. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS. Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. [Internet]. Brasília; 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf

117. Mann J, Tarantola DJ, Netter TW. A Aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993.
118. Figueiredo KP. Vulnerabilidade socioambiental na comunidade São Rafael em João Pessoa – PB. [Trabalho de Conclusão de Curso]. João Pessoa: Universidade Estadual da Paraíba, 2017.
119. Albertani HMB, Scivoletto S, Zernel ML. Trabalhando com fatores de risco e proteção. In: Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas. Ministério da Educação. – 6. ed., atual. – Brasília: Ministério da Justiça, 2014.
120. Nonato SM, Melo APS, Guimarães MDC. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. Epidemiol Serv Saúde. [Internet]. 2015 [acesso em 2019 set 22]; 24(4): 681-94. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=iso
121. Irffi G, Soares RB, Souza SA. Fatores socioeconômicos, demográficos, regionais e comportamentais que influenciam no comportamento sobre HIV/aids. Rev Economia. [Internet]. 2010 [acesso em 2019 set 30]; 11(2): 333-56. Disponível em: http://www.anpec.org.br/revista/vol11/vol11n2p333_356.pdf
122. Soares JP, Silva ACO, Silva DM, Freire MEM, Nogueira JA. Prevalência e fatores de risco para o hiv/aids em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. Arq Catarin Med. [Internet]. 2017 [acesso em 2019 set 30]; 46(4): 182-94. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/126>
123. Collins SP, Goldenberg SM, Burke NJ, Bojorquez I, Silverman JG, Strathdee SA. Situating HIV risk in the lives of formerly trafficked female sex workers on the Mexico-US border. AIDS Care. [Internet]. 2013 [cited 2019 sep 30]; 25(4): 459-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3521850/>
124. Boni R, Veloso VGE, Grinzein B. Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean. Curr Opin HIV aids. [Internet]. 2014 [cited 2019 sep 30]; 9(2): 192-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24356327>
125. Chinazzo IR, Câmara SG, Frantz DG. Comportamento sexual de risco em jovens: aspectos cognitivos e emocionais. Psico-USF. [Internet]. 2014 [acesso em 2019 mar 7]; 19(1): 1-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n1/a02v19n1.pdf>
126. Campo-Arias A, Ceballo GA, Herazo E. Prevalência do padrão de comportamento de risco para a saúde sexual e reprodutiva em estudantes adolescentes. Rev Latinoam Enferm. [Internet]. 2010 [acesso em 2019 set 30]; 18(2): 26-30. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/pt_05.pdf
127. Grad AI, Senila SC, Cosgarea R, Tataru AD, Vesa SC, Vica ML, et al. Sexual behaviors, attitudes, and knowledge about Sexually Transmitted Infections: A Cross-sectional study in Romania. Acta Dermato venerol Croat. [Internet]. 2018 [cited 2019 mar 7]; 26(1): 25-32, Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29782296>

128. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama das cidades: João Pessoa, Paraíba. [Internet]. 2015 [acesso em 2019 mar 18]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>
129. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama das cidades: João Pessoa, Paraíba. [Internet]. 2018 [acesso em 2019 mar 18]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>
130. Coordenadoria Municipal de Proteção e Defesa Civil. Comunidades em áreas de risco. João Pessoa, Paraíba, 2013.
131. Secretaria de Planejamento (SEPLAN). Projeto de Trabalho Técnico Social. Urbanização de assentamentos precários e habitações. João Pessoa, 2013.
132. Rouquayrol MZ, Silva MGC. Epidemiologia & saúde. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.
133. Fontelles MJ, Simões MG, Farias SH, Fontelles RGS. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. Rev Para Med. [Internet]. 2009 [acesso em 2018 set 22]; 23(3): 1-8. Disponível em: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf
134. Gregório JPS. Caracterização geológica e geomorfológica de áreas de encosta na cidade de João Pessoa – PB. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Guarabira: Universidade Estadual da Paraíba, 2016.
135. Silva AP, Santos AVA, Oliveira SRFA. A comunidade do S: uma situação de vulnerabilidade socioambiental. IV Jornada de Políticas Públicas. São Luís – MA, 2009.
136. Rocha DFNC, Rosa LRC, Silva CA, Oliveira BR, Martins TLS, Martins RMB, et al. Epidemiology of HIV, syphilis, and hepatitis B and C among manual cane cutters in low-income regions of Brazil. BMC Infect Dis. [Internet]. 2018 [cited 2019 dec 13]; 18: 546. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30390628>.
137. Amorim TF, Teles SA, Moraes LC, Matos MA, Carneiro MADs, Nogueira DJ, et al. Symptomatic Sexually Transmitted Infections in Brazil's emerging rural populations. J Assoc Nurses AIDS Care. [Internet]. 2018 [cited 2019 sep 30] 29(6):942-948. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1055329018301195>
138. Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. Cad Saúde Coletiva. [Internet]. 2000 [acesso em 2019 nov 10]; 8(2): 9-28. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2000_2/artigos/csc_v8n2_09-28.pdf
139. Cochran WG. Técnicas de amostragem. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1965.
140. Volpato GL, Barreto RE. Estatística Sem Dor. 2.ed. São Paulo, 2016.
141. Carneiro APL, Ronzani TM, Avallone DM, Formigoni MLOS. AUDIT e AUDIT-C. Portal de Formação a Distância: sujeitos, contextos e drogas. [Internet]. 2016 [acesso em 2019

jan 15]. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-095653-001.pdf>

142. Méndez BE. Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test [Tese de Doutorado online]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1999 [acesso em 2020 jan 20]. Disponível em: <http://www.epidemiologia.ufpel.br/uploads/teses/Brod%20Mendez%201999%20Dissert.pdf>

143. Lima CT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian Sample. *Alcohol & Alcoholism*. [Internet]. 2005 [cited 2019 nov 10]; 40(6): 584-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16143704>

144. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test –Guidelines for use in primary care. [Internet]. 2001 [cited 2019 nov 10]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf?sequence=1

145. Silveira DX, Doering-Silveira EB. Padrões de Uso de Drogas. Eixo Políticas e Fundamentos. Aberta–Portal de Formação a Distância: sujeitos, contextos e drogas. 2017.

146. Ministério da Saúde (BR). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. HIV: Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil. [Internet]. Brasília; 2010 [acesso em 2020 jan 6]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HIV_estrategias_testes_rapidos_brasil.pdf.

147. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico para diagnóstico das hepatites virais. Kit HBsAg Bioclin- teste rápido para diagnóstico da hepatite B. [Internet]. Brasília; 2015. [acesso em 2020 jan 5]. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/147703/mod_resource/content/1/Manual%20HBsAg%20%E2%80%93%20Bioclin%20%282018%29.pdf

148. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde: SISTEMA TELELAB – Educação Permanente. Teste rápido para diagnóstico de hepatite C. [Internet]. Brasília; 2017. [acesso em 2020 jan 5]. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22183/mod_resource/content/2/Hepatites%20-%20Manual%20Aula%204.pdf

149. Ministério da Saúde (BR). Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. [Internet]. Brasília; 2016. [acesso em 2020 jan 5]. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/207775/mod_resource/content/1/Manual%20TR%20SI%CC%81FILIS%20BIO%20%E2%80%93%20BIOCLIN%20%282019%29.pdf

150. Ministério da Saúde (BR). Sistema TELELAB – Educação Permanente. Teste rápido para investigação da infecção pelo HIV por meio do kit ABON HIV. [Internet]. Brasília; 2019. [acesso em 2020 jan 5]. Disponível em: https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/155183/mod_resource/content/1/manual%20TR%20ABON%20HIV%20Tri-line.pdf

151. Cross. Regressão Logística Binária. Champman, 2013.
152. Ministério da Saúde (BR) Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília; 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

SEÇÃO I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Iniciais _____	()
1- Comunidade onde mora: _____	()
2- Sexo: 1-() Masculino; 2-() Feminino	()
3- Tel 1: () - _____ ; Tel 2: () - _____	()
4- Data de nascimento: _____ / _____ / _____	
5- Você estuda? 1-() Sim; 2-() Não. Se sim, especificar 1- Ensino fundamental ou primeiro grau () 3- Ensino técnico () 4- Alfabetização de adultos () 5- Ensino médio ou segundo grau () 6- Superior ()	() () ()
6- Você estudou? Até que série (especifique em anos de estudo)? _____	()
7- Estado civil: 1-() Casado/união consensual; 2-() Solteiro; 3-() Separado; 4-() Viúvo	()
8- Quantos filhos possui: _____	()
9- Ocupação: _____	()
10- Renda mensal: _____	()
11- Tipo de moradia: 1-() Alvenaria 2-() Taipa (Pau a pique) 3-() Palafita	()
12- Classificação do tipo de moradia ribeirinha: 1-() Várzea Alta (Palafita) 2-() Várzea Baixa (Flutuante) 3-() Terra Firme (urbanas)	()
13- Sua residência possui saneamento básico? 1-() Sim 2-() Não	()
SEÇÃO II– COMPORTAMENTO E FATORES DE RISCO PARA SIFILIS, HEPATITE B, C e HIV	
26-Você tem alguma tatuagem/piercing no corpo? 1-() Sim; 2-() Não	()
27-Se sim: quantos _____	
28-Você já fez hemodiálise? 1-() Sim; 2-() Não, em que mês e ano parou? _____ / _____	()
29-Atualmente, você fez hemodiálise? 1-() Sim; 2-() Não	()
30-Você já fez transfusão de sangue (recebeu sangue na veia)? 1-() Sim; 2-() Não	()
31-Caso afirmativo, transfusão foi antes de 1994? 1-() Sim; 2-() Não; 3-() Não lembra	()
32-Já compartilhou material de higiene (alicate de unha, prestobarba, escova de dente e outros)? 1-() Sim; 2-() Não	()
33-Já foi preso? 1-() Sim; 2-() Não;	()
34-Se sim, quantas vezes? _____	
35-Qual o ano da sua última experiência na prisão? _____	()
SEÇÃO III– COMPORTAMENTO SEXUAL	
36-Já iniciou atividade sexual? 1-() Sim; 2-() Não	()
37-Idade da primeira relação sexual: _____	()
38-Qual foi o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses? _____	()
39-Você sente atração sexual por: 1-() Homem; 2-() Mulher; 3-() Homem e Mulher	()
40-Você já teve relação sexual com pessoa do mesmo sexo? 1-() Sim; 2-() Não	()
41-Tipo de parceiros (as) sexuais nos últimos 12 meses? 1-() Não teve relações sexuais; 2-() Só homens; 3-() Só mulheres; 4-() Homens/Mulheres; 5-() Travestis/Transsexuais;	()
42-Qual (ais) tipo (s) de prática sexual você tem ou teve neste período (12 meses)? 1-() Vaginal; 2-() Oral; 3-() Anal; 4-() Oro-anal (boca no ânus); 5-() Todos	()
43-Você conhece o preservativo masculino? 1-() Sim; 2-() Não	()
44-Se sim, já utilizou? 1-() Sim; 2-() Não	
45-Você conhece preservativo feminino? 1-() Sim; 2-() Não;	()
46-Se sim, já utilizou? 1-() Sim; 2-() Não	()
47-Pensando na última relação sexual, você usou o preservativo? 1-() Sim; 2-() Não	()
48-Frequência do uso do preservativo nos últimos 12 meses?	()

1-() Sempre; 2-() Às vezes; 3-() Nunca	
49-Você teve relação sexual com parceiros(as) casuais [paqueras, “ficantes”, rolos, amigo(a)] nos últimos 12 meses? 1-() Sim; 2-() Não	()
50-Se sim, usaram preservativo? 1-() Sempre; 2-() Às vezes; 3-() Nunca	
51-Em quais lugares/pessoas você obtém os preservativos? 1-() ONG; 2-() Unidade de Saúde (CTA, cais, outros); 3-() Comércio; 4-() Outros. Especifique: _____	()
52-Você conhece lubrificantes íntimos (gel) mesmo que só de ouvir falar? 1-() Sim; 2-() Não	()
53-Já usou estes lubrificantes? 1-() Sim; 2-() Não	
54-Você concorda com a seguinte afirmação: “o uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas tenham relação sexual sem usar camisinha”? 1-() Sim; 2-() Não	()
55-Se sim, isso já aconteceu com você? 1-() Sim; 2-() Não	
56-Você já teve relação sexual com profissional do sexo? 1-() Sim; 2-() Não	()
57- Se sim, usou preservativo? 1-() Sim; 2-() Não	()
58-Você já recebeu dinheiro ou pagou em troca de sexo? 1-() Sim; 2-() Não	()
59-Se sim: usou preservativo? 1-() Sim; 2-() Não	
60-Você já utilizou dispositivo móvel-celular (tinder, badoo, happn) para busca de parceiro sexual: 1-() Sim; 2-() Não	
61-Você já fez sexo com parceiro sexual que conheceu pelo celular (dispositivo móvel)? 1-() Sim; 2-() Não	() ()
62-Se sim, frequência do uso do preservativo com estes parceiros advindos de dispositivo móvel? 1-() Sempre; 2-() Às vezes; 3-() Nunca	()
63-Já contraiu algum tipo de IST (doença do mundo, venérea, doença que pega pelo sexo)? 1-() Sim; 2-() Não	()
64- Se sim, especifique: _____	
65- Durante a sua vida, você já teve algum desses problemas na genitália (vagina, ânus, pênis): 65.1 Feridas? 1-() Sim; 2-() Não; Se sim, idade/ano do último episódio: _____ 3-() Não lembra 65.2 Pequenas bolhas? 1-() Sim; 2-() Não; Se sim, idade/ano do último episódio: _____ 3-() Não lembra 65.3 Verrugas? 1-() Sim; 2-() Não; Se sim, idade/ano do último episódio: _____ 3-() Não lembra 65.4 Corrimento pelo canal da urina? 1-() Sim; 2-() Não; Se sim, idade/ano do último episódio: _____ 3-() Não lembra	() () () ()
66-Você procurou tratamento em alguma unidade de saúde (quando apresentou IST ou corrimento ou ferida/úlcera)? 1-() Sim; 2-() Não; Caso não, o que fez para tratar?	()
67-Na última vez que você teve um desses problemas, recebeu alguma dessas orientações: 67.1- Usar regularmente preservativo 1-() Sim; 2-() Não; 67.2- Informar aos(as) parceiros(as) 1-() Sim; 2-() Não; 67.3- Fazer o teste de HIV 1-() Sim; 2-() Não; 67.4- Fazer o teste de sífilis 1-() Sim; 2-() Não; 67.5- Fazer os testes para as hepatites B e C 1-() Sim; 2-() Não;	() () () () ()
SEÇÃO IV – HÁBITOS E COSTUMES ASSOCIADOS AO USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS	
68-Você fuma Tabaco/cigarro atualmente? 1-() Sim; 2-() Não;	()
69-Se sim, quantos cigarros por dia? _____	()
70-Você já fumou Tabaco/cigarro? 1-() Sim; 2-() Não;	
71-Você já usou algum tipo de droga ilícita (proibida) na vida? 1-() Sim; 2-() Não;	
72-Se sim, qual(is)? 1-() Crack; 2-() Maconha; 3-() Cocaína; 4-() Droga injetável; 5-() Outra: Especifique: _____	()
73-Em caso de uso de drogas: Com qual idade você começou a usar drogas? _____	()
74-Em caso de uso de drogas: Você fez uso de drogas nos últimos 12 meses? 1-() Sim; 2-() Não;	()
75-Se sim, qual(is)? 1-() Crack; 2-() Maconha; 3-() Cocaína; 4-() Droga injetável; 5-() Outra: Especifique: _____	()

76-Em caso de uso de drogas: Com que frequência você fez uso de drogas nos últimos 12 meses? 1-() Todos os dias; 2-() 1x/ semana; 3-() 2 ou 3x/ semana; 4-() 1x/ mês;	()
77-Em caso de uso de cocaína: Você já compartilhou o canudo para o uso da cocaína em pó? 1-() Sim; 2-() Não	()
78-Em caso de uso de drogas injetável: Você já se injetou com seringa/agulha que havia sido usada antes por outra pessoa? 1-() Sim; 2-() Não	()
79-Alguma vez em sua vida você já usou anfetamina (são drogas estimulantes como bolinhas, rebites, medicamentos para emagrecer, ritalina, modafinil, ecstasy, etc.)? 1-() Sim; 2-() Não	ANFETA () ()
80-Se sim, utilizou nos últimos 12 meses? 1-() Sim; 2-() Não	

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Baseado nas recomendações contidas na Resolução CNS nº466/2012)

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre Infecção pelas hepatites virais, HIV/aids e sífilis em pessoas das comunidades ribeirinhas, que tem como título: **Prevalência e fatores associados à infecção por sífilis, HIV, hepatite B e C em população ribeirinha**, da aluna do curso de pós Graduação em Enfermagem (PPGENF), nível Mestrado, da Universidade Federal da Paraíba, Wynne Pereira Nogueira, sob a responsabilidade e orientação da Prof(a) Dr^a Ana Cristina de Oliveira e Silva.

Os objetivos do estudo são: Investigar a epidemiologia das hepatites virais B e C, HIV/Aids e sífilis e os seus fatores associados na população ribeirinha residente no município de João Pessoa; descrever características que possam estar relacionadas aos fatores sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda etc) e de comportamento de risco (presença de tatuagem, piercings, realização de cirurgias, consumo de álcool e drogas, uso de preservativos, práticas sexuais, dentre outros) além de identificar os fatores que podem contribuir para ocorrência de infecção por hepatites B e C, HIV/aids e sífilis nessa população. Tais informações serão valiosas para elaboração de medidas educativas-preventivas que contribuirão para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem a beira de rios.

Para o desenvolvimento deste estudo, será realizada uma entrevista e em seguida a realização dos testes rápidos para identificar hepatite B e C, HIV/Aids e sífilis. A entrevista (perguntas) terá duração média de 30 minutos e será realizada de forma individual, em local privativo, para garantia da privacidade e sigilo das informações declaradas pelos participantes; em seguida será realizado o exame (teste rápido), que para tanto será necessária a coleta de uma gota de sangue de sua polpa digital (ponta do dedo). Ressaltamos que será preconizado os protocolos do Ministério da Saúde para coleta e armazenamento do material biológico.

Assim, solicitamos a sua colaboração para participar de forma voluntária da entrevista e do teste acima descrito, bem como sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Informamos que o estudo poderá lhe causar riscos mínimos, como desconforto por se sentir incomodado em responder algumas perguntas de sua intimidade, pelo tempo de duração da entrevista (em torno de 30 minutos), ou sentir-se constrangido ou receoso diante de um possível resultado positivo dos testes rápidos para as referidas infecções, além de um discreto desconforto físico, decorrente de punção da polpa digital da mão para obtenção de sangue para realização do teste rápido.

Esclarecemos que sua participação no estudo é totalmente voluntária sem nenhum custo e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum tipo de prejuízo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o

meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de ____ de ____

Impressão dactiloscópica

Assinatura do participante ou responsável legal

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o(a) pesquisador(a) Wynne Pereira Nogueira, Telefone: (83) 3216-7109 ou para o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba - Endereço: Universidade Federal da Paraíba Campus I – 1º andar - Cidade Universitária, CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB. Email: comitedeetica@ccs.ufpb.br Telefone: (83) - 3216 7791

APÊNDICE C

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE RESULTADOS DE TESTES RÁPIDOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
Data da coleta: ____/____/____ Nome do participante: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: ()M ()F
<u>TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE PARA HEPATITE B-HBsAg</u> Amostra: sangue total Nome do produto: Bioclin – HBsAg [Quibasa Química-Brasil] Método : Imunocromatografia Resultado do teste: () Amostra REAGENTE para o antígeno de superfície da Hepatite B () Amostra NÃO REAGENTE para o antígeno de superfície da Hepatite B
<u>TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPO PARA HEPATITE C</u> Amostra: sangue total Nome do produto: ALERE HCV Método: Imunocromatografia Resultado do teste: () Amostra REAGENTE para o anticorpo para Hepatite C () Amostra NÃO REAGENTE para o anticorpo para Hepatite C
<u>TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA SÍFILIS</u> Amostra: sangue total Nome do produto: Bioclin - Sífilis Método: Imunocromatografia Resultado do teste: () Amostra REAGENTE para o anticorpo para Sífilis () Amostra NÃO REAGENTE para o anticorpo da Sífilis
<u>TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV</u> TESTE 1 : Nome do produto: ABON HIV 1 e 2 Método: Imunocromatografia Resultado do teste: () Amostra REAGENTE para HIV () Amostra NÃO REAGENTE para HIV TESTE 2 (se realizado): Nome do produto: Bio-Manguinhos TR DPP® HIV ½ Método: Imunocromatografia Resultado do teste: () Amostra REAGENTE para HIV () Amostra NÃO REAGENTE para HIV

APÊNDICE D
FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

Data: ____/____/____

Para: _____

Horários de atendimento: _____

Endereço: _____

Telefone: () - _____

Encaminhamos o Sr(a): _____

Para:

- () Repetir sorologia para HIV – 1/2
- () Repetir sorologia para Hepatite C
- () Repetir sorologia para Sífilis
- () Repetir sorologia para Hepatite B

Exames realizados:

() **Testagem rápida para HIV**

Teste 1: Abon HIV 1 e 2: _____

Teste 2 (se realizado): _____

TR DPP HIV 1/2 – Bio-Manguinhos: _____

() **Testagem rápida para Hepatite B**

Teste: Bioclin – HBsAg [Quibasa Química-Brasil]: _____

() **Testagem rápida para Hepatite C**

Teste: ALERE – HCV: _____

() **Testagem rápida para Sífilis**

Teste: Bioclin – Sífilis: _____

Solicitamos avaliação clínica e conduta.

Atenciosamente,

Responsável

ANEXOS

ANEXO A

Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool (AUDIT)

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho etc)? 0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês 3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana	
2. Quantas doses, contendo álcool, você consome num dia em que normalmente bebe? 0 (1 a 2 doses) 1 (3 a 4 doses) 2 (5 a 6 doses) 3 (7 a 9 doses) 4 (10 ou mais doses)	
3. Com que frequência você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? 0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês 3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana	
4. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado? 0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês 3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana	
5. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você deixou de fazer algo ou atender a algum compromisso devido ao uso de bebida alcoólica? 0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês 3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana	
6. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor? 0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês 3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana	
7. Com que frequência você sentiu-se culpado ou com remorso depois de beber? 0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês 3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana	
8. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido? 0 Nunca 1 Uma vez por mês ou menos 2 Duas a quatro vezes por mês 3 Duas a três vezes por semana 4 Quatro ou mais vezes por semana	
9. Você ou outra pessoa já se machucou devido a alguma bebedeira sua? 0 Nunca 2 Sim, mas não nos últimos 12 meses 4 Sim, nos últimos 12 meses	
10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse a quantidade? 0 Nunca 2 Sim, mas não nos últimos 12 meses 4 Sim, nos últimos 12 meses	
Nome do entrevistador:	

ANEXO B

NORMAS DA REVISTA ENFERMERÍA GLOBAL

Estrutura/formato

- Os trabalhos *originais* serão ordenados de acordo com os parágrafos habituais: Introdução, material e método, resultados, discussão, conclusões, bibliografia.
- Serão apresentados em formato Word, paginados, com espaçamento simples e com letra Arial tamanho 12.
- Na primeira página deve constar o título em espanhol e inglês, e também em português se for o idioma nativo do autor. Nome dos autores, identificação da instituição ou centro de trabalho onde pertencem, morada, telefone e e-mail de contacto do primeiro autor.
- O **título no idioma original** do artigo deve estar a negrito, tamanho 14, centrado.
- A **tradução do título** deve constar na linha seguinte, a negrito e centrado. Se existirem mais traduções estas deverão ser escritas cada uma numa linha diferente.
- Apresentação do resumo (de 250 palavras máximo, escritas para um espaço) e palavras-chave (de três para seis) em espanhol, inglês e na língua nativa do autor, se for outra.
- O **resumo** deve vir depois da afiliação dos autores, alinhado à esquerda, tamanho 12. A palavra "Resumo:" deve estar a negrito e com dois pontos. O texto do resumo deve começar no parágrafo seguinte, tamanho 12 e justificado. Para resumos estruturados (contém secções como introdução, método, conclusões, etc.), cada título de secção deve estar a negrito, seguido de dois pontos: O texto de cada secção do resumo deve estar em parágrafos distintos.
- As **palavras chave** devem estar depois do resumo, tamanho 12. O texto "Palavras-chave:" deve estar a negrito seguido de dois pontos. Cada uma das palavras-chave devem estar separadas por uma vírgula ou ponto e vírgula, finalizadas por um ponto.
- O ***Abstract***, deverá estar alinhado à esquerda, tamanho 12. A palavra **Abstract:** deve estar a negrito e com dois pontos. O texto do resumo deve começar num novo parágrafo, tamanho 12 e justificado. Para abstracts estruturados, cada título de secção deve estar a negrito, seguido de dois pontos. O texto de cada secção do abstract deve estar em parágrafos distintos.
- As ***key words*** devem estar depois do resumo, tamanho 12. O texto "Key words:" deve estar a negrito seguido de dois pontos. Cada uma das key words devem estar separadas por uma vírgula ou ponto e vírgula, finalizadas por um ponto.
- **Secções/Subtítulos de parágrafo:** Fonte tamanho 16, centrado, a negrito, com a primeira letra em maiúscula.
- **Subsecções/Subtítulos de parágrafo secundários:** Fonte tamanho 14, centrado, a negrito, com a primeira letra em maiúscula. Quando existam subsecções de subsecção, formatar em tamanho 13, negrito e centrado.
- **Corpo do texto:** Fonte tamanho 12 justificado. *NÃO devem existir saltos de linhas entre parágrafos.*
- **Título de imagens:** Fonte tamanho 12, centrado e a negrito, separado por dois pontos da sua descrição. Descrição das imagens: tamanho 12.
- **Notas junto às imagens:** Fonte tamanho 12 e centradas com a imagem, a primeira letra deve estar em maiúscula.
- **Tabelas de tipo texto:** O título das colunas das tabelas deve estar a negrito e os dados do corpo da tabela com fonte normal. Os nomes científicos devem estar em itálico.
- **Notas junto da tabela:** Fonte tamanho 12 e centradas com a tabela, a primeira letra deve estar em maiúscula.
- **Citações do tipo autor e ano** devem estar entre parêntesis, com o apelido do autor seguido pelo ano (Souza, 2007), primeira letra em maiúscula.
- **Citações numéricas** devem estar entre parêntesis e com formato de super-índice ⁽¹⁾
- As **referências bibliográficas** deverão ter no início o número sequencial correspondente.
- A bibliografia deve ser apresentada utilizando o estilo "Vancouver", citando-se no texto com números arábicos consecutivos, em super-índice e entre parênteses por ordem de aparecimento.