



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA PONTES SOARES

INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL EM CORTADORES DE CANA DE
AÇÚCAR: FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E COMPORTAMENTOS DE RISCO

JOÃO PESSOA - PB

2017

JULIANA PONTES SOARES

**INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL EM CORTADORES DE CANA DE
AÇÚCAR: FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E COMPORTAMENTOS DE
RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para 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: Epidemiologia das hepatites virais B e C, HIV/aids e sífilis em cortadores de cana de açúcar: base para ações de promoção da saúde.

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

JOÃO PESSOA-PB

2017

S676i Soares, Juliana Pontes.
Infecção sexualmente transmissível em cortadores de cana
de açúcar: fatores sociodemográficos e comportamentos de
risco / Juliana Pontes Soares. - João Pessoa, 2017.
67 f.: il. -

Orientadora: Ana Cristina de Oliveira e Silva.
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Infecções Sexualmente
Transmissíveis. 3. Populações Vulneráveis. I. Título.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

JULIANA PONTES SOARES

**INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL EM CORTADORES DE CANA DE
AÇÚCAR: FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E COMPORTAMENTOS DE
RISCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.


Aprovada em de de 2017.

BANCA EXAMINADORA

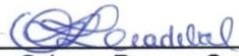


Prof.^a. Dr.^a. Ana Cristina de Oliveira e Silva
Orientadora

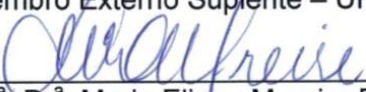
Profa. Dra. Karlla Antonieta Amorim Caetano
Membro Externo Titular – UFG



Prof.^a. Dr.^a. Jordana de Almeida Nogueira
Membro Interno Titular – UFPB



Profa. Dra. Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal
Membro Externo Suplente – UFPB



Prof.^a. Dr.^a. Maria Eliane Moreira Freire
Membro Interno Suplente – UFPB

Ao meu “AVOHAI” (Avô e Pai), **ZACARIAS MAURÍCIO DE PONTES** (*in memorian*), que me acolheu em seu teto desde os dois meses de vida, me direcionou através dos seus ensinamentos para que pudesse me tornar uma pessoa digna, lutar pelos sonhos e agradecer as conquistas. Obrigada por tudo Vô Zaca!

A minha mãe, **MARIA FRASCINETE PONTES SOARES**, exemplo de força e superação, que sempre incentivou meu crescimento profissional e me apoiou em todas as decisões. Obrigada por tudo!

Ao meu esposo, **JOSÉ CARLOS MOURA DE LUCENA**, que nunca deixou que eu desistisse deste sonho. Nos momentos mais difíceis, estava sempre ao meu lado ajudando a superar os obstáculos. Sua compreensão nos momentos de ausência e seu apoio foram essenciais para essa conquista que é tão minha quanto sua. Obrigada por tudo!

GRATIDÃO DEFINE ESSE MOMENTO!

AMO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela vida abençoada, por me dá forças para seguir em frente e por proporcionar esse momento tão especial.

A **Nossa Senhora das Graças** e a **Imaculada da Conceição**, pelas graças alcançadas, por me proteger e abençoar.

A minha mãe, **Frascinete Pontes**, por sempre incentivar meu crescimento profissional e por acreditar que eu seria capaz de realizar esse sonho.

Aos meus dois irmãos, **Ubiratan e Rejane**, minhas almas gêmeas, por estarem sempre ao meu lado dando amor e carinho apoiando as minhas decisões.

Ao meu esposo, **José Carlos**, por todo amor, apoio e compreensão nos momentos de ausência. Amo você.

Aos meus sobrinhos que tanto amo, **Maria Rita e Zacarias Maurício Bisneto**, por recarregar minhas energias com os abraços e tornar meus dias mais leves.

Aos meus avós, **Zacarias Maurício (in memorian) e Rita**, pela educação, amor e respeito que foram essenciais para minha formação. Gostaria muito que o senhor estivesse aqui para compartilhar a alegria desse momento.

A minha cunhada, **Elizângela**, pelos momentos de oração realizados em minha intenção.

A minha primeira orientadora, **Prof^a. Dr^a. Jordana de Almeida Nogueira**, por me acolher no Núcleo de Estudos em HIV/AIDS, Saúde e Sexualidade (NEHAS), pela oportunidade de compartilhar momentos enriquecedores para o meu crescimento profissional e por ter aceito convite para compor a banca. Muito obrigada por tudo!

A minha querida orientadora, **Prof^a. Dr^a. Ana Cristina de Oliveira e Silva**, pela oportunidade e paciência, por me fazer amadurecer como pesquisadora, por todo apoio na elaboração deste trabalho, pela confiança e por acreditar que eu seria capaz. Muito obrigada por tudo!

A **Prof^a. Dr^a. Eliane Moreira**, por participar ativamente da fase de coleta de dados, da construção deste estudo e por ter aceito convite para compor a banca. Obrigada pelo apoio!

Ao **Prof^a. Dr^a. Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal**, pela contribuição para a qualidade deste trabalho e por ter aceito convite para compor a banca.

Ao **Núcleo de Estudos em Epidemiologia e Cuidados em Agravos Infecciosos com Ênfase em Hepatites Virais (NECAIH)** de Goiás, pela parceria e contribuição para realização deste estudo.

A **Prof^a. Dr^a. Sheila Araújo Teles**, pela parceria e oportunidade de compartilhar suas experiências enriquecedoras.

A **Prof^a. Dr^a. Karlla Antonieta Amorim Caetano**, pela contribuição neste estudo, pelos momentos compartilhados que foram essenciais para meu crescimento profissional, e por ter aceito convite para compor a banca.

A **Prof^a. Dr^a. Megmar dos Santos Carneiro**, pela contribuição na construção deste trabalho.

A **Pauliê e Luana**, pela disponibilidade em contribuir para este trabalho.

Aos amigos do Grupo Riquinhos, **Orlando, Laura e Adriana**, pela participação, contribuição e principalmente pela amizade que construímos durante este período.

Aos amigos, **Patrícia, Wilton e Sérgio**, pela participação e contribuição durante o período de coleta.

A **Usina Japungu**, por permitir a realização do estudo e por todo apoio disponibilizado durante a coleta.

Aos **Cortadores de Cana de açúcar**, que mesmo exaustos se disponibilizaram a participar do trabalho. Obrigada por tudo, sem vocês este estudo não seria possível.

Ao Senhor **João Lau**, por todo apoio e atenção no período de coleta.

A **Federação dos Trabalhadores na Agricultura da Paraíba**, pelas informações disponibilizadas.

A **Nathali Costa**, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela ajuda, paciência e por todas as informações disponibilizadas durante este período.

As melhores amigas do mestrado, **Emanuelle e Ana Carolina (Manu e Carol)**, pelos momentos que compartilhamos conhecimentos, pela cumplicidade, pelos momentos de descontração que tornaram os dias cansativos mais leves e principalmente pela amizade que construímos durante este período. Do Mestrado para a VIDA!

As amigas **Adriana, Mayara, Geane, Camila, Raquel, Leiliane e Marcia** que participaram e partilharam de vários momentos durante o Mestrado.

A todos os funcionários e docentes do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** pela dedicação e recepção.

À **Coordenação em Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (Capes)**, pelo apoio financeiro.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**, pelo apoio financeiro.

A todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para realização deste trabalho. Obrigada!

**“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo
para a vitória é o desejo de vencer”.**

Mahatma Gandhi

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1**-Características sociodemográficas dos cortadores de cana de açúcar – João Pessoa, Paraíba – PB, 2016. 36
- TABELA 2**-Comportamentos de risco para infecção sexualmente transmissível nos cortadores de cana de açúcar – João Pessoa, Paraíba - PB, 2016. 37
- TABELA 3**-Análise dos fatores sociodemográficos e comportamentos de risco associados à prevalência de infecção sexualmente transmissível segundo relato nos cortadores de cana de açúcar - João Pessoa, Paraíba - PB, 2016. 39
- TABELA 4**-Variáveis associadas à infecção sexualmente transmissível nos cortadores de cana de açúcar – João Pessoa, Paraíba – PB, 2016. 40
- TABELA 5**-Modelo de regressão logística (1) segundo variáveis consideradas preditoras às infecções sexualmente transmissíveis, segundo relato nos cortadores de cana de açúcar - João Pessoa, Paraíba - PB, 2016. 41
- TABELA 6**-Modelo de regressão logística (2) com as variáveis significativas para infecção sexualmente transmissível nos cortadores de cana de açúcar - João Pessoa, Paraíba - PB, 2016. 41
- TABELA 7**-Influência das variáveis significativas individuais do modelo (2) de regressão logística e influência dos fatores associados nas infecções sexualmente transmissíveis nos cortadores de cana de açúcar - João Pessoa, Paraíba - PB, 2016. 42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ARR	Aumento Relativo no Risco
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
FETAG	Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado da Paraíba
HIV	<i>Human Immunodeficiency Vírus</i>
HPV	<i>Human Papillomavirus</i>
HSH	Homem que faz sexo com homem
HULW	Hospital Universitário Lauro Wanderley
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INFOPEN	Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NECAIH	Núcleo de Estudos em Epidemiologia e Cuidados em Agravos Infecciosos com Ênfase em Hepatites Virais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PrEP	Profilaxia Pré-exposição
PNSIPCF	Política Nacional da Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNAIDS	<i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

SOARES, Juliana Pontes. **Infecção Sexualmente Transmissível em Cortadores de Cana de Açúcar: fatores sociodemográficos e comportamentos de risco.** 2017. 67f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

Introdução: Infecções sexualmente transmissíveis são mais prevalentes entre populações vulneráveis, dentre elas destacam-se os cortadores de cana de açúcar manual. **Objetivo:** Analisar as infecções sexualmente transmissíveis em cortadores de cana de açúcar da Paraíba e sua associação com características sociodemográficas e comportamento de risco. **Método:** Estudo observacional, transversal, desenvolvido em uma Usina, Paraíba, com 300 cortadores de cana de açúcar. A coleta de dados ocorreu de 25 de fevereiro a 01 de março de 2016. Realizou-se uma análise descritiva (frequência absoluta e relativa em porcentagem), Odds ratio, Regressão logística múltipla e Teste de Verossimilhança. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, conforme o parecer nº 1507737 com CAAE nº 53400516.8.0000.5183. **Resultados:** A prevalência de infecção sexualmente transmissível através do relato foi de 8,0% (IC 95%: 5,0-10,7). Todos entrevistados eram do sexo masculino, 40,3% na faixa etária de 30 a 39 anos, 61,0% possuíam até 4 anos de estudo, 91,3% casados, 61,7% recebiam de 1 a 2 salários mínimos. Quanto aos comportamentos de risco, 50,0% tiveram a primeira relação sexual com idade igual ou superior a 16 anos, 89,3% não tinham relação sexual com homens, 71,7% tiveram 1 parceiro sexual nos últimos 12 meses, 59,0% nunca utilizaram preservativo, 3,7% afirmaram a ocorrência de ferida genital e 5,0% de corrimento, 2,0% relataram abuso sexual, 11,3% utilizavam maconha, 51,3% utilizavam bebidas alcoólicas. Escolaridade (OR: 4,3; IC 95%: 1,6-12,1), uso de maconha (OR: 6,1; IC 95%: 2,2-17,5), ter sofrido abuso sexual (OR: 14,9; IC 95%: 2,2-100,1) e uso de álcool (OR: 4,1; IC 95%: 1,5-11,9) foram considerados fatores preditores para infecção sexualmente transmissível. **Conclusão:** Os fatores sociodemográficos e os comportamentos de risco de cortadores de cana de açúcar possui associação com as infecções sexualmente transmissíveis.

DESCRITORES: Doenças Sexualmente Transmissíveis; Prevalência; Populações Vulneráveis; População Rural.

ABSTRACT

SOARES, Juliana Pontes. **Sexually Transmitted Infection in Sugar Cane Cutters: social demographic factors and risk behaviours.** 2017. 67p. Dissertation (Master's degree in Nursing) – Centre of Health Science, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2017.

Introduction: Sexually transmitted infections are the most prevalent among vulnerable populations; among them, we highlight the manual sugar cane cutters. **Objective:** To analyze the sexually transmitted diseases in sugar cane cutters from Paraíba and their association with the social demographic characteristics and risk behavior. **Method:** Observational, transversal study developed in the Sugar Mill, Paraíba, with 300 sugar cane cutters. The data collection happened between 25th February until 01st March. A descriptive analysis (absolute and relative frequency in percentage) was performed, Odds ratio, multiple logistic regression and Likelihood Ratio Test. The Project was approved by the Committee of Ethics and Research of the University Hospital Lauro Wanderley, according to the Technical opinion number 1507737 with CAAE number 53400516.8.0000.5183. **Results:** The prevalence of the sexually transmitted infection through the report was by 8.0% (IC 95%: 5.0-10.7). All interviewee were males, 40.3% aged between 30 and 39 years old, 61% had studied for up to 4 years, 91.3% were married, 61.7% earned between 1 and 2 minimum salaries. On their risk behaviors, 50.0% had had their first sexual intercourse with the age of 16 or older, 89.3% did not have sexual intercourse with men, 71.7% had had 1 sexual partner in the last 12 month, 59% had never used condom, 3.7% said they had genital wound and 5% had discharge, 2.0% mentioned sexual abuse, 11.3% used marihuana, 51,3% used alcoholic drinks. Scholarship OR: 4.3; IC 95%: 1,6-12.1), use of marihuana (OR: 6.1; IC 95%: 2.2-17.5), were sexually abused (OR: 14.9; IC 95%: 2.2-100.1) and use of alcohol (OR: 4.1; IC 95%: 1.5-11.9) were considered predictive factors for sexually transmitted infection. **Conclusion:** The social demographic factors and the risk behaviors of sugar cane cutters has association with the sexually transmitted infections.

DESCRIPTORS: Sexually Transmitted Diseases, Prevalence; Vulnerable Population; Rural Population.

RESUMEN

SOARES, Juliana Pontes. **Infección Transmitida Sexualmente en Cortadores de Caña de Azúcar: factores sociales demográficos y comportamientos de riesgo.** 2017. 67p. Disertación (Maestría en enfermería) – Centro de Ciencias de la salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2017.

Introducción: Las infecciones de transmisión sexual son más frecuentes entre las poblaciones vulnerables; entre ellos, destacamos los corteros de caña de azúcar manual. **Objetivo:** Analizar las enfermedades de transmisión sexual en los cortadores de caña de azúcar de Paraíba y su asociación con las características demográficas sociales y comportamiento de riesgo. **Método:** Estudio observacional, transversal, desarrollado en el molino de azúcar, Paraíba, con 300 cortadores de caña de azúcar. La recolección de datos ocurrió entre el 25 de febrero hasta el 01 de marzo. Se realizó un análisis descriptiva (frecuencia absoluta y relativa en porcentaje), Odds ratio, regresión logística múltiple y prueba de razón de verosimilitud. El proyecto fue aprobado por el Comité de ética e investigación de el Hospital de la Universidad Lauro Wanderley, según el número de dictamen técnico 1507737 con número de producto 53400516.8.0000.5183. **Resultados:** La prevalencia de la infección de transmisión sexual a través del informe fue de 8,0% (IC 95%: 5,0-10,7). Todos los entrevistados eran machos, 40,3% edades comprendida entre los 30 y 39 años de edad, 61% habían estudiado hasta 4 años, 91,3% fueron casados, 61,7% obtenido entre 1 y 2 salarios mínimos. En sus comportamientos de riesgo, 50,0% habían tenido su primera relación sexual con la edad de 16 años, 89,3% no tuvo relaciones sexuales con hombres, 71,7% habían tenido 1 pareja sexual en los últimos 12 meses, 59% no habían usado condón, 3,7% dijo habían herida genital y 5% tenían descarga, 2,0% mencionó el abuso sexual, 11,3% utilizada marihuana, 51,3% utilizada alcohólica bebidas. Becas (OR: 4,3; IC 95%: 1,6-12,1), usaran marihuana (OR: 6,1; IC 95%: 2,2-17,5), fueron víctimas de abusos sexuales (OR: 14,9; IC 95%: 2,2-100,1) y el uso de alcohol (OR: 4,1; IC 95%: 1,5-11,9) se consideraron factores predictivos de infección de transmisión sexual. **Conclusión:** Los factores demográficos sociales y los comportamientos de riesgo de los cortadores de caña de azúcar tiene asociación con las infecciones de transmisión sexual.

DESCRIPTORES: Enfermedades de Transmisión Sexual, La Prevalencia; Población Vulnerable; Población Rural.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivos Específicos	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	Contextualizando as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	18
3.2	População Vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis: aspectos sociodemográficos e comportamentais	19
3.3	População do Campo	25
3.4	Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis	27
4	MÉTODO	30
4.1	Tipo de Estudo	30
4.2	Local do Estudo	30
4.3	População e Amostra	31
4.4	Procedimentos de Coleta de Dados	32
4.4.1	Treinamento dos Pesquisadores	32
4.4.2	Instrumento	32
4.4.2.1	Variáveis do Estudo	33
4.4.3	Coleta de Dados	33
4.5	Análise dos Dados	34
4.6	Aspectos Éticos	35
5	RESULTADOS	36
5.1	Caracterização dos cortadores de cana de açúcar segundo dados sociodemográficos e comportamento de risco	36
5.2	Infecção sexualmente transmissível e sua associação com fatores sociodemográficos e comportamento de risco	38
6	DISCUSSÃO	43
7	CONCLUSÃO	50
	REFERÊNCIAS	52
	ANEXOS	61
	Anexo A	62
	Anexo B	64
	Anexo C	67

1 INTRODUÇÃO

Apesar do avanço alcançado por meio de pesquisas com relação às formas de prevenção e tratamento, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) persistem como um sério problema de saúde pública, merecendo destaque devido ao seu alto poder de disseminação, principalmente nos países em desenvolvimento. Estima-se que diariamente, em todo o mundo, mais de 1 milhão de pessoas adquirem alguma IST, e a previsão anual é de 357 milhões de novas infecções curáveis como a Clamídia, Gonorréia, Sífilis e Tricomoníase (WHO, 2015a; BRASIL, 2016a).

Grande parte das IST é silenciosa, pois não apresenta sintomas, ou quando os apresenta são leves, podendo muitas vezes não caracterizar uma IST. Quando presente, essas infecções podem causar o aparecimento de infertilidade, câncer cervical, anal e peniano. Refletem diretamente na qualidade de vida das pessoas, pois, comprometem a saúde sexual e reprodutiva, causam incapacidades, problemas neurológicos irreversíveis, complicações durante o período gestacional, para a mãe e para o feto, além de potencializar o risco de adquirir o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (ARAÚJO et al., 2015; BRASIL, 2016a; ROMPALO, 2011).

As IST são transmitidas predominantemente através da relação sexual desprotegida, mas também possuem outras vias de disseminação como transfusão sanguínea, uso de drogas injetáveis, transplantes de órgãos, transmissão vertical, contato direto do sangue, sémen ou secreção vaginal de uma pessoa infectada com a pele lesada (com feridas abertas) (BRASIL, 2010).

A maioria dos casos dessas infecções encontra-se entre as populações vulneráveis como profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens (HSH), caminhoneiros, usuários de drogas injetáveis (UDI), pessoas privadas de liberdade, adolescentes e populações migrantes. Na maioria das vezes esses grupos específicos não têm acesso aos serviços de saúde, fato que contribui para a subnotificação das IST curáveis e incuráveis (BRASIL, 2005; WHO, 2015a).

Dentre as IST curáveis há uma maior prevalência de Clamídia, Gonorréia, Tricomoníase e Sífilis, e entre as incuráveis um dos maiores números de registros é de HIV/aids. Globalmente, a cada ano são registrados 131 milhões de casos de

Clamídia, 78 milhões de casos de Gonorréia e 143 milhões de casos de Tricomoníase. No Brasil, anualmente, estima-se que na população sexualmente ativa os maiores índices de infecções curáveis são de Clamídia e Gonorréia, com 1.967.200 e 1.541.800 casos, respectivamente (WHO, 2016; BRASIL, 2016a).

Quanto à Sífilis, são registrados no mundo, a cada ano 5,6 milhões de novas infecções. Segundo dados do boletim epidemiológico, em 2015 foram notificados no Brasil 65.878 casos de sífilis na população sexualmente ativa. A mesma atinge predominantemente pessoas negras, sendo altamente prevalente nas populações vulneráveis, em destaque os homens que fazem sexo com homens, e quando não tratada pode trazer inúmeras complicações ao paciente, visto que nas lesões sifilíticas há uma quebra na integridade da mucosa aumentando o risco de aquisição e transmissão do vírus HIV (AZULAY; AZULAY; NERY, 2013; WHO, 2015a; BRASIL, 2016b).

Segundo dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em 2015, havia cerca de 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids e 3,9 milhões dos casos da infecção estavam entre os jovens de 15 a 24 anos. Neste mesmo ano, os jovens nesta faixa etária representaram quase um terço dos 2 milhões de novas infecções de HIV/aids em todo mundo (CDC, 2016; UNAIDS, 2016). Em 2015, no Brasil, foram registrados 39.113 casos de HIV/aids na população em geral (BRASIL, 2016c).

No Brasil e na região Sul, nos últimos dez anos, a taxa de detecção de aids tem apresentado estabilização com uma média de 20,5 e 31,1 casos para cada 100.000 habitantes, respectivamente. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam um crescimento significativo na taxa de detecção, passando de 14,3, 11,7, 17,3 em 2005, para 25,7, 15,2, 18,4 em 2014, respectivamente. A região Sudeste apresentou uma tendência de queda significativa nos últimos dez anos, onde em 2005, a taxa de detecção foi de 25,3, a qual passou para 18,6 casos a cada 100 mil habitantes em 2014 (BRASIL, 2015a).

Ressalta-se que é possível alcançar o controle das infecções, porém é preciso focar as ações nas populações mais vulneráveis e preencher importantes lacunas como a quase inexistência de dados sobre as pessoas mais afetadas pelas infecções sexualmente transmissíveis e sua relação com os fatores de risco no contexto onde se encontram inseridos (UNAIDS, 2014).

Nesse contexto, torna-se imprescindível conhecer a prevalência das diferentes infecções sexualmente transmissíveis nos diversos segmentos populacionais considerados vulneráveis, a fim de observar como essas infecções associam-se às práticas que caracterizam comportamentos de risco em grupos específicos. Este é considerado um dos pontos de partida para o controle de IST (UNAIDS, 2014).

As populações vulneráveis possuem uma maior probabilidade de adquirir as IST, seja por comportamentos de risco ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Nesta direção, evidenciam-se os cortadores de cana de açúcar como um dos segmentos populacionais inseridos neste contexto. Os mesmos são desfavorecidos, tanto na condição de acesso aos serviços de saúde e acesso a informações quanto às ações preventivas (ESTAVELA; SEIDL, 2015).

No Brasil, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população rural é composta por 29.830.007, com maior concentração nas regiões Nordeste e Sudeste, onde a região Nordeste se sobressai às outras regiões com um número de 14.260.704 habitantes rurais. Entre os Estados da referida região, a Paraíba destaca-se com a maior população rural, com um número de 927.850 habitantes (IBGE, 2011). Segundo dados da Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado da Paraíba (FETAG-PB), a população de cortadores de cana no estado é composta atualmente por 8.130 trabalhadores rurais (FETAG-PB, 2015).

A situação socioeconômica dos cortadores de cana pode ser medida pelas suas condições de vida e trabalho, sendo determinantes e condicionantes do adoecimento. Nesse contexto, o processo de infecção e adoecimento encontra-se intimamente relacionado à baixa escolaridade. A informação e o nível de conhecimento específico sobre a doença deve ser o primeiro diagnóstico de como uma população está susceptível às epidemias (ROCHA; MARZIALE; ROBAZZI, 2007; ROSA; NAVARRO, 2014).

Tendo a educação um papel fundamental na assimilação de campanhas informativas e na propensão a mudanças de hábitos e comportamentos sociais, observa-se que a mesma é condizente com um comportamento mais seguro como o uso de preservativo ou uso de conselhos e experiências (IRFF; SOARES; DESOUZA, 2010). A baixa escolaridade, associada às precárias condições de vida e

de acesso aos serviços de saúde, bem como comportamentos de risco tornam os cortadores de cana de açúcar alvo para infecções sexualmente transmissíveis.

No contexto da epidemiologia das IST, observa-se a ausência de estudos que abordem tais infecções relacionadas às condições de saúde dos cortadores de cana de açúcar, uma vez que trata-se de uma população rural, marginalizada, de baixo poder aquisitivo, baixa escolaridade, formada por populações flutuantes, e muitas vezes migrantes, com comportamentos que os colocam em risco para o desenvolvimento das infecções sexualmente transmissíveis (ROSA; NAVARRO, 2014; MORAES; LOPES; PRIULI, 2013).

Os fatores anteriormente descritos justificam a pretensão deste estudo e ressaltam a importância de conhecer quais os potenciais fatores sociodemográficos e as práticas que caracterizam comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis, de forma a subsidiar o planejamento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde neste grupo específico.

Desse modo algumas questões precisam ser elucidadas: Qual o perfil sociodemográfico dos cortadores de cana de açúcar do Estado da Paraíba? Quais os comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em cortadores de cana de açúcar no Estado da Paraíba?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as infecções sexualmente transmissíveis em cortadores de cana de açúcar do Estado da Paraíba e sua associação com as características sociodemográficas e comportamentos de risco.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os cortadores de cana de açúcar da Paraíba segundo dados sociodemográficos;
- Estimar a prevalência das infecções sexualmente transmissíveis segundo relato de cortadores de cana de açúcar da Paraíba;
- Identificar comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis nos cortadores de cana de açúcar da Paraíba;
- Analisar os fatores preditores para as infecções sexualmente transmissíveis em cortadores de cana de açúcar da Paraíba.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contextualizando as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

As infecções sexualmente transmissíveis são consideradas um problema de saúde pública, e a subnotificação dos casos não revela de fato a prevalência e dificulta a quebra da cadeia de transmissão dessas infecções. Se tratando de subnotificação, cita-se como exemplo, a Sífilis adquirida, que somente a partir de 2010 passou a ser uma doença de notificação compulsória, mesmo assim alguns estados ainda não realizam a notificação (POGETTO; PARADA, 2011; WHO, 2015b).

A partir das notificações pode-se identificar as populações mais atingidas e o contexto onde estão inseridas, e traçar estratégias para o controle das IST. Outro fator que dificulta esse controle é que algumas bactérias têm se tornado resistente aos antibióticos disponíveis no mercado, como exemplo a *Neisseria gonorrhoeae*, para a qual reduziram-se as opções de tratamento (POGETTO; PARADA, 2011; WHO, 2015b).

Além dos fatores anteriormente descritos que dificultam a quebra da cadeia de transmissão, outros fatores como discriminação, estigmatização, desigualdades sociais e de gênero contribuem diretamente para a vulnerabilidade e apresentam-se como um grande obstáculo no controle das infecções sexualmente transmissíveis (ANDRADE et al., 2015).

Diante dos agravantes causados pelas IST, a World Health Organization (WHO) lançou o “Projeto de estratégias do setor da saúde global sobre as infecções sexualmente transmissíveis, 2016-2021”, o qual foca nas populações-chave e no contexto o qual estão inseridas, prioriza ações que contribuem para o declínio das IST e das mortes ocasionadas pelas mesmas (WHO, 2015b).

Este projeto objetiva reduzir a discriminação, estigmatização e as desigualdades que contribuem diretamente para a vulnerabilidade dessas pessoas às infecções, visto que esses fatores limitam o acesso às ações preventivas e ao serviço de saúde. O projeto tem como metas para 2030, reduzir em 90% a incidência global de *Neisseria gonorrhoeae* e *Treponema pallidum*, menos de 50 casos de Sífilis congênita por 100.000 habitantes em 80% dos países e 80% das

adolescentes entre 9 e 13 anos imunizadas contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) em 80% dos países (WHO, 2015b).

A estratégia da WHO prioriza especificamente três infecções sexualmente transmissíveis: Gonorréia, pela resistência do agente etiológico as opções de tratamento disponíveis no mercado, e pelo risco de coinfeção de outras IST em especial da Clamídia; Sífilis, buscando a eliminação da sífilis congênita e o controle da sífilis adquirida em populações específicas; e HPV, priorizando a vacinação e eliminação do câncer cervical. Ressalta-se que é necessário traçar novas estratégias através de pesquisas, pois, a infecção por Clamídia tem apresentado um aumento de casos entre os jovens (WHO, 2016).

Para além desse segmento, o uso do preservativo continua sendo o principal método capaz de barrar as infecções sexualmente transmissíveis, porém, existem fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e de gênero que interferem diretamente na sua adesão, principalmente em relações estáveis, dificultando assim o controle das IST (BRASIL, 2015a; ESTAVELA; SEIDL, 2015).

Dessa forma, outros fatores têm sido descritos como associados à diminuição do uso do preservativo: não possuir informação sobre o HIV/aids; informações negativas quanto ao uso do preservativo; não conhecer pessoas com HIV/aids; não se envolver com Organização Não Governamental (ONG) gay; e ser homem que faz sexo com homem. A sensação de prazer, amor, fidelidade e confiança, sobressaem-se a percepção de risco de contrair IST, tanto nas relações heterossexuais como nas homossexuais (DOURADO et al., 2015; VILLELA; BARBOSA, 2015).

3.2 População vulnerável as Infecções Sexualmente Transmissíveis: aspectos sociodemográficos e comportamentais

Na área de saúde, o termo vulnerabilidade tem sido utilizado para definir como determinada doença acomete de maneira diferente indivíduos, grupos específicos e regiões, e a sua relação direta com fatores individuais ou coletivos, sendo eles sociais, políticos, econômicos ou culturais. Este conceito contribui para identificar as razões da epidemia, os impactos que ela causa e articula-se em três

eixos distintos, porém interligados entre si: individual, social e programático (ZAROWSKY et al., 2013).

A vulnerabilidade individual envolve a dimensão cognitiva e comportamental. Está associada às informações que o indivíduo possui sobre determinada doença, bem como à percepção de risco, e como esses fatores são utilizados objetivando a prevenção. A vulnerabilidade social envolve as possibilidades de enfrentar barreiras culturais, políticas, sociais, econômicas e de saúde, dentre outros. A vulnerabilidade programática diz respeito a como as instituições atuam no enfrentamento dos problemas buscando evitar a exposição aos agravos (SOUZA; ERDMANN, 2015).

No contexto da vulnerabilidade existem as populações vulneráveis, e entre elas há uma maior prevalência de infecções sexualmente transmissíveis. Essas populações são grupos específicos que devido a questões econômicas, culturais, étnicas, religiosas, sociais e de gênero tem seus direitos de cidadania limitados, refletindo diretamente na qualidade de vida e saúde dessas pessoas (PNUD, 2013).

Caminhoneiros, profissionais do sexo, homem que faz sexo com homem, pessoas privadas de liberdade, usuários de drogas injetáveis e populações migrantes, são exemplos de populações consideradas vulneráveis as IST/aids por apresentarem comportamento de risco (WHO, 2015a). O comportamento de risco pode ser definido como o conjunto de práticas que aumentam o risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis (CAMPO-ARIAS; CEBALLO; HERAZO, 2010).

Por permanecer grande parte do seu tempo em longas viagens, os caminhoneiros acabam tendo pouco acesso aos serviços de saúde, às informações e às ações preventivas, para alguns esse acesso é inexistente. É uma população formada por 95,4% de homens, migrantes, majoritariamente na faixa etária de 40 anos, geralmente casados ou em união estável, de baixa escolaridade, que durante os períodos de viagem aumentam as chances de busca por parceiras sexuais, na maioria das vezes profissionais do sexo, que tradicionalmente estão presentes nos pontos de descanso dos caminhoneiros (ROUBER et al., 2013; SANTOS et al., 2015).

A baixa adesão ao uso do preservativo entre os caminhoneiros é uma realidade, bem como possuem uma baixa percepção de vulnerabilidade as IST/aids,

fato que influencia diretamente na baixa adesão ao uso do método. O uso de álcool e drogas ilícitas também é comum, e é visto como um suporte para as longas jornadas de trabalho, sendo esse mais um fator de risco para as IST (JUNIOR ANTONIASSI et al., 2016). Em estudos realizados no Mato Grosso e na Argentina, a prevalência de IST nos caminhoneiros foi de 19% e 14%, respectivamente (ROJO, 2016; ROCHA et al., 2017). A possibilidade de estar em diferentes espaços geográficos facilita a disseminação das IST/aids e conseqüentemente dificulta o desenvolvimento de ações de saúde direcionadas a esse segmento populacional (ARAÚJO et al., 2015).

Profissionais do sexo fazem parte de uma população que sofre preconceito, discriminação, violência física e psicológica. É uma profissão regulamentada pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), porém, convive com os limites impostos pela exclusão social (COLLINS et al., 2013). A maioria são mulheres jovens, com idade média de 25 anos, baixa escolaridade e baixa condição socioeconômica. São consideradas uma população vulnerável às IST/aids pelos comportamentos de risco tais como: multiplicidade de parceiros, baixa adesão ao uso do preservativo, uso de álcool e outras drogas ilícitas. Soma-se a esses fatores a dificuldade de acesso aos serviços de saúde enfrentados por esse segmento populacional (RENEBENNUR et al., 2014; SOCÍAS et al., 2016).

Ressalta-se que, entre as profissionais do sexo o risco de adquirir HIV/aids é 12 vezes maior quando comparada a outras mulheres, e a prevalência de HIV/aids nesse grupo é de 4,9% (BRASIL, 2013b; COLLINS et al., 2013; DEBONI; VELOSO; GRISZTEJN, 2014). Quanto ao risco relacionado ao ambiente de trabalho, as que trabalham na rua tem uma maior probabilidade de adquirir HIV/aids quando comparadas às que trabalham em ambientes fechados como bares, saunas e boates, por possuir um menor poder de negociação e conseqüentemente uma baixa adesão ao uso do preservativo (DAMACENA; SZWARCOWALD; SOUZA JUNIOR, 2014).

A baixa adesão ao uso do preservativo entre as profissionais do sexo possui relação direta com fatores econômicos. Elas reconhecem o quanto estão vulneráveis às infecções, porém, a dificuldade econômica e as oportunidades limitadas sobressai-se a autopercepção de risco (COLLINS et al., 2013; PENHA et al., 2015).

Dentre as populações consideradas vulneráveis a maior prevalência de IST encontra-se entre homem que faz sexo com homem (HSH). É uma população formada em maioria por jovens, baixa escolaridade, baixa condição social e econômica, fatores que interferem no controle da infecção (CDC, 2015; BEYER; BARAL; COLLINS, 2016; HERNANDEZ et al., 2016).

A prevalência de HIV/aids entre os HSH é superior a prevalência na população geral, 10,5% e 0,4% respectivamente (BRASIL, 2014). É um grupo de destaque nos estudos epidemiológicos, pois, na década de 1980, os primeiros casos de HIV/aids foram registrados entre eles, e desde então, esse número tem aumentado significativamente em todas as faixas etárias (BEYER et al., 2013; CUNHA et al., 2015). Há um predomínio de exposição heterossexual ao HIV/aids, porém, nos últimos dez anos houve um aumento na categoria de exposição homossexual, passando de 34,9% em 2005 para 44,9% em 2014 (BRASIL, 2015a).

A alta prevalência de IST é um indicador de uma maior probabilidade de adquirir HIV/aids e associa-se principalmente a comportamentos de risco e fatores sociais, tais como: multiplicidade de parceiros, prática de sexo anal receptivo sem uso de preservativo, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, estigma e preconceito vivenciado por eles (BEYER et al., 2013; CUNHA et al., 2015).

Nesse contexto, vale destacar que os aplicativos móveis também são considerados um fator de vulnerabilidade para as IST/aids. A facilidade de encontrar parceiros sexuais em tempo real com características desejadas tem feito com que essas ferramentas sejam amplamente utilizadas pelos HSH. Entre o grupo de HSH que utiliza a ferramenta digital, há uma menor adesão ao uso de preservativos, bem como uma maior multiplicidade de parceiros em um menor espaço de tempo (BURREL et al., 2012; BIEN et al., 2015; PENNISE et al., 2015).

Para o controle efetivo das IST/aids entre os HSH algumas lacunas relacionadas a prevenção precisam ser preenchidas. No cenário epidemiológico: uso de novas tecnologias que possam avaliar a incidência das infecções e detectar a rápida propagação; avaliar a disseminação das IST/aids nas populações-chave, redes sociais e sexuais buscando compreender as diversas faces da epidemia; No cenário social ou estrutural: compreender o papel da pauperização, homofobia social e estrutural na transmissão das IST/aids entre os HSH; orientar quanto as formas de

prevenção e transmissão das IST/aids através de sites, aplicativos e jogos na internet; desenvolver intervenções que permitam que os HSH compreendam os riscos para as infecções aos quais estão expostos; No cenário da ciência da implementação: orientar quanto aos testes (em especial o teste rápido) para detecção das infecções e sobre a Profilaxia Pré-exposição (PrEP) nos locais que os HSH convivem com maior frequência (BEYER et al., 2016).

As pessoas privadas de liberdade são consideradas uma população vulnerável para IST/aids. Segundo o Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), o Brasil concentra a quarta maior população carcerária do mundo, com cerca de 622.202 detentos. Essa população é formada por 95% de homens, 55% entre 18 e 29 anos, 61,6% negros, 75,8% possui até ensino fundamental completo (LIFOPEN, 2014). Na Paraíba a população carcerária concentra cerca de 11.352 detentos (SAP-PB, 2016).

Nos estados do Amapá e Pernambuco a prevalência de HIV/aids na população carcerária é de 1,54%, 1,19%, respectivamente. Por ser uma população mantida em um ambiente fechado, supõe-se uma maior facilidade de controle sobre a situação de saúde, porém são muitas as dificuldades para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde nas prisões (ALBUQUERQUE et al., 2014; VALE; CARVALHO; PEREIRA, 2016).

O encarceramento não representa uma barreira para transmissão de IST/aids, pois, através das visitas íntimas há um contato com outras pessoas do ambiente externo e a baixa adesão ao uso do preservativo favorece a disseminação de infecções. Sabe-se que ocorrem relações homossexuais entre os detentos, e esta representa mais um fator de vulnerabilidade para IST/aids (SCOTT et al., 2015; RECIO; ÁGREDA; SERRANO, 2016).

Assim como na população em geral, os comportamentos de risco para IST/aids mencionados nas demais populações vulneráveis também estão presentes entre as pessoas privadas de liberdade. Esses soma-se à presença de outras patologias características de aglomerados populacionais contribuindo para o aumento da vulnerabilidade. É provável que grande parte dos detentos com IST/aids nunca submeteram-se a testes para diagnóstico das infecções, bem como

permanecem sem tratamento (SCOTT et al., 2015; WHIEHE et al., 2015; RECIO; ÁGREDA; SERRANO, 2016).

Conforme mencionado, as drogas são um fator de risco comum para IST/aids entre populações vulneráveis, e em especial entre os usuários de drogas injetáveis através do compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas (KOZLOV et al., 2016).

Embora a proporção de casos de exposição através das drogas injetáveis tenha apresentado uma redução nos últimos anos, há uma alta prevalência de HIV/aids nessa população (BRASIL, 2015b). Segundo informações da UNAIDS, em 2014, 140.000 pessoas usuárias de drogas injetáveis foram infectadas pelo HIV/aids (UNAIDS, 2016). Estima-se que mundialmente mais de 3 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) sejam usuários de drogas injetáveis (FERNANDO et al., 2016).

Quando relacionado ao sexo, o percentual de casos de HIV/aids transmitidos através do uso de drogas injetáveis, é superior entre os homens quando comparado ao número de casos entre mulheres (KORI et al., 2014). É um grupo formado majoritariamente por jovens, com média escolaridade, na maioria das vezes não possui vínculo familiar, não buscam o serviço de saúde, tem baixa adesão ao uso do preservativo, estão expostos a situações de violência, passam a viver nas ruas e muitas vezes trocam sexo por drogas com a finalidade de alimentar seu vício expondo-se a mais um fator risco para IST/aids (CHEN et al, 2013; KORI et al., 2014; AHMED et al., 2015; KOZLOV et al., 2016).

Visando minimizar os efeitos causados por essa problemática, a UNAIDS desenvolveu a estratégia 2016-2021 que propõe a erradicação da aids até 2030. Um dos pontos chave da estratégia é desenvolver ações de prevenção de HIV/aids fazendo com que essas cheguem a 90% das pessoas usuárias de drogas injetáveis até 2020. Entre os principais objetivos está a distribuição de agulhas e seringas entre os usuários minimizando os riscos de exposição às infecções (UNAIDS, 2016).

Por apresentar características comuns às populações vulneráveis, os cortadores de cana de açúcar também se inserem nesse contexto. Entre os cortadores de cana de açúcar as questões sociais e econômicas sobressaem-se aos

demais fatores de risco, pois, a migração para estados com maior poder econômico em busca de novas oportunidades de trabalho e melhorias na qualidade de vida, carrega consigo uma série de problemas, dentre esses, as doenças transmissíveis (MORAES; LOPES; PRIULI, 2013; ROSA; NAVARRO, 2014).

É uma população formada majoritariamente por homens, jovens, de baixa escolaridade, baixa condição socioeconômica, precárias condições de vida e trabalho, pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde e pouca informação sobre os fatores de risco que estão presentes na sua vida diária (BORBA; SANTOS; BERTOLDO, 2012; MORAES; LOPES; PRIULI, 2013; ROSA; NAVARRO, 2014).

Os fatores aqui mencionados representam risco para IST/aids, pois, associam-se a baixa adesão ao uso do preservativo, a um menor conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção favorecendo a disseminação das IST/aids (IRFF; SOARES; DESOUZA, 2010; SOVRAN, 2013).

Os segmentos populacionais descritos anteriormente são distintos, porém, agregam comportamentos e/ou fatores de risco semelhantes que contribuem diretamente para a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis em especial o HIV/aids.

3.3 População do campo

A população do campo é caracterizada pelo seu modo de vida e subsistência relacionados com a terra. De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), são considerados como população do campo: camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados ou temporários que residam ou não no campo, ribeirinhos e quilombolas (BRASIL, 2013a).

Fundamentado no conceito dessa política, os cortadores de cana de açúcar são considerados como população do campo, uma vez que são trabalhadores rurais, assalariados ou temporários, residentes ou não no campo. É uma população que migra para outras regiões em busca de melhores condições sociais, visto que o corte manual da cana de açúcar é uma atividade sazonal, desenvolvida anualmente

por um período de seis meses. (ROSA; NAVARRO, 2014; CARVALHO JÚNIOR et al., 2012).

O corte manual da cana de açúcar é uma atividade extremamente desgastante que pode trazer inúmeros riscos à saúde dos que desenvolvem essa atividade. Mesmo exaustos, os cortadores de cana de açúcar continuam a desenvolver o trabalho, visto que são remunerados de acordo com a produção. Além de desenvolver uma atividade desgastante, outro aspecto é a forma como esses trabalhadores são transportados para o local de trabalho, bem como os alojamentos superlotados, em precárias condições sanitárias, interferem diretamente na qualidade de vida e saúde dessa população (ROSA; NAVARRO, 2014; CARVALHO JÚNIOR et al., 2012).

Sabe-se que a qualidade de vida da população urbana é superior quando comparada a população do campo. A desigualdade social existente entre essas populações pode refletir na situação de saúde dos mesmos, uma vez que a baixa condição socioeconômica da população do campo contribui para a vulnerabilidade às doenças (BRASIL, 2013a).

Nesse contexto, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população em domicílio rural tem reduzido ao longo dos anos. Em 1980 a população do campo correspondia a 32,30% da população total do Brasil, e em 2010, esta passou a corresponder a 15,64% da população brasileira. A migração da população do campo para áreas urbanas pode ser explicada pela busca constante por melhores condições sociais (IBGE, 2017).

Ressalta-se que os maiores índices de mortalidade infantil, incidência de endemias, insalubridade e analfabetismo encontra-se entre a população do campo (BRASIL, 2011a). A ausência de saneamento básico, água encanada e coleta de lixo também são fatores que interferem na qualidade de vida e saúde desta população (BRASIL, 2013a).

Com relação aos serviços de saúde, esta população tem dificuldade de acesso. Fatores como a distância das áreas rurais, ausência de transporte, bem como a carência de profissionais habilitados para lidar com as particularidades

desses grupos específicos, dificultam o desenvolvimento de ações preventivas (CARNEIRO et al., 2012).

Fundamentado nos problemas enfrentados pela população do campo, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), a qual objetiva dentre outras ações promover uma melhor qualidade de saúde, melhorar o acesso aos serviços de saúde, melhorar os indicadores de saúde e a qualidade de vida deste segmento populacional (BRASIL, 2013a).

3.4 Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis

O termo “prevenção” tem como significado a antecipação às consequências de uma ação, objetivando prevenir seu resultado. Na área da saúde, o termo prevenção tem sido empregado para definir as medidas utilizadas com o objetivo de evitar o surgimento de doenças na população (CZERESNIA, 2003). No contexto das infecções sexualmente transmissíveis a prevenção relaciona-se ao aconselhamento, conhecimento sobre as infecções, uso consistente do preservativo (WHO, 2015a). Outras estratégias têm sido desenvolvidas com a finalidade de promover o controle dessas infecções, tais como: consultório na rua, programa de saúde nas escolas e os aplicativos móveis.

Quando realizadas, as ações educativas sobre prevenção devem ser adaptadas à cultura local e aos diferentes segmentos populacionais para que a população tenha uma melhor compreensão sobre as infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2008).

No contexto das ações preventivas, o aconselhamento é um procedimento realizado com o objetivo de oferecer prevenção primária às IST/aids, é uma estratégia importante e eficaz, além de possuir um baixo custo (WHO, 2015a). Amplia o conhecimento das pessoas, possibilita o aumento da percepção de riscos e vulnerabilidades, bem como melhora a capacidade de conhecer os sinais e sintomas e formas de transmissão das IST (BARBOSA et al., 2015).

Através do aconselhamento pode-se compreender o estilo de vida das pessoas e a partir da identificação das particularidades, orientar sobre as demais medidas preventivas (BRASIL, 2012a). O aconselhamento não se restringe ao pré e pós teste do exame anti-HIV, pode ser realizado pelo profissional devidamente qualificado durante outros momentos do atendimento (BARBOSA et al., 2015).

Outra estratégia utilizada na prevenção das IST é o Consultório na Rua, o qual foi instituído pela Política Nacional da Atenção Básica com objetivo de solucionar os problemas de saúde da população em situação de rua, visto que esses são considerados uma população vulnerável às IST, bem como a outras doenças. A equipe multiprofissional envolvida nesse trabalho, também realiza a busca ativa de usuários de álcool, crack e outras drogas ilícitas, que vivem nas ruas, uma vez que essas populações possuem uma baixa adesão a tratamento medicamentoso. O Consultório na Rua tem suas ações compartilhadas e integradas a outros serviços como Centros de Atenção Psicossocial, serviços de Urgência e Emergência e Unidade Básica de Saúde, os quais são solicitados de acordo com a necessidade do indivíduo (BRASIL, 2012b; HALLAIS; BARROS, 2015).

O Programa de saúde na Escola também é considerado uma medida preventiva. Foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação, e objetiva reduzir as vulnerabilidades que comprometem a saúde de crianças e adolescentes. No contexto das IST, esse programa aborda dentre outros temas, educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids; prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas; e prevenção de violências. A escolha do ambiente escolar para o desenvolvimento de um programa de prevenção justifica-se por ser um ambiente no qual as crianças e adolescentes permanecerem grande parte da vida, sendo desta forma um ambiente propício para o desenvolvimento de ações educativas relacionadas à prevenção (BRASIL, 2011b; MALTA et al., 2011).

Para além das ações preventivas anteriormente descritas, os aplicativos móveis surgiram como uma importante ferramenta na prevenção e controle das IST, visto que são amplamente utilizados por algumas populações vulneráveis, com destaque para os homens que fazem sexo com homens (BIEN et al., 2015). Têm sido utilizados como o objetivo de informar aos usuários através de mensagens de

texto sobre as formas de transmissão, prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, bem como melhora na adesão à terapia antirretroviral (MUESSIG et al., 2013).

O preservativo continua sendo o principal método utilizado na prevenção de IST/aids. Informar a população sobre o uso correto e acondicionamento do preservativo são medidas essenciais para a eficácia do método, uma vez que quando exposto ao calor ou quando a embalagem é danificada, o mesmo tem sua eficácia reduzida (BRASIL, 2015a; ESTAVELA; SEIDL, 2015).

As ações preventivas podem ser realizadas individualmente ou em grupo e são essenciais para o controle das IST. O trabalho informativo realizado com a população deve ser contínuo para a ampliação do conhecimento sobre as infecções. Nesse contexto, para um melhor desenvolvimento das ações, é necessário investigar quais as principais barreiras existentes na população que impedem que as medidas preventivas sejam colocadas em prática e a partir da identificação, traçar estratégias para a resolução dos principais problemas encontrados, garantindo assim que as ações preventivas sejam efetivas (BRASIL, 2015a; ESTAVELA; SEIDL, 2015).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal. O mesmo é multicêntrico, e insere-se em um estudo maior intitulado “Epidemiologia das hepatites virais B e C, HIV/aids e sífilis em cortadores de cana de açúcar: base para ações de promoção da saúde”, coordenado pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, aprovado e financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal 2014, processo nº 442404/2014-0.

Os estudos transversais são utilizados para descrever as características de um grupo populacional específico em um único momento. É um método simples 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. Apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população (ROUQUAYROL, 2013).

4.2 Local do Estudo

Definiu-se como local de estudo a Usina Japungu, unidade produtora de álcool e açúcar, localizada no Município de Santa Rita no Estado da Paraíba, Região Litorânea, Mesorregião da Mata Paraibana. A escolha do local de estudo deu-se por ser uma empresa onde o corte de cana de açúcar manual é predominante, bem como por ser a única usina com representatividade quantitativa de cortadores de cana funcionando no período estabelecido para coleta.

Segundo informações cedidas pela Usina, a empresa possui uma capacidade de moagem de aproximadamente 1,8 milhões de toneladas de cana de açúcar por safra, sendo produtora de 75 mil toneladas de açúcar e 90 mil metros cúbicos de etanol. Está entre as usinas mais produtivas da região Nordeste e possui uma área de 20.000 hectares irrigados.

O período de corte da cana de açúcar na Paraíba tem início no mês de setembro e término em fevereiro. Quanto a dinâmica de organização de trabalho, os

cortadores de cana de açúcar são distribuídos em diversos pontos da extensão da Usina, e geralmente em cada local ficam cerca de 40 a 45 trabalhadores com um supervisor responsável.

4.3 População e Amostra

A população alvo deste estudo foi composta por 1.500 indivíduos que trabalhavam no corte manual da cana de açúcar da Usina Japungú.

As informações sobre o quantitativo da população estudada, e sobre o período de corte da cana de açúcar foram obtidas por meio de reuniões realizadas no ano de 2015, na Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado da Paraíba (FETAG-PB), com o diretor da empresa e demais responsáveis por Sindicatos Rurais. Os encontros foram essenciais para conhecer a população estudada, favorecendo a aproximação com a mesma, bem como para definição do local do estudo.

Foram definidos como critérios de inclusão: ser cortador manual de cana, sexo masculino, atuando na função no momento da pesquisa (fase coleta de dados) e possuir idade igual ou superior a 18 anos. Levou-se em consideração como critério de exclusão os indivíduos que não responderam todas as seções do instrumento.

Considerando uma população de 1500 indivíduos, o tamanho da amostra foi definido pelo cálculo amostral para populações finitas, admitindo-se nível de significância de 5% e, um erro amostral máximo de 0,05 sob nível de confiança de 95%, adotando-se o valor antecipado para P igual a 0,50. Assim, o número mínimo de participantes foi determinado pela expressão:

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

determinando-se, assim, que o tamanho da amostra seria de 300 participantes (COCHRAN, 1977). O processo de amostragem foi não probabilístico, por conveniência, a partir da disponibilidade dos participantes no ambiente de trabalho (área canavieira) durante o período definido.

4.4 Procedimentos de Coleta de Dados

4.4.1 Treinamento dos Pesquisadores

Para um melhor desenvolvimento do estudo, realizou-se um treinamento entre a pesquisadora e seus auxiliares de pesquisa, um total de 10 participantes, com carga horária de oito horas, nos dias 3 e 4 de fevereiro de 2016, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Centro de Ciências da Saúde (CCS).

O treinamento foi desenvolvido da seguinte forma: a pesquisadora e os auxiliares de pesquisa fizeram uma simulação do momento da entrevista, aplicaram o instrumento entre si, estabelecendo uma dinâmica onde todos pudessem ser entrevistadores e entrevistados.

Esse momento foi essencial para o desenvolvimento deste estudo, pois, a equipe esclareceu dúvidas quanto à aplicação do instrumento e o tempo estimado para a conclusão de cada entrevista. O tempo médio de aplicação do instrumento foi de 30 minutos, variando de 25 a 50 minutos.

4.4.2 Instrumento

As entrevistas foram coletadas utilizando um questionário estruturado (ANEXO A), 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 utilizado abrange 25 questões, organizadas em duas seções: SEÇÃO I: Dados Sociodemográficos; SEÇÃO II: Comportamentos de Risco para Infecção Sexualmente Transmissível. As seções I e II contemplam questões com possibilidades de respostas dicotômicas e de múltipla escolha.

4.4.2.1 Variáveis do Estudo

As variáveis selecionadas com o intuito de responder aos objetivos do presente estudo foram as seguintes:

- **Variável Dependente**

- Relato de história de Infecção Sexualmente Transmissível.

- **Variáveis Independentes**

- **Variáveis Sociodemográficas:** idade, escolaridade, estado civil, número de filhos e renda familiar.
- **Variáveis relacionadas ao comportamento de risco para infecção sexualmente transmissível:** idade da primeira relação sexual, relação com parceiro do mesmo sexo, número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, tipo de prática sexual nos últimos 12 meses, frequência de uso do preservativo nos últimos 12 meses, história de abuso sexual, relato de ferida ou corrimento genital nos últimos 12 meses, ingestão de bebida alcoólica e uso de drogas ilícitas nos últimos 12 meses.

4.4.3 Coleta de Dados

Os dados foram coletados de 25 de fevereiro de 2016 a 1 de março do mesmo ano, por meio de entrevistas individuais na área canavieira, conduziu-se pela pesquisadora e por auxiliares devidamente capacitados.

O período de coleta de dados foi intenso, e muitas foram as dificuldades para a realização desta etapa. Inicialmente a dificuldade de acesso para chegar aos pontos de coleta da área canavieira, e ao chegar aos locais estabelecidos as condições eram mínimas para a realização das entrevistas que foram feitas ao ar livre em meio ao canavial. Ressalta-se que, apesar de ser uma população com pouca formação educacional, não houve rejeição em participar do estudo.

Os cortadores de cana de açúcar que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo. Para os que desejavam participar foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B), para leitura e assinatura.

Após a entrevista, os cortadores de cana de açúcar receberam informações sobre as infecções sexualmente transmissíveis, no que se diz respeito às formas de transmissão e prevenção.

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel 2010*. Após a identificação de todas as variáveis no dicionário (*codebook*), foi elaborado um banco de dados e logo após foi alimentado. Finalizada essa etapa, os dados foram importados para o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) - versão 21.0 e para o programa *Bioestat* versão 5.4, onde foram realizadas as análises estatísticas.

Para análise das características sociodemográficas e comportamentos de risco utilizou-se estatística descritiva (frequência absoluta e relativa em porcentagem). O Odds ratio (razão de chances) com intervalo de confiança de 95% foi utilizado para inferir se cada variável individualmente (fatores sociodemográficos e comportamento de risco) se mostrava fator de risco ou proteção às infecções sexualmente transmissíveis (IST). As variáveis foram dicotomizadas para o cálculo do Odds ratio e a quantificação do grau de associação entre os fatores foi inferido pelo valor do Odds ratio, acima de 1 (fator de risco) ou abaixo de 1 (fator de proteção - diminui o risco) (KIRKWOOD, 1988).

Após identificar quais os principais fatores de risco, sociodemográficos e comportamentais para as IST, através do cálculo do Odds ratio, foi utilizado o modelo de regressão logística múltipla, com teste de verossimilhança, para verificar como esses fatores se comportam associados.

A regressão logística múltipla é uma técnica estatística empregada para descrever o comportamento entre uma variável dependente categórica binária

(presença ou ausência de IST) 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 (FAVERO; BELFIORE; DA SILVA et al., 2009).

A análise de influência das variáveis, individualmente e em conjunto, para a chance de contrair IST deu-se da seguinte forma: $\text{Logit } P_i = -4,73 + (2,70 \times \text{abuso sexual}) + (1,82 \times \text{uso de maconha}) + (1,47 \times \text{escolaridade}) + (1,42 \times \text{bebida})$, colocando 0 ou 1 no lugar das variáveis abuso sexual, uso de maconha, escolaridade e uso de bebida e depois resolvendo a equação: $P_i = (1/1 \exp(\text{Logit } P_i))$, obteve-se os resultados das porcentagens de chances de contrair IST.

A ocorrência de infecção sexualmente transmissível através de relato foi estimada com nível de confiança de 95%. Para todas as análises os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

4.6 Aspectos Éticos

Este estudo atendeu as normas que contemplam os requisitos éticos propostos pela resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013c), que dispõe de normas e diretrizes regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), e aprovado, conforme o parecer nº 1507737 com CAAE nº 53400516.8.0000.5183 (ANEXO C).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos cortadores de cana de açúcar segundo dados sociodemográficos e comportamento de risco

Na Tabela 1, através da descrição das características sociodemográficas, verificou-se que do total de 300 homens cortadores de cana de açúcar investigados, 40,3% encontravam-se na faixa etária entre 30 e 39 anos, 61,0% com até 4 anos de estudo, 91,3% casados/união consensual, 48,7% possuíam de 2 a 3 filhos, 61,7% com renda mensal de 1 a 2 salários mínimos.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos cortadores de cana de açúcar – João Pessoa, Paraíba - PB, 2016

Variáveis	n=300	%
Idade (anos)		
≤ 29	75	25,0%
30 a 39	121	40,3%
≥ 40	104	34,7%
Escolaridade (anos de estudo)		
≤ 4	183	61,0%
5 a 8	83	27,7%
≥ 9	34	11,3%
Estado Civil		
Casado/União consensual	274	91,3%
Solteiro	22	7,3%
Separado	3	1,0%
Viúvo	1	0,3%
Número de filhos		
1	90	30,0%
2 a 3	146	48,7%
≥ 4	64	21,3%
Renda familiar (SM)*		
≤ 1 SM	8	2,6%
1 a 2 SM	185	61,7%
> 2 SM	107	35,7%

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

*SM=Salário Mínimo= R\$ 880,00

Na Tabela 2, observa-se que 50% dos participantes iniciaram a vida sexual com idade igual ou superior a 16 anos, 89,3% relataram não ter relação sexual com homens, 71,7% afirmaram possuir um parceiro sexual nos últimos 12 meses e

75,7% relataram ser a vaginal o tipo de prática sexual predominante nos últimos 12 meses. Quanto ao uso do preservativo, 59,0% afirmaram nunca ter utilizado.

Tabela 2. Comportamentos de risco para infecção sexualmente transmissível nos cortadores de cana de açúcar - João Pessoa, Paraíba - PB, 2016

Variáveis	n=300	%
Primeira relação sexual (anos de idade)		
0 – 12	19	6,3
13 - 15	131	43,7
≥ 16	150	50,0
Sexo com homens		
Não	268	89,3
Sim	32	10,7
Parceiros sexuais nos últimos 12 meses		
1	215	71,7
≥ 2	85	28,3
Tipos de práticas sexuais nos últimos 12 meses		
Vaginal	227	75,7
Vaginal, oral e anal	73	24,3
Uso do preservativo nos últimos 12 meses		
Sempre	45	15,0
As vezes	78	26,0
Nunca	177	59,0
História de IST		
Não	276	92,0
Sim	24	8,0
Relato de ferida genital nos últimos 12 meses		
Não	289	96,3
Sim	11	3,7
Relato de corrimento genital nos últimos 12 meses		
Não	285	95,0
Sim	15	5,0
Relato de abuso sexual		
Não	294	98,0
Sim	6	2,0
Uso de drogas		
Nunca	266	88,7
Maconha	34	11,3
Uso de drogas nos últimos 12 meses		
Não	290	96,7
Sim	10	3,3
Uso de droga injetável nos últimos 12 meses		

Continua

Continuação

Não	300	100
Sim	-	-
Uso de bebida alcoólica		
Não	146	48,7
Sim	154	51,3
Tipo de bebida alcoólica		
Destilado (pinga, cachaça e outras)	10	6,5
Cerveja	61	39,6
Destilado e cerveja	83	53,9
Quantos dias na semana consome bebida		
Todos os dias	35	22,7
Menos de 3 dias	111	72,1
3 dias até 6 dias	8	5,2

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016

A prevalência de relato de IST na amostra estudada foi de 8,0% (IC 95%: 5,0-10,7), 3,7% afirmaram a ocorrência de ferida genital nos últimos 12 meses, 5,0% afirmaram a ocorrência de corrimento genital nos últimos 12 meses. Quando questionados sobre a ocorrência de abuso sexual, 2,0% afirmaram ter sofrido abuso sexual.

Verificou-se na população estudada que 11,3% fizeram uso de maconha em algum momento da vida, 3,3% utilizaram drogas nos últimos 12 meses e todos os participantes afirmaram não fazer uso de drogas injetáveis. Quanto ao uso de álcool, 51,3% relataram fazer uso de bebidas alcoólicas, 53,9% consumiam bebida destilada e cerveja, e 72,1% consumiam bebidas alcoólicas menos de 3 dias por semana.

5.2 Infecção sexualmente transmissível e sua associação com fatores sociodemográficos e comportamentos de risco

De acordo com os dados da Tabela 3 pode-se observar que as variáveis escolaridade, uso de maconha, uso de bebida, abuso sexual, sexo com homem e tipo de sexo, foram consideradas preditoras para IST, segundo relato, com p -valor < 0,05.

Tabela 3. Análise dos fatores sociodemográficos e comportamentos de risco associados à prevalência de infecção sexualmente transmissível segundo relato nos cortadores de cana de açúcar - João Pessoa, Paraíba - PB, 2016.

Variáveis	Infecção Sexualmente Transmissível		<i>p</i> -valor	Odds ratio	IC 95%
	Presente	Ausente			
Idade					
≤ 29 anos	5 (20,8%)	58 (21,0%)	<i>p</i> = 0,81	0,9	0,4 a 2,8
> 29 anos	19 (79,2%)	218 (79,0%)			
Escolaridade					
< 4 anos	18 (75,0%)	128 (46,4%)	<i>p</i> = 0,01*	3,5	1,3 a 9,0
≥ 4 anos	6 (25,0%)	148 (53,6%)			
Estado Civil					
Solteiros	22 (91,7%)	252 (91,3%)	<i>p</i> = 0,75	1,0	0,2 a 4,7
Casados ou separados	2 (8,3%)	24 (8,7%)			
Renda					
1 a 2 Salários	18 (75,0%)	157 (56,9%)	<i>p</i> = 0,14	2,3	0,9 a 5,9
> 2 Salários	6 (25,0%)	119 (43,1%)			
Número de filhos					
0 a 2	15 (62,5%)	164 (59,4%)	<i>p</i> = 0,94	1,1	0,5 a 2,7
> 2	9 (37,5%)	112 (40,6%)			
Uso de maconha					
Sim	8 (33,3%)	26 (9,4%)	<i>p</i> = 0,001*	4,8	1,9 a 12,3
Não	16 (66,7%)	250 (90,6%)			
Uso de bebida					
Sim	18 (75,0%)	136 (49,3%)	<i>p</i> = 0,03*	3,1	1,2 a 8,0
Não	6 (25,0%)	140 (50,7%)			
Uso de preservativo					
Sim	10 (41,7%)	167 (60,5%)	<i>p</i> = 0,11	2,1	0,9 a 5,0
Não	14 (58,3%)	109 (39,5%)			
Número de parceiros					
1	16 (66,7%)	195 (70,6%)	<i>p</i> = 0,77	0,8	0,3 a 1,9
> 1	8 (33,3%)	77 (29,4%)			
Início vida sexual					
<15 anos	9 (37,5%)	95 (34,4%)	<i>p</i> = 0,94	1,1	0,5 a 2,7
≥15 anos	15 (62,5%)	181 (65,6%)			
Abuso sexual					
Sim	3 (12,5%)	3 (1,1%)	<i>p</i> = 0,002*	13,0	2,5 a 68,4
Não	21 (87,5%)	273 (98,9%)			
Sexo com homem					
Sim	7 (29,2%)	25 (9,1%)	<i>p</i> = 0,007*	4,1	1,6 a 11,0
Não	17 (70,8%)	251 (90,9%)			
Tipo de sexo					
Vaginal	14 (58,3%)	213 (77,2%)	<i>p</i> = 0,04*	2,6	1,1 a 6,2
Todos	10 (41,7%)	63 (22,8%)			

*Associação significativa com $p < 0,05$. Odds Ratio intervalo de confiança 95%.

Na Tabela 4 observa-se que dentre as 6 variáveis anteriormente descritas como preditoras para IST, o abuso sexual, o uso de maconha e sexo com homem influenciaram individualmente o risco às IST. Esses fatores causam um Aumento Relativo no Risco (ARR) de 42,5%, 17,5% e 15,5%, respectivamente.

Tabela 4. Variáveis associadas à infecção sexualmente transmissível nos cortadores de cana de açúcar - João Pessoa, Paraíba - PB, 2016.

Variável	Odds Ratio	IC 95%	ARR	p-valor
Idade	0,9	0,4 - 2,8	0,1%	0,81
Escolaridade	3,5	1,3 - 9,0	8,4%	0,01*
Estado Civil	1,0	0,2 - 4,7	0,3%	0,75
Renda	2,3	0,9 - 5,9	5,5%	0,14
Número de filhos	1,1	0,5 - 2,7	0,9%	0,94
Uso de maconha	4,8	1,9 - 12,3	17,5%	0,001*
Uso bebidas	3,1	1,2 - 8,0	7,6%	0,03*
Uso preservativo	2,1	0,9 - 5,0	5,7%	0,11
Número parceiros	0,8	0,3 - 1,9	1,8%	0,77
Início vida sexual	1,1	0,5 - 2,7	1,0%	0,94
Abuso sexual	13,0	2,5 - 68,4	42,5%	0,002*
Sexo com homem	4,1	1,6 - 11,0	15,5%	0,007*
Tipo de sexo	2,6	1,1 - 6,2	8,0%	0,04*

*Associação significativa com $p < 0,05$. Odds Ratio intervalo de confiança de 95%.

ARR: Aumento Relativo no Risco.

A Tabela 5 referente à análise de regressão logística múltipla (1) para as 6 variáveis relacionadas às IST, estima o valor da variável dependente (IST) com resultado significativo medido através do Qui-quadrado para o Teste de Verossimilhança ($\chi^2 = 36,9$; $gl = 6$; $p < 0,001$), em relação às variáveis independentes e preditoras da seguinte forma: $\text{Logit } \pi = -5,06 + (2,40 \times \text{abuso sexual}) + (1,40 \times \text{uso de maconha}) + (0,84 \times \text{sexo com homem}) + (1,65 \times \text{escolaridade}) + (1,33 \times \text{bebida}) + (0,75 \times \text{tipo sexo})$.

Tabela 5. Modelo de regressão logística (1) segundo variáveis consideradas preditoras às infecções sexualmente transmissíveis, segundo relato nos cortadores de cana de açúcar - João Pessoa, Paraíba - PB, 2016.

Variáveis	Coefficiente de regressão	Erro padrão	Teste Verossimilhança	p-valor	Odds	IC 95% - Odds Inferior	Superior
Abuso sexual	2,40	0,98	50,3	0,02*	11,0	1,6	76,1
Uso de maconha	1,39	0,59	49,8	0,02*	4,0	1,3	12,9
Sexo com homem	0,84	0,63	46,3	0,18	2,3	0,7	7,8
Escolaridade	1,65	0,55	55,4	0,00*	5,2	1,8	15,3
Uso bebidas	1,33	0,53	51,7	0,01*	3,8	1,3	10,9
Tipo de sexo	0,75	0,52	46,7	0,15	2,1	0,8	5,8

*Associação significativa p-valor < 0,05. Regressão Logística Múltipla

A Tabela 6 referente a um novo modelo de regressão logística (2) desenvolvido após o controle de possíveis variáveis confundidoras. Observou-se que abuso sexual (OR: 14,9; IC 95%: 2,2 – 100,1), uso de maconha (OR: 6,1; IC 95%: 2,2 – 17,5), baixa escolaridade (OR: 4,3; IC 95%: 1,6 - 12,1) e uso de bebidas (OR: 4,1; IC 95%: 1,5 – 11,9), foram variáveis associadas às IST.

Tabela 6. Modelo de regressão logística (2) com as variáveis significativas para infecção sexualmente transmissível nos cortadores de cana de açúcar - João Pessoa, Paraíba - PB, 2016.

Variáveis	Coefficiente de regressão b	Erro Padrão	Teste Verossimilhança	p-valor	Odds	IC 95% - Odds Inferior	Superior
Abuso sexual	2,7	0,97	30,5	<0,01*	14,9	2,2	100,1
Uso de maconha	1,8	0,53	33,7	<0,01*	6,1	2,2	17,5
Escolaridade	1,5	0,52	32,4	<0,01*	4,3	1,6	12,1
Uso bebidas	1,4	0,54	31,5	<0,01*	4,1	1,5	11,9

*Associação significativa p-valor < 0,05. Regressão Logística Múltipla

Na Tabela 7, pode-se avaliar individualmente a chance de contrair infecção sexualmente transmissível para cada variável significativa, bem como pode-se observar a influência desses fatores em conjunto.

Tabela 7. Influência das variáveis significativas individuais do modelo (2) de regressão logística e influência dos fatores associados nas infecções sexualmente transmissíveis nos cortadores de cana de açúcar - João Pessoa, Paraíba - PB, 2016.

Variável significativa	Influência da variável sobre transmissão de ISTs	% chance de contrair IST com fatores individuais	% chance de contrair IST cumulativo
Abuso sexual	Ter sofrido abuso sexual aumenta em 15 vezes a chance de contrair IST.	11,6%	11,6%
Uso de maconha	Quando presente, aumentou a chance de contrair IST em 6 vezes.	5,1%	44,6%
Escolaridade	Ter até 4 anos de escolaridade aumenta em 4 vezes a chance de contrair IST.	3,7%	77,8%
Uso bebidas	Quando presente, aumentou a chance de contrair IST em 4 vezes.	3,5%	93,5%

6 DISCUSSÃO

No Brasil, são poucos os estudos desenvolvidos abordando a situação de saúde dos cortadores de cana de açúcar (CARVALHO JUNIOR et al., 2012; LUZ et al., 2014). Com relação a essa população no contexto das infecções sexualmente transmissíveis, este estudo apresenta um dos primeiros dados sobre relato de IST nos cortadores de cana de açúcar da Paraíba.

A importância do relato de IST dar-se por ser o ponto de partida para compreensão das infecções entre as populações vulneráveis, investigação dos potenciais fatores de risco e desenvolvimento de estratégias de intervenção que sejam capazes de quebrar a cadeia de transmissão nesse segmento populacional (GUIMARÃES et al., 2015a).

A população constituiu-se por participantes do sexo masculino, com faixa etária predominante de 30 a 39 anos, casados, possuíam de 2 a 3 filhos, de baixa escolaridade e baixas condições socioeconômicas. O conhecimento do perfil de uma população tradicional é um instrumento fundamental para o planejamento de ações que venham a contribuir para melhorar a qualidade de vida e saúde dessas pessoas (SILVA; TOMANIK, 2016).

O perfil encontrado condiz com outras populações de cortadores de cana de açúcar do estado de São Paulo, onde há uma predominância de adultos jovens do sexo masculino no corte manual da cana de açúcar (CARVALHO JUNIOR; RAMOS; TOLEDO, 2012; MORAES; LOPES; PRIULI, 2013; ROSA; NAVARRO, 2014). Este perfil justifica-se por ser um tipo de atividade que requer grande esforço e resistência física no processo de trabalho realizado sob o sol, na presença de agentes causadores de doenças, estando também vulneráveis a acidentes com animais peçonhentos (MORAES; LOPES; PRIULI, 2013; ROSA; NAVARRO, 2014). Com relação ao número de filhos, os achados divergem da tradicional população rural que geralmente possui um maior número de filhos com a finalidade de aplicar a mão-de-obra no campo (PLANCHEREL et al., 2010).

A baixa escolaridade e baixas condições socioeconômicas encontradas são características comuns entre cortadores de cana de açúcar, ribeirinhos, quilombolas e outras populações rurais (ALVES, 2003; SILVA, LOPES, MUNIZ, 2005;

GUIMARAES, MARTIN, QUIRINO, 2007; SILVA, LIMA, HAMANN, 2010 ROCHA; MARZIALE; HONG, 2010; BORBA; SANTOS; BERTOLDO, 2012; MORAES; LOPES; PRIULI, 2013; FURTADO et al., 2016). Neste estudo, escolaridade apresentou-se como fator preditor para IST, evidenciando que, entre os indivíduos que possuem até 4 anos de estudo, a chance de contrair essas infecções é 4 vezes maior (OR: 4,3; IC 95%: 1,6 - 12,1). Ressalta-se que na Paraíba houve um aumento no número de casos notificados de HIV/aids entre as pessoas de baixa escolaridade, passando de 33 casos em 2007 para 286 em 2015 (SES, 2016).

Sabe-se que as pessoas de baixa escolaridade e baixas condições socioeconômicas possuem uma menor autopercepção de risco, não possuem um nível de conhecimento suficiente para a promoção do autocuidado, bem como para o entendimento de certas questões de saúde, e esses fatores dificultam o desenvolvimento de ações preventivas. Portanto, supõe-se que esses indivíduos sejam mais susceptíveis às infecções sexualmente transmissíveis (ALIMOHAMMADI et al., 2016).

O comportamento de risco da população estudada mostra que a maioria dos participantes deu início a vida sexual com idade igual ou superior a 16 anos. A idade de início da atividade sexual na população de cortadores de cana de açúcar não condiz com a realidade descrita em outros estudos, pois, entre os homens, geralmente a primeira experiência sexual ocorre aos 14 anos (HUGO et al., 2011; PATIAS; DIAS, 2014). O início da atividade sexual está ocorrendo cada vez mais cedo, e este é considerado um fator que aumenta a vulnerabilidade às IST (UNAIDS, 2012; MUÑOZ; NITSCHKE; TOLL, 2014). Quanto mais cedo se inicia a atividade sexual, há uma maior probabilidade de relacionar-se com um maior número de parceiros durante a vida (UNAIDS, 2012; MUÑOZ; NITSCHKE; TOLL, 2014). Ressalta-se que na Paraíba houve um aumento no número de casos de HIV/aids notificados na faixa etária de 14 a 19 anos, passando de 4 casos em 2007 para 29 casos em 2016 (SES, 2016).

Entre os cortadores de cana de açúcar, a maioria relatou ter relações heterossexuais, o tipo de prática sexual prevalente foi a vaginal, e nos últimos 12 meses tiveram relação sexual com apenas um parceiro. A maioria também referiu nunca ter utilizado preservativo, sendo semelhante a realidade de outra população

rural da Paraíba, onde 60% afirmou nunca ter feito uso do preservativo nas relações sexuais (FURTADO et al., 2016). O comportamento acima descrito quanto ao uso do preservativo encontrado entre os cortadores de cana de açúcar, justifica-se pela forte cultura machista existente na região, e que pode comprometer a saúde, principalmente no que se refere a vulnerabilidade às IST/aids (MAIA et al., 2013).

Outro fator relacionado a baixa adesão ao uso do preservativo é que perante a sociedade, relacionar-se com apenas um parceiro representa proteção contra as infecções, e o uso do preservativo traz insegurança e problemas às relações estáveis. (ESTAVELA; SEIDL, 2015). Ressalta-se que a sensação de prazer mencionada por muitos se sobressai ao risco de contrair IST/aids (ESTAVELA; SEIDL, 2015). A baixa adesão ao uso do preservativo também se relaciona ao fato das pessoas enxergarem o método não apenas como prevenção, mas sim como sinônimo de doenças. Subtende-se que as pessoas que utilizam o preservativo são portadoras de alguma patologia e não apenas uma forma de prevenção (QU et al., 2016).

A percepção negativa em relação ao uso do preservativo foi relatada por uma população rural de Pernambuco, e entre eles a auto percepção de risco de contrair IST/aids era baixa (ALVES, 2003). A baixa auto percepção de risco também foi relatada por uma população rural de Minas Gerais, onde a maioria dos participantes percebia a aids como uma doença presente apenas nos grandes centros urbanos e que a mesma não poderia está presente em áreas rurais (GUIMARÃES; MARTIN; QUIRINO, 2007).

Ressalta-se que além dos fatores descritos anteriormente, o uso diário de álcool também contribui para o uso inconsistente do preservativo, bem como para o aumento da vulnerabilidade às IST (PITPITAN; KALICHMAN, 2016). As pessoas quando estão sob o efeito do álcool tem alterações de comportamento e de memória, ficam desinibidas e tem a autopercepção de risco reduzida. Esses fatores contribuem para a multiplicidade de parceiros e práticas sexuais desprotegidas (LOMBA et al., 2008).

Entre os cortadores de cana de açúcar que compuseram a amostra, mais da metade afirmou consumir bebidas alcoólicas, e destes, 22,7% relatou consumir álcool diariamente. Com base nos resultados encontrados, o uso de álcool foi

considerado fator preditor para IST, e as pessoas que fazem uso, tem 4 vezes mais chance de contrair as infecções (OR: 4,1; IC 95%: 1,5 – 11,9). Corroborando esta afirmação, o uso regular de álcool entre uma população rural de assentados do Mato Grosso apresentou associação com a infecção pelo vírus da Hepatite B (SOUTO et al., 2004).

Neste estudo, a prevalência de relato de IST foi de 8,0% (IC 95%: 5,0-10,7), semelhante à prevalência de uma população de ribeirinhos (8,9%) e quilombolas (10%) (SILVA; LOPES; MUNIZ, 2005; SILVA; LIMA; HAMANN, 2010), porém, inferior quando comparada a prevalência de IST em outras populações vulneráveis como homem que faz sexo com homem (20,0%) e profissionais do sexo (71,6%) (POGETTO; SILVA; PARADA, 2011; CUNHA et al., 2015).

A diferença das prevalências relatadas entre populações rurais e populações vulneráveis urbanas pode ser explicada pelo fato dos cortadores de cana de açúcar conviver em um ambiente geograficamente mais isolado, fato que pode vir a favorecer menor adesão a comportamentos de risco que possam torna-los vulnerável às IST. A alta prevalência em populações vulneráveis pode ser explicada por maior presença de práticas que caracterizam comportamentos de risco, como multiplicidade de parceiros e maior uso de drogas ilícitas. Ressalta-se que, apesar do processo de interiorização das IST/aids, um maior número de casos dessas infecções continua presente nos grandes centros urbanos (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010; POGETTO; SILVA; PARADA, 2011; FURTADO et al., 2016).

Quanto ao relato de ferida genital e corrimento nos últimos 12 meses, um menor percentual afirmou a ocorrência, 3,7% e 5,0%, respectivamente. Em uma população rural de quilombolas do Brasil, 9,3% relataram corrimento ou ferida genital, semelhante ao resultado deste estudo (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

Ao observar os dados do relato de IST na vida e do relato de presença de quadro clínico de IST nos últimos 12 meses, infere-se que um maior número de casos de IST, baseados na clínica relatada, ocorreu nos últimos 12 meses.

No contexto das infecções sexualmente transmissíveis o abuso sexual também é considerado como risco. Ocorre com maior frequência entre as mulheres, geralmente no ambiente intradomiciliar. É considerado um problema de saúde

pública, pois, traz sérias consequências físicas, psicológicas, social e afetiva a vítima, além da possibilidade de transmissão de IST/aids. Essas consequências podem se manifestar em qualquer momento independente da idade ou da fase da vida (AYALA et al., 2009; FLORENTINO, 2015).

Os resultados encontrados mostram o abuso sexual como fator preditor para IST, evidenciando que os cortadores de cana de açúcar que sofreram abuso possuem 15 vezes mais chance de contrair as infecções (OR: 14,9; IC 95%: 2,2 – 100,1). Embora o abuso sexual tenha sido a variável que mais influenciou a ocorrência de IST, o número absoluto de casos foi pequeno. Dos 6 casos existentes, 3 estavam entre os que relataram história de IST e 3 entre os que relataram não possuir IST.

Ressalta-se que, as pessoas que sofrem abuso sexual tem uma maior probabilidade de passar a consumir álcool e outras drogas ilícitas, adquirir depressão, apresentar alterações de comportamento e sintomas psicóticos, isolamento social e sentimentos de estigmatização, secularização excessiva como atividades de masturbação compulsivas, tem uma maior probabilidade de ter relação sexual sem uso do preservativo e uma maior multiplicidade de parceiros, tendem a ser violentas com o parceiro, podem ainda apresentar disfunção sexual ou prostituição. Alguns dos comportamentos adotados por vítimas após o abuso sexual podem vir a favorecer a ocorrência de IST/aids (RAMÍREZ; PINZÓN-RONDÓN; BOTERO, 2011; GRADY et al., 2015; FLORENTINO, 2015).

O uso de maconha entre os cortadores de cana de açúcar também foi considerado um fator preditor para IST, aumentando 6 vezes a chance de contrair essas infecções (OR: 6,1; IC 95%: 2,2 – 17,5). Dentre as drogas ilícitas a maconha é a mais consumida em todo o mundo. Quanto a sua ação no sistema nervoso central (SNC), reduz a percepção e consciência, favorece mudança de humor e comportamento. Também causa relaxamento, euforia, sensação de prazer e aumento do desejo sexual. Quando consumida em doses mais elevadas pode vir a causar alucinações e despersonalização (CRIPPA et al., 2005; JUGERMAN; LARANJEIRA; BRESSAN, 2005; RIGONI et al., 2007; FERNANDES et al., 2010; BERLINCK, 2014).

O resultado do presente estudo é de extrema importância, pois, mostra uma associação ainda pouco explorada. Quando se trata da associação entre droga e IST/aids, os estudos enfatizam as drogas injetáveis como principal fator de risco. Isso se justifica, pois, na década de 1980 os usuários de drogas injetáveis representavam grande parte das pessoas com HIV/aids, e apesar da redução do número de casos da infecção nesse grupo, eles permanecem em destaque nos estudos epidemiológicos (GUIMARÃES et al., 2015b; TAN et al., 2015; REYES-URUEÑA et al., 2015; GIESE et al., 2015).

A associação encontrada evidencia que a relação droga e IST vai além do risco causado pelo procedimento invasivo realizado pelos usuários de drogas injetáveis. Esta pode ser explicada pelas alterações que a maconha ocasiona no SNC, as quais causam euforia, redução da percepção e da consciência. Esses fatores podem vir a favorecer adesão a práticas que caracterizam comportamentos de risco entre os usuários, tornando-os vulneráveis a contrair infecções sexualmente transmissíveis.

O abuso sexual, o uso de maconha, baixa escolaridade e uso de bebidas foram descritos neste estudo como fatores preditores para IST. Individualmente em percentual, o indivíduo que sofreu abuso sexual tem 11,6% de contrair IST, que faz uso de maconha tem 5,1%, de baixa escolaridade tem 3,7%, que faz uso de bebidas tem 3,5% de chance de contrair essas infecções.

Os fatores preditores anteriormente descritos quando associados, evidenciam que o indivíduo que sofreu abuso sexual tem 11,6% de chance de contrair IST. Se esse indivíduo além de ter sofrido abuso sexual fazia uso de maconha a chance de contrair IST aumenta para 44,6%. Se esse indivíduo sofreu abuso sexual, fazia uso de maconha e era de baixa escolaridade a chance de contrair IST é de 77,8%. Se esse indivíduo sofreu abuso sexual, fazia uso de maconha, era de baixa escolaridade e fazia uso de bebidas, infere-se que esse possui 93,5% de chance de contrair IST.

Os fatores sociodemográficos e comportamentos de risco aqui associados às IST, mostram a população de cortadores de cana de açúcar como uma população vulnerável.

Nesse contexto, sente-se a necessidade da elaboração de políticas públicas direcionadas a esse segmento populacional que reconheçam a diversidade e características dessas pessoas, para um melhor desenvolvimento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde nesse grupo específico.

Evidencia-se também a necessidade de um novo olhar dos profissionais de saúde para essa população do campo, a fim de planejar ações preventivas que se adequem e sejam eficazes para esses indivíduos.

7 CONCLUSÃO

Neste estudo, a prevalência de relato de IST entre os cortadores de cana e açúcar foi de 8,0% (IC 95%: 5,0-10,7), semelhante a outras populações rurais como quilombolas e ribeirinhos, porém, inferior quando comparada a prevalência de IST em homem que faz sexo com homem e profissionais do sexo.

Os cortadores de cana de açúcar desta pesquisa eram do sexo masculino, majoritariamente era um grupo na faixa etária de 30 a 39 anos, casados, baixa escolaridade e baixa condição socioeconômica. A maioria dos participantes relatou não fazer uso do preservativo, fato que pode ser explicado pela forte cultura machista existente na região.

Dentre os fatores sociodemográficos, a baixa escolaridade apresentou-se como fator preditor para IST. As pessoas com menor nível educacional possui um menor poder de compreensão e assimilação de informações, fato que dificulta o desenvolvimento de ações preventivas.

Quanto aos comportamentos de risco, o uso de maconha e álcool se mostraram preditores para IST, pois reduzem a percepção de risco e consciência, dentre outros fatores que tornam os usuários vulneráveis às infecções. Ter sofrido abuso sexual, também se mostrou como fator preditor para IST, uma vez que, as vítimas de abuso tem probabilidade de aderir a comportamentos de risco que podem vir a favorecer a ocorrência de IST.

A relevância deste trabalho está relacionada à ampliação do conhecimento do objeto de estudo em um cenário ainda pouco explorado. Entretanto, reconhecem-se as limitações do presente estudo no que se diz respeito à coleta de dados, uma vez que a mesma ocorreu em apenas uma usina, podendo não representar a população de cortadores de cana de açúcar. Outra limitação, diz respeito a ser uma investigação com perguntas relacionadas à relação sexual, o que pode levar ao constrangimento e ser possível ter viés de resposta. Também considerou-se como limitação o relato verbal de história de IST, uma vez que essas infecções podem ser assintomáticas, não apresentado de fato a realidade dessa população em relação a essas doenças.

Ressalta-se que não foram encontrados estudos com a população de cortadores de cana de açúcar no contexto das infecções sexualmente transmissíveis, porém, foi possível fazer análise e discussão comparativa com outras populações consideradas rurais: ribeirinhos, quilombolas e assentados.

Desse modo, espera-se que este estudo possa servir como base para o desenvolvimento de outras investigações, que melhor possam avaliar as associações propostas e contribuir para implementação de ações de saúde direcionadas a esse segmento populacional, uma vez que os cortadores de cana de açúcar são imperceptíveis perante a sociedade, sendo vistos apenas por sua mão de obra para fins lucrativos e não como um ser humano que necessita de cuidados e atenção.

REFERÊNCIAS

- AHMED, T. et al. Drug injecting and HIV risk among injecting drug users in Hai Phong, Vietnam: a qualitative analyses. **BMC public health.**, v. 15, n. 32, p. 1-13, 2015.
- ALBUQUERQUE, A. C. C. et al. Soroprevalência e fatores associados ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 7, p. 2123-32, 2014.
- ALIMOHAMMADI, N. et al. Vulnerable women's self-care needs in knowledge, attitude and practice concerning sexually transmitted diseases. **IJCBNM.**, v. 4, n. 3, p. 219-228, 2016.
- ALVES, M. P. F. Sexualidade e Prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da Zona da Mata Pernambucana, Brasil. **Cad. saúde pública.**, v. 19, p. S429-439, 2003. Suplemento 2.
- ANDRADE, R. G. et al. Estigma e discriminação: experiência de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cad. Saúde Pública.**, v. 31, n. 3, p. 565-74, 2015.
- ARAÚJO, T. M. E. et al. Sexual behavior and associated factors among long distance truck drivers. **Portuguese Rev Enferm UFPI.**, v. 4, n. 2, p. 25-32, 2015.
- ARAÚJO, M. A. L. et al. Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 23, n. 44, p. 347-353, 2015.
- AYALA, R. C. et al. Factores del abuso sexual em la niñez la adolescencia em estudiantes de Morelos, México. **Rev. Saúde Pública.**, v. 43, n. 3, p. 506-14, 2009.
- AZULAY, D. R.; AZULAY, R. D.; NERY, J. A. C. Sífilis. In: Coura, J. C (org.). **Dinâmica das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
- BARBOSA, T. L. A. et al. Aconselhamento em Doenças Sexualmente Transmissíveis na Atenção Primária: percepção e prática profissional. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 6, p. 531-38, 2015.
- BERLINCK, M. T. A Dinâmica da Psicopatologia: o caso da maconha. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.** v. 17, n. 1, p. 11-14, 2014.
- BEYER, C. et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. **Lancet.**, v. 380, n. 9839, p. 367-77, 2013.
- BEYER, C. et al. The global response to HIV in men who have sex with men. **Lancet.**, n. 388, p. 198-206, 2016.
- BIEN, C. H. et al. Gay apps for seeking sex psrtners in China: implicaciones for MSM sexual health. **AIDS Behav.**, v. 19, n. 6, p. 941-49, 2015.

BORBA, F. V. N.; SANTOS, A. M.; BERTOLDO, E. O precário mundo do trabalho dos cortadores de cana e sua relação com a escolaridade. **Rev. Iug. educ.**, v. 2, n. 1, p. 65-77, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rle>>. Acesso em: 30 Out 2016.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. **Manual de Prevenção das DST/HIV/Aids em Comunidades Populares**. Série Manuais nº 83. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional da Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. _____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo Programa de Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes Nacionais para o Aconselhamento em DST/HIV/HV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <http://aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/522994/teorizacao_oficina_acs.pdf>. Acesso em: 20 Mar 2017.

_____. _____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional da Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico AIDS/DST**. Brasília, 2013b.

BRASIL. **Resolução 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2013c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 Jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Semanas Epidemiológicas Julho a Dezembro de 2013/ Janeiro a Junho de 2014. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

_____. _____. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. Semanas Epidemiológicas Julho a Dezembro de 2014/ Janeiro a Junho de 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas para atenção integral as pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015b.

_____. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. 2016a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil>>. Acesso em: 05 Abr 2016.

_____. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Secretaria de Vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/2016_030_sifilis_publicacao2_pdf_51905.pdf>. Acesso em: 15 Fev 2017.

_____. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. Semanas Epidemiológicas Julho a Dezembro de 2015/ Janeiro a Junho de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016c.

BURREL, E. R. et al. Use of location-based social networking rectal microbile development research. **AIDS Behav.**, v. 16, p. 1816-20, 2012.

CAMPO-ARIAS, A.; CEBALLO, G. A.; HERAZO, E. Prevalência do padrão de comportamento de risco para a saúde sexual e reprodutiva em estudantes adolescentes. **Rev. Latinoam Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 26-30, 2010.

CARNEIRO, F. F. et al. Mapeamento de vulnerabilidades socioambientais e de contextos de promoção da saúde ambiental na comunidade rural do Lamarão, Distrito Federal. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 37, n. 125, p. 143-48, 2012.

CARVALHO, P. M. R. S. et al. Prevalência de sinais e sintomas e conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 1, p. 95-100, 2015.

CARVALHO JUNIOR, L. C. S. et al. Assessment of health-related quality of life sigarcane cutters in the pre-harvest and harvest periods. **Rev. saúde Pública.**, v. 46, n. 6, p. 1058-65, 2012.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Sexually Transmitted Disease Surveillance**. 2015. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/std/stats15/std-surveillance-2015-print.pdf>>. Acesso em: 10 Des 2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTRL AND PREVENTION (CDC). 2016. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/adolescents-youngadults.htm>>. Acesso em: 30 Nov 2016.

CHEN, H. T. et al. Correlations between compulsory drug abstinence treatments and HIV risk behaviors among infection drug users in a border city of South China. **AIDS educ. prev.** v. 25, n. 4, p. 336-348, 2013.

COCHRAN, W. G. **Sampling techniques**. 3. ed. Nova Iorque: Wiley, 1977.

- COLLINS, S. P. et al. Situating HIV risk in the lives of formerly trafficked female sexworkers on the Mexico-US border. **AIDS care.**, v. 25, n. 4, p. 459-465, 2013.
- CRIPPA, J. A. et al. Efeitos cerebrais da maconha – resultados de estudos de neuroimagem. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 27, n. 1, p. 70-8, 2005.
- CUNHA, C. B. et al. Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae and Syphilis among men who have sex with men in Brazil. **BMC Public Health.**, v. 15, n. 689, p. 1-9, 2015.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 39-53.
- DAMACENA, G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Práticas de risco do HIV em mulheres profissionais do sexo. **Rev Saúde Pública.**, v. 48, n. 3, p. 428-37, 2014.
- DEBONI, R.; VELOSO, V. G. E.; GRISZTEJN, B. Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean. **Curr Opin HIV AIDS.**, v. 9, n. 2, p. 192-198, 2014.
- DOURADO, I. et al. Revisando o uso do preservativo no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2015; v. 18, p. S63-88, 2015. Suplemento 1.
- ESTAVELA, A. J.; SEIDL, E. M. F. Vulnerabilidade de gênero práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo. **Psicologia & Sociedade.**, v. 27, n. 3, p. 569-578, 2015.
- FAVERO, L. P. et al. **Análise de dados:** modelagem multivariada par tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA DO ESTADO DA PARAÍBA (FETAG-PB). Disponível em: <www.fetagpb.org.br>. Acesso em: 10 Jan 2015.
- FERNANDES, S. et al. Abuso e dependência de maconha: comparação entre sexos e preparação para as mudanças comportamentais entre usuários que iniciaram a busca por tratamento. **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.**, v. 32, n. 3, p. 80-85, 2010.
- FERNANDO, S. et al. Na integrated approach to care attracts people living with HIV who use illicit drugs in na urban centre with a concentrated HIV epidemic. **Harm reduct. j.**, v. 13, n. 1, p. 1-5, 2016.
- FLORENTINO, B. R. B. As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia.**, v. 27, n. 2, p. 139-44, 2015.
- FURTADO, F. M. S. F. et al. 30 Anos Depois: representações sociais acerca da Aids e praticas sexuais de residentes em cidades rurais. **Rev. Esc. Enferm USP.**, v. 50, n. esp., p. 74-80, 2016.
- GIESE, C. et al. Infection of new psychoactive substance snow below associated with recente by acquired HIV infections among homeless people who inject drugs in Dublin, Ireland, 2015. **Euro Suveill.**, v. 20, n. 40, p. 1-6, 2015.

GRADY, M. D. et al. The State of the State: child-hood sexual abuse prevention efforts em North Carolina. **Sexual Addiction E Compulsivity.**, v. 22, p. 222-48, 2015.

GUIMARÃES, R. A. et al. Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em usuários de crack. **Rev. Latinoam Enferm.**, v. 23, n. 4, p. 628-34, 2015a.

GUIMARÃES M. L. et al. Assessing the HIV-1 epidemic in Brazilian drug users: a molecular epidemiology approach. **PLoS ONE.**, v. 10, n. 11, p. 1-17, 2015b.

GUIMARÃES, P. N.; MARTIN, D.; QUIRINO, J. Aids em Área Rural de Minas Gerais: abordagem cultural. **Rev. Saúde Pública.**, v. 41, n. 3, p. 412-18, 2007.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultórios na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública.**, v. 31, n. 7. p. 1497-1504, 2015.

HERNANDEZ, I. et al. Syphilis and HIV/Syphilis co-infections among men who have sex with men (MSM) in Ecuador. **American Journal of Men's Health.**, p. 1-11, 2016.

HUGHES, G.; FIELD, N. The epidemiology of sexually transmitted infections in the UK: impact of behavior services and interventions. **Future Microbiol.**, v. 10, n. 1, p. 35-51, 2015.

HUGO, T. D. O. et al. Fatores associados à idade da primeira relação sexual em jovens: estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública.**, v. 27, n. 11, p. 2207-14, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**: sinopse do censo e resultados preliminares do universo. IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf>>. Acesso em: 20 Mai 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Distribuição percentual da população de domicílio – Brasil – 1980 a 2010**. IBGE, 2017. Disponível em: <http://www.brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/distribuicao-da-populacao-por-situacao-de-domicilio-html>>. Acesso em: 20 Mar 2017.

IRFF, G.; SOARES, R. B., DESOUSA, S. A. Fatores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais que Influenciam no Comportamento Sobre HIV/AIDS. **Rev EconomiA.**, v. 11, n. 2, p. 333-56, 2010.

JUNIOR ANTONIASSI, G. et al. O uso de drogas por motoristas caminhoneiros e o comportamento de risco nas estradas. **Rev. epidemiol e controle de Infecç.**, v. 6, n. 4, p. 1-11, 2016.

JUNGERMAN, F. S.; LARANJEIRA, R.; BRESSAN, R. A. Maconha: qual a amplitude de seus prejuízos? **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 27, n. 1, p. 5-6, 2005.

KIRKWOOD, B. R. **Essentials of Medical Statistics**. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1988.

KORI, N. et al. Correlates of infecting in na HIV incidence hotspot among substance users em Tijuana, México. **Int. j. drug policy.**, v. 25, n. 3, p. 525-32, 2014.

KOZLOV, A. P. et al. HIV incidence and behavioral correlates of HIV acquisition in a cohort of infection drug users in St Petesburg, Russia. **Medicine (Baltimore).**, v. 95, n. 44, p. 1-7, 2016.

LEVANTAMENTO NACIONAL DE INFORMAÇÕES PENITENCIÁRIAS (LIFOPEN). 2014. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/radio/mj-divulga-novo-relatorio-sobre-populacao-carceraria-brasileira>>. Acesso em: 10 Dez 2016.

LOMBA, L. et al. Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. **Rev Toxicodependências.**, v. 14, n. 1, p. 31-41, 2008.

LUZ, V. G. et al. Consumo alimentar e condições de trabalho no corte manual de cana de açúcar no estado de São Paulo. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 4, p. 1316-28, 2014.

MAIA, C. C. et al. Influencia da cultura machista na educação dos filhos e na prevenção das doenças de transmissão sexual: vozes de mãe de adolescentes. **Adolesc. Saúde.**, v. 10, n. 4, p. 17-24, 2013.

MALTA, D. C. et al. Orientações de saúde reprodutiva recebidas na escola – uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2009. **Epidemiol Serv Saúde.**, v. 20, n. 4, p. 481-90, 2011.

MORAES, M. S.; LOPES, J. C. C.; PRIULI, R. M. A. Questões socioeconômicas, laborais e de saúde na cadeia produtiva do agronegócio da cana-de-açúcar na região do Nordeste Paulista. **Saúde Soc.**, v. 22, n. 3, p. 673-86, 2013.

MUESSIG, K. E. et al. Putting Prevention in Their Pockets: developing mobile phone-based HIV interventions for black men who have sex with men. **AIDS Patient Care STDS.**, v. 27, n. 4, p. 211-22, 2013.

MUÑOZ, M. A. G.; NITSCHKE, R. G.; TOLL, A. D. Sexually behaviour in the everyday life of adolescentes and Young adults from the hip hop culture. **Text Context Nursing.**, v. 23, n. 1, p. 126-133, 2014.

PATIAS, N. D.; DIAS, A. C. G. Sexarca, informação e uso de métodos contraceptivos: comparação entre adolescentes. **Psico – USF.**, v. 19, n. 1, p. 13-22, 2014.

PENNISE, M. et al. Using smart phone apps in STD interviews to find sexual partners. **Public Health rep.**, v. 130, p. 245-252, 2015.

PENHA, J. C. et al. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis em profissionais do sexo do Interior Piauiense. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 2, p. 63-69, 2015.

PITPITAN, E. V.; KALICHMAN, S. C. Reducing HIV risks in the places where people drink: prevention interventions in alcohol venues. **AIDS Behav.**, v. 20, n. 1, p. 119-33, 2016.

PLAMCHEREL, A. A. et al. Perfil do canavieiro e relações de trabalho na atual agroindústria açucareira de Alagoas. In: VII Seminário do Trabalho: trabalho,

educação e sociabilidade, 2010, Marília-SP. **Anais...** São Paulo: UNESP; 2010. p.1-19.

POGETTO, M. R. B.; SILVA, M. G.; PARADA, C. M. G. L. Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo, em um município do interior paulista, Brasil. **Rev. Latinoam Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 1-7, 2011.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Desenvolvimento de dispositivos para a inclusão e integração de populações estratégicas e/ou vulneráveis nas Redes de Atenção a Saúde do SUS.** 2013. Disponível em: <<http://www.undp.org>>. Acesso em: 07 Dez 2016.

QU, L. et al. A cross-sectional survey of HIV transmission and behaviour among men who have sex with men in diferente áreas of Inner Magnóia Autonomus Region, China. **BMC public health.**, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016.

RAMIREZ, C.; PINZÓN-RONDÓN, A. M.; BOTERO, J. C. Contextual predictive fators of child sexual abuse: the role of parente-child interaction. **Child Abuse & Neglect.**, v. 35, p. 1022-31, 2011.

RANEBENNUR, V. et al. Addressing vulnerabilities off emale sex workers in na HIV prevention intervention in Mumbai and Thane: experiences from the Aatha Project. **HIV/AIDS-Research and Palliative Care.**, v. 6, p. 9-18, 2014.

RECIO, R. S.; ÁGREDA, J. P. A. P.; SERRANO, J. S. Infecciones de transmission sexual em hombres internos in prisión: riesgo de desarrollo de nuevas infecciones. **Gac. Sanit.**, v. 30, n. 3, p. 208-14, 2016.

REYES-URUEÑA, J. et al. Cross sectional study of factors associated to self-reported blood-borne infections among drug users. **BMC Public Health.**, v 15, p. 1-8, 2015.

RIGONI, M. S. et al. O consumo da maconha na adolescência e as consequências nas funções cognitivas. **Psicologia em Estudo.**, v. 12, n. 2, p. 267-75, 2007.

ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Proverty as Predisposing Fator of Illness Tendencies in Sugar Cane Workers. **Rev latinoam enferm.**, v. 15, p. 736-41, 2007.

ROCHA, F. L. R.; MARZIALE, M. A. P.; HONG, O. Work and health condictions of sugar cane workers in Brazil. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 44, n. 4, p. 974-79, 2010.

ROCHA, E. M.; LEMES, A. G.; SANTOS, B. L. Exposição de caminhoneiros à infecções sexualmente transmissíveis. **Journal Health NPEPS.**, v. 2, n. 1, p. 230-40, 2017.

ROJO, M. Vulnerabilidad de los trabajadores de la industria del transporte automotor de carga de larga distancia al VIH-sida: conovimentos, actudes, prácticas y prevalencia de HIV. 2016. 80 f. **Tesis.** (Doutorado em Salud Publica) – Departamento de Salud Publica, Facultad de Medicina, Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, 2016.

ROMPALO, A. Preventing sexually transmitted infections: black to basics. **J. Clin Invest.**, v. 121, n. 12, p. 4580-83, 2011.

ROSA, L. A.; NAVARRO, V. L. Trabalho e Trabalhadores dos canaviais: perfil dos cortadores de cana da região de Ribeirão Preto (SP). **Cad. psicol. soc. trab.**, v. 17, n. 1, p. 143-160, 2014.

ROUBER, B. J. et al. Vulnerabilidade para aquisição de doenças sexualmente transmissíveis em profissionais motoristas de caminhão. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.**, v. 4, n. 4, p. 1412-20, 2013.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde.** 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SANTOS, C. K. S. et al. Relatos de caminhoneiros sobre a prevenção do HIV e o material educacional impresso: reflexões para educação em saúde. **Ciênc. Educ.**, v. 21, n. 4, p. 1011-30, 2015.

SCOTT, N. et al. Modelling the impact of condom distribution on the incidence and prevalence of sexually transmitted infections in adult male prison system. **PLoS ONE.**, v. 10, n. 12, p. 1-14, 2015.

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA DA PARAÍBA (SAP-PB). **População Carcerária. Fevereiro, 2016.** Disponível em: <<http://www.paraiba.pb.gov.br/administracao-penitenciaria/populacao-carceraria>>. Acesso em: 10 Dez 2016.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA PARAÍBA – SES- PB. **Histórico de HIV e AIDS 2007 a agosto de 2016.** 2016.

SILVA, A. R.; LOPES, C. M.; MUNIZ, P. T. Inquérito do preservativo em ribeirinhos do Rio Acre: porte, acondicionamento, uso e risco de infecção pelas DSTs. **Rev. Bras Enferm.**, v. 58, n. 1, p. 17-21, 2005.

SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso soa serviços de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de quilombolas no Brasil. **Saúde Soc.** v. 19, p. S109-20, 2010. Suplemento 2.

SILVA, D. M. P. P.; TOMANIK, E. A. Condições de vida de famílias ribeirinhas moradoras nas residências populares do município de Porto Rico, estado do Paraná, Brasil. **Acta Scientiarum Health Sciences.**, v. 33, n. 1, p. 119-33, 2016.

SOCÍAS, M. E. et al. Universal coverage without universal access: institucional barriers to health care among women sex workers in Vancouver, Canadá. **PLoS ONE.**, v. 11, n. 5, p. 1-15, 2016.

SOUTO, F. J. D. et al. Prevalência de Hepatite B em área rural em município hiperendêmico na Amazônia Mato-grossense: situação epidemiológica. **Epidemiol Serv Saúde.**, v. 13, n. 2, p. 93-102, 2004.

SOVRAN, S. Understanding culture and HIV/AIDS in Sub-Saharan África. **J. of Social Aspects of HIV/AIDS.**, v. 10, n. 1, p. 32-41, 2013.

SOUZA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. Vulnerabilidade: análise de conceitos para apoiar as práticas de cuidado em saúde. **Investigação Qualitativa em Saúde.**, v.1, p. 559-62, 2015.

TAN, A. X. et al. Epidemiology of drug use and HIV-related risk behaviors among people who inject drugs in Mwanza, Tanzania. **PLoS ONE.**, v. 10, n. 12, p. 1-15, 2015.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Together we will end AIDS.** 2012.

UNAIDS. **Global AIDS Response Progress Reporting 2014:** construction of core indicators for monitoring the 2011 UM Political Declaration on HIV/AIDS: UNAIDS; 2014, 264p. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2014_guidelines_en_o.pdf>. Acesso em: 20 Nov 2016.

UNAIDS. **Do No Harm:** health, human rights and people who use drugs. 2016. Disponível em: <<http://www.unaids.org/sites/default/files/media-asset/donoharm-en.pdf>>. Acesso em: 11 Dez 2016.

UNAIDS. **The Aids epidemic can be ended by 2030.** 2016.

VALE, E. P.; CARVALHO, L. S. PEREIRA, F. C. S. Soroprevalência do HIV na população privada de liberdade no Amapá. **Rev. epidemiol. controle infecç.**, v. 6, n. 3, p. 1-8, 2016.

VILLEGAS-CASTAÑO, A.; TAMAYO-ACEVEDO, L. S. Prevalência de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo para la salud sexual de adolescentes escolarizados, Medellín, Colombia, 2013. **Iatreia.** v. 29, n. 1, p. 5-17, 2016.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar em estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas? **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 18 p. S131-142, 2015. Suplemento 1.

WIEHE, S. E. et al. Epidemiology of sexually transmitted infections among offenders following arrest or incarceration. **Am. j. public health.**, v. 105, n. 12, p. 26-32, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sexually Transmitted Infections (ISTs).** 2015a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>>. Acesso em: 09 Abr 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Daft Global Health Strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021.** 2015b. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/ghs-strategies/en/>>. Acesso em: 05 Ago 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sexually Transmitted Infections (ISTs).** 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>>. Acesso em: 20 Nov 2016.

ZAROWSKY, C. et al. Haddad S, Nguyen VR. Beyond 'vulnerable groups': contexts and dynamics of vulnerability. **Global Health Promotion.**, v. 20, p. S3-9, 2013. Suplemento 1.

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - UFG

PROJETO: CORTADORES DE CANA

QUESTIONÁRIO

ID: CAN | _ | _ | _ |

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

SEÇÃO I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1- Estado onde trabalha _____	ESTADO ()
2- Cidade onde trabalho: _____	CIDADE ()
3- Nome do canavieiro _____	CANA ()
4- Nome (nome e sobrenome) _____	
5- Sexo: 1- Masculino (); 2- Feminino ()	SEX ()
6- Tel: _____ - _____; Tel 2: _____ - _____	TEL1 ()
7- Data de nascimento: ____ / ____ / ____	DNASC ____ / ____ / ____
8- Você estudou até que série (especifique em anos de estudo)?	ESCOL ()
9- Qual o seu estado civil? 1- Casado/união consensual(); 2- Solteiro(); 3- Separado(); 4- Viúvo()	ESTCIV ()
10- Quantos filhos possui: _____	NFILHO ()
11- Renda mensal: _____	RENDA ()
SEÇÃO II – COMPORTAMENTO DE RISCO PARA INFECÇÃO SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL	
12- Idade da primeira relação sexual _____	IDSEX ()
13- Já teve relação com um parceiro do mesmo sexo? 1- Não (); 2- Sim ()	HOMOSEX ()
14- Qual foi o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses? _____	NSEX ()
15- Qual (ais) tipo (s) de prática sexual você tem ou teve neste período? 1- Vaginal (); 2- Oral (); 3- Anal (); 4- Todos ()	TRELSEX ()
16- Frequência do uso do preservativo nos últimos 12 meses? 1- Nunca (); 2- As vezes (); 3- Sempre ()	FPRV12 ()
17- Já contraiu algum tipo de IST? 1- Não (); 2- Sim ()	IST ()
18- Você teve alguma ferida/úlceras na genitália nos últimos 12 meses? 1- Não (); 2- Sim (); 3- Não se lembra	FERI 12 ()

19- Você teve algum corrimento na genitália nos últimos 12 meses? 1- Não (); 2- Sim ()	CORR12 ()
20- Já foi abusado sexualmente? 1- Não (); 2- Sim ()	ABUSO ()
21- Você já usou algum tipo de droga? 1- Nunca (); 2- Maconha (); 3- Cocaína (); 4- Crack (); 5- Outras (), especifique _____	DROG () DROG1()
22- Você usou algum tipo de droga nos últimos 12 meses? 1- Não - (); 2- Sim ()	12DROG ()
23- Você já usou alguma droga injetável nos últimos 12 meses? 1- Não (); 2- Sim ()	UDI ()
24- Você ingeri bebida alcoólica? 1- Não (); 2- Sim () - Se sim: 1- Destilada (pinga, cachaça e outras) (); 2- Cerveja ()	ALCOO () TIPOALCOO ()
25- Se sim, quantos dias na semana: 1- todos os dias (); 2- menos de três vezes (); 3- mais ou igual a três vezes ()	DIASALCOO ()

Nome do

Entrevistador: _____

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a),

Você está sendo convidado para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Meu nome é Ana Cristina de Oliveira e Silva, sou professora da Universidade Federal de Paraíba e pesquisadora responsável. Este documento irá lhe fornecer informações importantes sobre o estudo. Por favor, leia as instruções abaixo com atenção e, em caso de dúvidas, pergunte-as junto à equipe de pesquisa, para decidir se participa ou não do estudo. No caso de aceitar fazer parte desta proposta, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Se ainda permanecer dúvidas, você poderá entrar em contato com o pesquisador listado abaixo.

Título da pesquisa: Epidemiologia das hepatites virais B e C, HIV/aids e sífilis em cortadores de cana de açúcar: base para ações de promoção da saúde.

Pesquisador responsável: Profa. Ana Cristina de Oliveira e Silva.

Telefone para contato: (83) 3216-7248

Objetivo da pesquisa: Investigar a epidemiologia das hepatites virais B e C, HIV/aids e sífilis em cortadores de cana na Paraíba; Estimar o conhecimento desta população sobre as Infecções sexualmente transmissíveis; Analisar a correlação entre o perfil sorológico e os fatores de risco.

Condução do estudo: você será orientado (a) sobre a importância, objetivos, riscos e benefícios da participação neste estudo. Seu nome não será divulgado, mantendo assim o seu anonimato. Você terá garantia de sigilo e direito de retirar seu consentimento a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo à continuidade da pesquisa. Sua participação será em uma única etapa, por um período aproximado de uma hora, no qual conversaremos sobre o tema em questão. Em caso de dúvidas no preenchimento do instrumento, o entrevistador permanecerá ao seu lado para os devidos esclarecimentos. Ainda, seu dedo da mão será furado com uma agulha para realizar os testes rápido de hepatites B e C, sífilis e HIV, em seguida serão coletados 10 ml de sangue de sua veia para comprovar as infecções: hepatites B e C, HIV e

sífilis. Se após a realização desses testes, ainda restar algum “sangue” (soro), esse permanecerá congelado, podendo ser utilizado em futuras pesquisas com outros agentes infecciosos, mediante a sua autorização e aprovação do(s) novo(s) projeto(s) pelo CEP da UFG e, quando for o caso, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Riscos: os riscos da sua participação no estudo referem-se à coleta de sangue, que será realizada de duas formas, a primeira é uma picada no dedo, e a segunda se retirará sangue da veia do braço, como a que você faz quando precisa fazer outros exames laboratoriais que necessitam de sangue para sua realização. Essas técnicas serão realizadas por um profissional capacitado, e todos os materiais utilizados durante os testes rápido, coleta de sangue no braço e vacinação serão estéreis e descartáveis, além de garantidos todas as medidas para prevenção de infecção no local da punção e vacinação. Além desse desconforto físico, você pode se sentir incomodado em responder algumas perguntas de sua intimidade. Assim, você pode escolher o local que considerar melhor e mais aconchegante no local do sindicato para responder as perguntas.

Benefícios: os benefícios indiretos com a participação neste estudo incluem o conhecimento sobre a epidemiologia atual das hepatites virais B e C, HIV/aids e sífilis em uma população que vive a injustiça social e de saúde; informações que serão valiosas na elaboração de medidas educativas-preventivas que contribuirão para a melhoria da qualidade de vida de trabalhadores rurais como você. Se você consentir em participar deste estudo, as informações obtidas serão registradas em formulário próprio e serão mantidas em maior sigilo por um período de cinco anos. Portanto, seu nome não estará nos formulários, registros ou publicações. Ainda, você tem liberdade de retirar sua permissão a qualquer tempo, e mesmo diante de sua saída do projeto, você terá direito a tratamento, caso seja seu caso.

Ressarcimento de despesas: você não terá custo ao participar deste estudo, como também não receberá pagamento ou qualquer gratificação financeira. Caso você se sinta lesado, poderá solicitar junto aos órgãos competentes, indenização, que será concedida, por determinação legal, caso seja comprovado a ocorrência de eventuais danos decorrentes da sua participação nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG/CPF: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo, sob a responsabilidade da Profa. Sheila Araujo Teles como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/ tratamento.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Assinatura



Dactiloscópica:

ANEXO C

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS-CEP

CERTIDÃO

Com base na Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, do Ministério da Saúde, que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, **certificamos** que o Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - HULW, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, em Reunião Ordinária realizada no dia 29 de março de 2016, **APROVOU** o **Projeto de Pesquisa** intitulado “Epidemiologia das hepatites virais B e C, HIV/aids e sífilis em cortadores de cana de açúcar: base para ações de promoção da saúde”, estudo multicêntrico, tendo como pesquisadora responsável Ana Cristina Oliveira e Silva, com parecer de n° 1507737, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE n° 53400516.8.0000.5183, conforme registros contidos na Plataforma Brasil.

Ressaltamos que aguardamos o envio do Relatório Final do estudo para emissão da Certidão Definitiva, para fins de comprovação quando da publicação dos resultados.

João Pessoa, 19 de julho de 2016.


Prof. Dr. Solange Fátima Geraldo da Costa
Coordenadora Adjunta do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW