

Situação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

Uso de preservativo e vulnerabilidades para infecções sexualmente transmissíveis em comunidades quilombolas: estudo descritivo, Sergipe, 2016-2017

Taciana Silveira Passos, Marcos Antonio Almeida-Santos, Aline Barreto Hora, Cristiane Costa da Cunha Oliveira

<https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000200011>

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- O autor submissor declara que todos os autores responsáveis pela elaboração do manuscrito concordam com este depósito.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa estão descritas no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints.
- Os autores declaram que no caso deste manuscrito ter sido submetido previamente a um periódico e estando o mesmo em avaliação receberam consentimento do periódico para realizar o depósito no servidor SciELO Preprints.
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores estão incluídas no manuscrito.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que caso o manuscrito venha a ser postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo estará disponível sob licença [Creative Commons CC-BY](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).
- Caso o manuscrito esteja em processo de revisão e publicação por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.

Submetido em (AAAA-MM-DD): 2021-01-15

Postado em (AAAA-MM-DD): 2021-01-15



Como citar este artigo:

Passos TS, Almeida-Santos MA, Hora AB, Oliveira CCC. Uso de preservativo e vulnerabilidades para infecções sexualmente transmissíveis em comunidades quilombolas: estudo descritivo, Sergipe, 2016-2017. *Epidemiol Serv Saúde* [preprint]. 2021 [citado 2021 jan 14]:[21 p.]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000200011>

Artigo original

Uso de preservativo e vulnerabilidades para infecções sexualmente transmissíveis em comunidades quilombolas: estudo descritivo, Sergipe, 2016-2017*

Condom use and vulnerabilities to sexually transmitted infections in quilombola communities: a descriptive study, Sergipe, Brazil, 2016-2017

Uso del condón y vulnerabilidades a las infecciones de transmisión sexual en comunidades quilombolas: un estudio descriptivo, Sergipe, Brasil, 2016-2017

Taciana Silveira Passos¹ - orcid.org/0000-0002-5312-095X

Marcos Antonio Almeida-Santos¹ - orcid.org/0000-0003-0622-6257

Aline Barreto Hora¹ - orcid.org/0000-0002-3930-6475

Cristiane Costa da Cunha Oliveira¹ - orcid.org/0000-0003-1439-7961

¹Universidade Tiradentes, Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Aracaju, SE, Brasil

Endereço para correspondência:

Cristiane Costa da Cunha Oliveira – Avenida Murilo Dantas, nº 300, Farolândia, Aracaju, SE, Brasil. CEP: 49032-490

E-mail: criscunhaoliva@yahoo.com.br

*Artigo derivado de dissertação de Mestrado intitulada ‘Vulnerabilidades para HIV/AIDS e Sífilis em População Quilombola do Nordeste Brasileiro’, defendida por Taciana Silveira Passos junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes, em 2017. O estudo recebeu apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), fundação vinculada ao Ministério da Educação (MEC) – Código do Financiamento 001.

Recebido em 02/08/2020

Aprovado em 09/10/2020

Editora associada: Bárbara Reis-Santos - orcid.org/0000-0001-6952-0352

Resumo

Objetivo: Analisar a frequência do uso de preservativos segundo fatores de vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis em comunidades quilombolas de Sergipe, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, realizado entre 2016 e 2017. Utilizou-se questionário estruturado, com questões sociodemográficas e comportamentais; foram realizados testes rápidos de HIV e sífilis. Comparações entre variáveis categóricas foram realizadas pelo teste exato de Fisher. **Resultados:** Entre os 367 indivíduos de 14 comunidades, a maioria apresentava baixa escolaridade (72,8%), encontrava-se sem trabalho (59,7%) e possuía parceiro sexual fixo (90,7%). Falta de acesso a insumos e informações de prevenção compuseram a vulnerabilidade programática dos indivíduos. Houve maior proporção de uso inconsistente do preservativo com parceiro fixo (90,1%), em indivíduos que relataram falta de acesso à informação ($p=0,001$) e uso inconsistente com parceiro eventual ($p<0,001$). **Conclusão:** A frequência de uso do preservativo com parceiro fixo foi significativamente proporcional ao uso com parceiro eventual e ao acesso a informação preventiva.

Palavras-chave: HIV; Sífilis; Preservativos; Vulnerabilidade em Saúde; Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

Objective: To analyze the frequency distribution of condom use according to vulnerability factors for sexually transmitted infections in quilombola communities in Sergipe, Brazil. **Methods:** Descriptive cross-sectional study carried out between 2016-2017. A structured questionnaire with sociodemographic and behavioral issues was used; and rapid HIV and syphilis tests were performed. Comparisons between categorical variables were performed using Fisher's exact test. **Results:** Among the 367 individuals from 14 communities, the majority were of low education (72.8%), without work (59.7%) and had a fixed sexual partner (90.7%). Lack of access to inputs and prevention information made up the programmatic vulnerability of individuals. There was a higher proportion of inconsistent condom use with a steady partner (90.1%) in individuals who reported lack of access to information ($p=0.001$) and inconsistent use with an occasional partner ($p<0.001$). **Conclusion:** The frequency of condom use with a steady partner was significantly proportional to the use with a casual partner and access to preventive information.

Keywords: HIV; Syphilis; Condoms; Health Vulnerability; African Continental Ancestry Group; Epidemiology, Descriptive.

Introdução

A cada dia, em todo o mundo, surge mais de 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis (IST) curáveis entre pessoas de 15 a 49 anos, conforme dados disponibilizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2019.¹ O uso correto e consistente de preservativos é um método eficaz para reduzir a transmissão de ISTs, conquanto a adoção efetiva desse método dependa da disposição, motivação e habilidade própria, e do parceiro ou parceira.² Em determinados ambientes tradicionais,

a exemplo das comunidades quilombolas, o tema pode ser motivo de constrangimento e, muitas vezes, visto como um tabu.³

Observa-se baixa adesão ao uso consistente do preservativo no ambiente das comunidades quilombolas, em diferentes contextos regionais, incluindo os estados do Pará,³ Maranhão,⁴ Goiás e Mato Grosso do Sul.⁵ Entre os motivos para o não uso desse instrumento de prevenção, destaca-se a falta de percepção do risco de contrair ISTs.

Além do conjunto de vulnerabilidades individuais relacionadas aos comportamentos sexuais de risco, os fatores sociais atuam como fortes preditores.⁶ No que se refere às desigualdades étnicas e raciais no Brasil, a situação dos quilombolas merece atenção especial, haja vista o histórico de vulnerabilidade dessas comunidades.⁷

Os resultados dos estudos de comportamento sexual e vulnerabilidade para ISTs em afrodescendentes brasileiros devem servir de subsídio ao desenho e implementação de políticas públicas, tanto gerais quanto específicas. Contudo, eles são escassos no que concerne às ISTs em comunidades quilombolas no estado de Sergipe.^{3-5,8} Nesse sentido, o presente estudo pretende contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a situação de vulnerabilidade (individual, social e programática) dessa população, comumente sub-representada em estudos epidemiológicos na área temática da saúde sexual.

Sob essa perspectiva, este trabalho teve como objetivo analisar a frequência do uso de preservativos segundo fatores de vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis em comunidades quilombolas de Sergipe, Brasil.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo transversal descritivo, realizado em 14 comunidades quilombolas do estado de Sergipe, região Nordeste do Brasil, entre 2016 e 2017.

Segundo a Fundação Cultural Palmares, no Brasil, até setembro de 2017, foram emitidos 2.526 certificados para 3.010 comunidades quilombolas, 35 delas assentadas em Sergipe, distribuídas entre 11 municípios.⁹

As comunidades quilombolas selecionadas localizam-se nas bacias hidrográficas dos rios Japarutuba, São Francisco, Costeiro do Sapucaia e Sergipe, e nos territórios do Médio Sertão Sergipano, Grande Aracaju, Baixo São Francisco Sergipano e Leste Sergipano.

Foram elegíveis para o estudo adultos com idade de 18 anos ou mais, residentes em comunidades quilombolas do estado. Indivíduos com diagnóstico clínico de comprometimento mental grave, registrado em prontuário da unidade básica de saúde (UBS) vinculada à comunidade, e aqueles que nunca tiveram relações sexuais, foram excluídos.

A amostra do estudo foi estratificada entre as comunidades quilombolas, identificadas a partir dos dados registrados pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária de Sergipe: famílias dos territórios adscritos, cadastradas como remanescentes de comunidades quilombolas. Uma vez criado um banco de dados dos territórios e dos indivíduos cadastrados, utilizou-se o procedimento de amostragem aleatória sem substituição.

O desfecho do estudo foi o uso de preservativo (sempre; frequentemente; às vezes; nunca) com as alternativas dicotomizadas (uso inconsistente; uso consistente), sendo considerado ‘uso consistente’ apenas quando indivíduos elegeram a alternativa ‘sempre’. Aos entrevistados também foi questionado o uso do preservativo conforme o tipo de parceria em que estavam envolvidos: parceiros fixos ou parceiros eventuais.

As demais variáveis estudadas incluíram as dimensões da vulnerabilidade propostas por Jonathan Mann et al. e por Ayres (este, no Brasil):¹⁰⁻¹¹

a) Vulnerabilidade social

- Sexo (masculino; feminino);
- Raça/cor da pele autodeclarada (branco; pardo; preto);
- Nível de escolaridade (sem estudo ou com ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo/ensino médio incompleto; ensino médio completo/ensino superior incompleto; ensino superior completo);
- Classificação econômica, categorizada segundo o Critério Brasileiro de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP) de 2016 (categorias: A; B1; B2; C1; C2; D/E);¹²
- Renda familiar (dicotomizada pela mediana: até R\$600 reais; mais de R\$600); e

- Situação de trabalho atual (sem trabalho; com trabalho).

b) Vulnerabilidade individual

- Idade (anos: 18 a 39; 40 a 59; 60 a 101), cujos pontos de corte foram definidos com base na mediana da distribuição da amostra;
- Uso de drogas (usuário ocasional ou de baixo risco; risco ou uso nocivo; alta chance de dependência), baseado na versão brasileira do instrumento Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST);¹³
- Parceiro usuário de drogas (sim; não);
- Histórico de IST do entrevistado e do parceiro (presença; ausência);
- Tipos de relações sexuais (oral [sim; não]; vaginal [sim; não]; anal [sim; não]);
- Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses (até cinco; mais de cinco); e
- Idade da primeira relação sexual (menos de 15 anos; 15 ou mais anos).

c) Vulnerabilidade programática

- Acesso a alguma informação sobre prevenção de IST nos últimos 12 meses (sim; não);
- Recebimento de insumos – preservativos e gel lubrificante – nos últimos 12 meses (sim; não);
- Local onde realiza controle de saúde (UBS; consultório particular; não realiza);
- Tratamento após apresentar IST (sim; não);
- Serviço de saúde onde realizou o tratamento (UBS; farmácia; não tratou);
- Presença de programas sociais governamentais de prevenção de ISTs que incluam pessoas do local (sim; não);
- Racismo institucional (discriminação: ausente ou baixa; média; alta), avaliado por uma escala de tipo Likert com cinco pontos, que variam de 1 (nunca) a 5 (sempre), com base no ponto de corte da escala de percepção de discriminação racial em saúde, validada e adaptada à realidade brasileira¹⁴

Os dados foram coletados no período de setembro de 2016 a junho de 2017. A equipe de pesquisadores apresentou o projeto a cada líder quilombola e programou as datas mais adequadas para a realização de um evento e coleta de dados, respeitando a ordem cronológica da solicitação de cada líder e a confirmação da disponibilidade de algum espaço público da comunidade: UBS, escolas, centros comunitários etc.

As entrevistas utilizaram-se de um questionário estruturado por itens relacionados às vulnerabilidades social, individual e programática; elas foram realizadas individualmente, em locais públicos previamente agendados ou na residência do entrevistado quando era impossível a este deslocar-se até o local estabelecido para a pesquisa.

Após a entrevista, os participantes foram convidados a fazer o teste rápido para o HIV e a sífilis. Aqueles que assentiram foram encaminhados para aconselhamento individual (aconselhamento pré-teste) e posteriormente, em uma sala reservada, submeteram-se a coleta de material sorológico. Os resultados dos testes foram informados em outro aconselhamento individual (aconselhamento pós-teste), complementado pela educação em saúde e recomendações de prevenção pautadas em cada diagnóstico.

A infecção pelo HIV foi identificada pelos testes rápidos BioManguinhos HIV-1&2 e Abon. Aplicou-se o teste Alere na detecção de anticorpos para *Treponema pallidum*, o que permitiu identificar a ocorrência de sífilis independentemente de ser precoce, diagnosticada até dois anos de vida, ou tardia, quando já se passaram mais de dois anos do contato efetivo com a bactéria. A realização dos testes seguiu as orientações das portarias do Ministério da Saúde nº 34, de 28 de julho de 2005, e nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011.

Todos os participantes com resultado positivo foram encaminhados à UBS responsável pela cobertura de seu território, onde apresentaram os formulários apropriados: Ficha de Encaminhamento para HIV e Sífilis; uma via da ficha clínica; e a ficha Fique Sabendo, do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais de Sergipe.

O cálculo do tamanho amostral pautou-se em um poder de 80%, alpha bicaudal de 0,05 e mínima diferença detectável entre grupos de 15%, totalizando um mínimo de 333 indivíduos a serem entrevistados. Foram acrescidos 10% a este valor, para compensar eventuais dados faltantes e perdas.

Antes de sua aplicação pelos pesquisadores, o questionário passou por um processo de validação de conteúdo encarregado a cinco peritos reconhecidos, dedicados às interdisciplinariedades de Saúde e Ambiente, Saúde Coletiva e Saúde Sexual, além de servir ao treinamento dos entrevistadores, 20 estudantes de graduação e pós-graduação na área da Saúde. Tais estratégias buscaram diminuir o viés de aferição.

A análise estatística foi realizada pelo *software* Stata versão 15.0. As variáveis contínuas foram descritas em médias e desvios-padrão (DP); e as variáveis categóricas, em valor absoluto e percentual, acompanhadas de intervalo de confiança a 95% (IC_{95%}), estimado pelo método “exato” binomial. Para comparações da distribuição do uso de preservativo entre as demais variáveis que compuseram a vulnerabilidade para IST, utilizou-se o teste exato de Fisher. O p-valor bicaudal <0,050 foi considerado critério de significância estatística. Utilizou-se a relação sexual com parceiro fixo como referência, por representar a maior parcela da população.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (CEP/UNIT) em seu Parecer nº 1.685.357, de 18 de agosto de 2016, e também pela Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe e Secretarias Municipais de Saúde cujas comunidades estariam envolvidas no estudo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

A amostra foi composta por 367 indivíduos de 14 comunidades quilombolas de Sergipe, com idades entre 18 e 101 anos (média de 44,81 – DP=17,46). Entre os 333 indivíduos (90,7%) que mantinham relações sexuais com parceiro fixo, 9,9% utilizavam preservativo de forma consistente nessa forma exclusiva de relação. No que diz respeito aos 191 (52,1%) que mantinham relações com parceiro eventual, 15,7% utilizavam preservativo de forma consistente. Dentro desse mesmo quadro, 42,7% mantinham relações sexuais tanto com parceiro fixo quanto com parceiros eventuais, sendo que entre esses indivíduos com as duas formas de parceria, 90,6% realizavam sexo desprotegido com ambos tipos de parceiro – fixo e eventual.

O perfil dos participantes, de acordo com a vulnerabilidade social, é descrito na Tabela 1. Houve predominância de negros – pardos e pretos (93,2%) –, classe econômica D/E (75,4%), sexo feminino (73,0%), indivíduos sem estudo ou com ensino fundamental incompleto (72,8%), com renda familiar até R\$600 (66,5%) – equivalente a aproximados 190 dólares por na ocasião da entrevista – e sem trabalho (59,7%).

O consumo de álcool foi relatado por 61,1% da população e, segundo a classificação do ASSIST, 17,2% dos entrevistados apresentavam risco ou uso nocivo ou alta chance de dependência (Tabela 1). O uso de outras drogas psicoativas na vida – e.g., maconha, cocaína, hipnóticos e inalantes – foi mencionado por cerca de 10% da população.

A prevalência de sífilis encontrada foi de 3,27%, não houve resultado positivo nos testes para HIV e 6,81% relataram antecedentes de IST. Quanto aos fatores de vulnerabilidade individual por comportamento sexual, 28,9% iniciaram a atividade sexual com menos de 15 anos de idade e 3,3% referiram ter mais de 5 parceiros (Tabela 2).

Com relação à vulnerabilidade programática para IST, os seguintes participantes haviam-se submetido a testes de detecção de HIV e sífilis alguma vez na vida: 41,1% haviam realizado o teste para o HIV, e 35,4% o teste para sífilis. A falta de acesso a algum tipo de informação de prevenção para IST foi relatado por 41,1% dos entrevistados, e 82,8% não receberam insumos nos últimos 12 meses. No que diz respeito aos programas sociais governamentais de prevenção de IST que incluíssem pessoas do local, 79,6% referiram não contar com esse recurso na comunidade e 83,9% utilizavam a UBS para controle de saúde. A maioria – 95,4% – referiu baixa ou nenhuma percepção de haver sofrido atos de racismo nos serviços de saúde (Tabela 3).

Observou-se maiores proporções de uso inconsistente do preservativo com parceiro fixo em indivíduos que relataram falta de acesso à informação ($p=0,001$), como também entre indivíduos com parceiro eventual ($p<0,001$) (Tabela 4). Verificou-se, ademais, uso consistente do preservativo com parceiro fixo em indivíduos do sexo feminino (78,8% – IC_{95%} 61,3;89,6) e sem trabalho (69,7% – IC_{95%} 51,9;83,0), embora as diferenças não fossem significativas.

Discussão

O uso inconsistente do preservativo foi referido por aproximadamente um em cada dez moradores das comunidades quilombolas de Sergipe. Pouco mais da metade dos respondentes também possuía parceiro eventual e praticava sexo sem preservativo em ambas situações. Houve maior proporção de uso consistente do preservativo com

parceiro fixo entre indivíduos que também o utilizavam de forma consistente com parceiro eventual, e igualmente, como esperado, entre aqueles que tiveram acesso à informação preventiva. Baixo nível de escolaridade e más condições socioeconômicas foram os principais fatores de sua vulnerabilidade social e, cumpre lembrar e destacar, trata-se da mesma realidade presente em muitas comunidades do país, o que enseja, uma reflexão mais profunda sobre questões de acesso à saúde com equidade.

Os resultados apresentados devem ser interpretados considerando-se algumas limitações. Uma delas é a carência de estudos nacionais sobre o tema, principalmente das populações quilombolas. A mesma escassez desses estudos também implicou a necessidade de, na discussão dos resultados da pesquisa, incluir estudos de diferentes abordagens metodológicas. O delineamento transversal descritivo, por sua vez, impossibilita o estabelecimento de uma temporalidade para as análises. Vale ressaltar que os indivíduos foram questionados sobre práticas anteriores ao momento da entrevista, sendo possível que suas respostas sofressem a influência do viés de memória. Adicionalmente, existe a possibilidade de algumas respostas corresponderem ao padrão “socialmente aceitável”.

Era de se esperar a proporção significativa do uso consistente do preservativo com parceiro eventual e com parceiro fixo. Teoricamente, usuários consistentes de preservativo com parceiro fixo apresentariam menos risco de contrair IST,⁶ porque não deixariam de se prevenir da mesma forma, com o parceiro eventual. Quanto ao uso inconsistente com parceiro fixo e parceiro eventual, outros estudos, publicados entre 2009 e 2017, tendo como objeto comunidades quilombolas do Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país, já haviam mencionado essa característica, inclusive nas situações de múltiplos parceiros.³⁻⁵

A informação insuficiente pode ser um fator agravante do risco de infecção, ao promover desconhecimento sobre o método preventivo e conseqüentemente, disseminação das mais variadas crendices relacionadas ao preservativo.¹⁵⁻¹⁶ Essa situação é ainda mais grave no contexto de comunidade quilombolas, muitas vezes afastadas das unidades de saúde, em sua maioria de nível socioeconômico desfavorável, menos dotadas de recursos para sua educação, saúde e transporte.

O perfil sociodemográfico dos participantes foi similar ao encontrado em outras pesquisas realizadas em comunidades quilombolas: população predominantemente

negra, sem estudo ou com ensino fundamental incompleto, e sem trabalho. Observa-se a predominância de famílias em condições econômicas menos favoráveis, situação reportada em relatos de pesquisa publicados entre os anos de 2009 e 2020, sobre populações quilombolas dos estados da Bahia,¹⁷⁻¹⁹ Pará,³ Maranhão,⁴ Goiás e Mato Grosso do Sul.⁵

Estudos norte-americanos, realizados na década de 1990²⁰ e no decorrer dos últimos dez anos,⁶ concluíram que pessoas com um nível socioeconômico alto tendem a apresentar um risco muito menor de adquirir uma IST. O nível educacional tem papel fundamental na capacidade adquirida de compreender as informações fornecidas, contempladas nos programas de prevenção, e responder a elas. De acordo com os referidos estudos, populações com, no mínimo, ensino fundamental completo estão menos suscetíveis a contrair uma IST. Estes achados corroboram a situação de vulnerabilidade às ISTs identificada por estes autores nas comunidades quilombolas de Sergipe.

A maior proporção de mulheres a utilizar o preservativo com parceiro fixo pode ser reflexo de sua insegurança quanto à fidelidade dele, prevenção de gravidez ou maior preocupação com a saúde. Sabe-se que para muitos casais, o sexo desprotegido pode ser interpretado como um sinal de intimidade e confiança, resultando em uma barreira psicológica, não só para o uso do preservativo senão, também, para a comunicação sobre sexo seguro em geral.² Contudo, as autoras de um estudo datado de 2016, realizado com mulheres quilombolas do estado do Amazonas, observaram baixo uso do preservativo entre a população sexualmente ativa, independentemente do seu estado civil. Mesmo assim, a maioria das mulheres entrevistadas reconheceu no preservativo um instrumento seguro de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis.³

A porcentagem de participantes com relato de consumo alcoólico de alto risco foi superior à encontrada por um estudo realizado em 2011, em comunidades quilombolas da Bahia (11%),¹⁷ conquanto deva-se levar em consideração que o estudo não utilizou o ASSIST como base e sim uma classificação por número de doses consumidas semanalmente. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas está associado a um aumento da probabilidade de diagnóstico de alguma IST. Alguns pesquisadores têm associado o consumo do álcool a múltiplas parcerias sexuais e, como consequência, ao uso inconsistente do preservativo, conferindo maior risco de transmissão do HIV.^{21,22}

Embora a prevalência de sífilis tenha sido menor do que 10%, ela foi três vezes maior que a encontrada por um estudo de base populacional realizado em parturientes no Brasil,²³ como *proxy* para a população geral (0,89%). Vale ressaltar que a sífilis é considerada um marcador de sexo desprotegido, e pode potencializar a infecção pelo HIV.^{24,25}

Os fatores relacionados à dificuldade no acesso a testes para HIV e sífilis, insumos, informações e atividades de prevenção e assistência à saúde fizeram parte da dimensão da vulnerabilidade programática das comunidades quilombolas. A esses achados acrescentam-se os de um estudo de 2010, realizado em comunidades quilombolas de todo território nacional, no qual se mostraram as mesmas dificuldades de acesso aos serviços de prevenção às IST.⁸ Trata-se de condições importantes para o sucesso das ações de prevenção. Portanto, espera-se que o contato com informações sobre redução do risco de IST, a disponibilidade de insumos e de testes diagnósticos tornará os indivíduos mais preparados para práticas sexuais mais seguras.^{26,27}

Paralelamente à realização dos testes para HIV e sífilis, o uso dos serviços públicos de saúde pode diminuir a vulnerabilidade programática. As ações dos programas sociais também são de extrema importância: de acordo com uma pesquisa realizada no ano de 2017, em Coimbra, Portugal, após a intervenção de um programa educacional para redução dos comportamentos sexuais de risco, os indivíduos alcançados tiveram maior probabilidade de usar preservativo na última relação sexual com parceiro estável (razão de chances de 4,61 – IC_{95%} 1,31;16,20) e de realizar o teste para o HIV (razão de chances de 7,59 – IC_{95%} 3,33;17,35).²⁸

A maioria dos entrevistados realizavam o controle de saúde nas UBS. Outro estudo, focado nas comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, em 2013, mostrou dificuldade de acesso e subutilização dos serviços públicos de saúde, aos quais apenas 57,1% de seus moradores recorriam.¹⁸ Embora no plano formal, as comunidades tenham acesso à Estratégia Saúde da Família (ESF), ela não se tem efetivado no cotidiano quilombola, devido às barreiras de acesso.^{8,19} Observou-se, nas comunidades quilombolas de Sergipe, que o acesso às UBS é difícil devido à distância e falta de profissionais. Ademais, para algumas dessas comunidades, o serviço era apenas volante. A maioria dos indivíduos teve percepção de discriminação racial ausente ou baixa, na Saúde, o que, teoricamente, diminuiria a possibilidade de afastamento do serviço de

saúde por sofrer discriminação. No entanto, é importante notar que alguns indivíduos relataram percepção média e alta de racismo institucional na saúde. Destaca-se que a consolidação da ideia do racismo estrutural na formação da desigualdade social brasileira se deu, e se dá, de forma não linear, sob fortes contestações, inflexões e vários entraves no caminho.²⁹ Inclusive, não se descarta a hipótese de compreensão distorcida dos conceitos acerca de racismo, preconceito e discriminação racial entre a população geral. Além disso, a própria dificuldade de acesso representar mais uma barreira para o indivíduo responder a esse quesito.

Os resultados apresentados delineiam um perfil de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas para prevenção de ISTs nas comunidades quilombolas de Sergipe. A frequência de uso do preservativo com parceiro fixo foi diretamente proporcional a seu uso com parceiro eventual e ao acesso à informação para prevenção. Os resultados reforçam a necessidade de se fortalecer estratégias que viabilizem a consolidação de práticas de educação sexual, mediante políticas individuais e coletivas mais eficazes, expandindo os serviços prestados pela Saúde às comunidades quilombolas de Sergipe.

Contribuição dos autores

Passos TS e Hora AB contribuíram com a concepção e delineamento do estudo, interpretação dos resultados e redação do conteúdo do manuscrito. Almeida-Santos JP contribuiu com a concepção e delineamento do estudo, análise estatística dos resultados e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Oliveira CCC contribuiu com a concepção e delineamento do estudo, interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Conflitos de interesses

Nenhum dos autores tem conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A cada dia, há 1 milhão de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis curáveis [Internet]. Brasília: OPAS; 2019 [citado 2017 ago 31].

Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5958

2. Ajayi AI, Ismail KO, Akpan W. Factors associated with consistent condom use: a cross-sectional survey of two Nigerian universities. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 Dec [cited 2021 Jan 6];19(1):1207. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7543-1>
3. Nascimento VB, Nascimento Martins NV, Ciosak SI, Nichiata LY, Santos Oliveira JS, Bezerra LO, et al. Vulnerabilidades de mulheres quilombolas no interior da Amazônia às infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência. *Interdiscip J Health Educ* [Internet]. 2017 Jan-Jul [cited 2021 Jan 6];2(1):68-73. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/ijhe.2016.029>
4. Cardoso RLS. Vulnerabilidades às DSTs/Aids entre jovens de uma comunidade quilombola do município de Turiaçu-MA [dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2011. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/handle/tede/1080>
5. Nascimento LB, Santos Carneiro MA, Teles SA, Lopes CL, Silva Reis NR, Costa Silva AM, et al. Prevalência de infecção por HTLV-1 em quilombos remanescentes no Brasil Central. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2009 dez [citado 2021 jan 6];42(6):657-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822009000600009>
6. Bajaj S, Shravan R, Enebeli S, Nsohtabien H, Andkhoe M, et al. Factores de riesgo en Canadá para enfermedades de transmisión sexual y sus variaciones. *Med Soc* [Internet]. 2016 [citado 2021 jan 6];11(2):58-65. Disponível em: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/943>
7. Silva ER. Comunidades remanescentes quilombolas no Brasil: construção identitária, desafios e perspectivas na luta pela regularização de seus territórios. *Projeto História* [Internet]. 2016 [citado 2021 jan 6];56:378-92. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/26863>
8. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde Soc* [Internet]. 2010 [citado 2021 jan 6];19(2):109-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000600011>
9. Fundação Cultural Palmares (BR). Comunidades quilombolas [internet]. Brasília: Fundação Cultural Palmares; 2017 [citado 2017 jul 21]. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=88
10. Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, desafios, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. p. 121-44.
11. Mann J. *Aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993.
12. Kamakura W, Mazzon JA. Socioeconomic stratification criteria and classification tools in Brazil. *Rev Adm Empresas* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jan 6];56(1):55-70. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020160106>

13. Henrique IF, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni ML. Validation of the Brazilian version of alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras [Internet]*. 2004 [cited 2021 Jan 6];50(2):199-206. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000200039>
14. Miranda RDS. Racismo no Contexto da Saúde: um estudo psicossociológico [tese]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2015. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/7688?locale=pt_BR
15. Nascimento EGC, Fernandes C, Marília AA, João C. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. *Rev Salud Pública [Internet]*. 2017 [citado 2021 jan 6];19(1):71-80. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.44544>
16. Uribe-Alvarado JI, Bahamon-Muñeton MJ, Reyes-Ruíz L, Trejos-Herrera AM, Alarcon-Vásquez Y. Percepción de autoeficacia vs. rechazo del uso del condón en las prácticas sexuales de mujeres y hombres jóvenes. *Psicogente [Internet]*. 2017 [citado 2021 jan 6];20(37):25-35. Disponible en: <https://doi.org/10.17081/psico.20.37.2416>
17. Cardoso LGV, Melo AP, Cesar CC. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciêns Saúde Coletiva [Internet]*. 2015 [citado 2021 jan 6];20(3):809-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.12702014>
18. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública [Internet]*. 2013 [citado 2021 jan 6];29(9):1829. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151412>
19. Pereira RN, Mussi RFF, Rocha RM Acesso e utilização dos serviços de saúde por quilombolas contemporâneos baianos. *Rev ABPN [Internet]*. 2020 fev [citado 2021 jan 6];12(31). Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/index.php/site/article/view/739>
20. Wasserheit JN, Aral SO. The dynamic topology of sexually transmitted disease epidemics: implications for prevention strategies. *J Infect Dis [Internet]*. 1996 [cited 2021 Jan 6];174(Suppl 2):S201-13. Available from: https://doi.org/10.1093/infdis/174.Supplement_2.S201
21. Kermode M, Sono CZ, Songput CH, Devine A. Falling through the cracks: a qualitative study of HIV risks among women who use drugs and alcohol in Northeast India. *BMC Int Health Hum Rights [Internet]*. 2013 [cited 2021 Jan 6];13(9):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-698X-13-9>
22. Choudhry V, Agardh A, Stafstrom M, Ostergren PO. Patterns of alcohol consumption and risky sexual behavior: a cross-sectional study among Ugandan university students. *BMC Public Health [Internet]*. 2015 [cited 2021 Jan 6];14(128):1-11. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-128>
23. Cunha ARC. Sífilis em parturientes do Brasil: prevalência e fatores associados, 2010-2011 [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2015. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_f183ca35107a5525c5bdb1b7b1df939a

24. Shilaih M, Marzel A, Braun DL, Scherrer AU, Kovari H, Young J, et al. Factors associated with syphilis incidence in the HIV-infected in the era of highly active antiretrovirals. *Medicine* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 6];96(2):e5849. Available from: <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005849>
25. Dai W, Luo Z, Xu R, Zhao G, Tu D, Yang L, Wang F, et al. Prevalence of HIV and syphilis co-infection and associated factors among non-commercial men who have sex with men attending a sexually transmitted disease clinic in Shenzhen, China. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 6];17(86). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2187-1>
26. Wasserheit JN, Aral SO. The dynamic topology of sexually transmitted disease epidemics: implications for prevention strategies. *J Infect Dis* [Internet]. 1996 [cited 2021 Jan 6];174(Suppl 2):S201-13. Available from: https://doi.org/10.1093/infdis/174.Supplement_2.S201
27. La Croix JM, Pellowski JA, Lennon CA, Johnson BT. Behavioural interventions to reduce sexual risk for HIV in heterosexual couples: a meta-analysis. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jan 6];89(8):620-7. Available from: <https://doi.org/10.1136/sextrans-2013-051135>
28. Oliveira ACGDPC, Caramelo F, Patrício M, Camarheiro AP, Cardoso SM, Pita JR. Impacto de um programa de intervenção educativa nos comportamentos sexuais de jovens universitários. *Rev Enf Ref* [Internet]. 2017 [citado 2021 jan 6];4(13):71-82. Available from: <https://doi.org/10.12707/RIV17022>
29. Oliveiva DO, Brandão WN, Araújo Madeira MZ. Justiça racial e direitos humanos de povos e comunidades tradicionais. *Revista Katálysis* [Internet]. 2020 maio-ago [citado 2021 jan 6];23(2):317. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n2p317>

Tabela 1 – Frequências absoluta e relativa das variáveis que compõem os fatores a vulnerabilidade social para infecções sexualmente transmissíveis (IST) em comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	268	73,0
Masculino	99	27,0
Raça/cor da pele autodeclarada		
Negra (pardos e pretos)	342	93,2
Branca	25	6,8
Escolaridade		
Sem estudo ou com ensino fundamental incompleto	214	72,8
Ensino fundamental completo, ou ensino médio/ensino superior completos ou incompletos	53	27,2
Renda familiar		
Até R\$600	244	66,5
Mais de R\$600	123	33,5
Classificação econômica^a		
Classe B1 a C2	90	24,6
Classe D/E	277	75,4
Situação de trabalho atual		
Sem trabalho	219	59,7
Com trabalho	148	40,3
Consumo de álcool		
Não consome	143	38,9
Uso ocasional ou de baixo risco	161	43,9
Uso de risco ou uso nocivo/alta chance de dependência	63	17,2

a) Critério Brasileiro de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP) de 2016 (categorias: A; B1; B2; C1; C2; D/E).

Tabela 2 – Frequências absoluta e relativa das variáveis que compõem os fatores de vulnerabilidade individual para infecções sexualmente transmissíveis (IST) em comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017

Fatores de vulnerabilidade individual	N	%
Faixa etária (anos)		
18-39	148	40,3
40-59	139	37,9
60-101	80	21,8
Histórico de IST (entrevistado)		
Sim	25	6,8
Não	342	93,2
Histórico de IST (parceiro)		
Sim	4	1,1
Não	363	98,9
Parceiro usuário de drogas		
Sim	20	5,4
Não	347	94,6
Idade da primeira relação sexual		
15 ou mais anos de idade	261	71,1
Menos de 15 anos de idade	106	28,9
Número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses		
Até 5	64	96,7
Mais de 5	256	3,3
Tipo de relação sexual		
Vaginal		
Sim	346	94,3
Não	21	5,7
Anal		
Sim	28	7,6
Não	339	92,4
Oral		
Sim	12	3,3
Não	355	96,7

Tabela 3 – Frequências absoluta e relativa das variáveis que compõem os fatores de vulnerabilidade programática para infecções sexualmente transmissíveis (IST) em comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017

Fatores de vulnerabilidade programática	N	%
Teste de HIV realizado alguma vez na vida		
Sim	151	41,1
Não	216	58,9
Teste de sífilis realizado alguma vez na vida		
Sim	130	35,4
Não	237	64,6
Acesso a alguma informação sobre prevenção de IST nos últimos 12 meses		
Sim	216	58,9
Não	151	41,1
Recebimento de insumos – preservativos e gel lubrificante – nos últimos 12 meses		
Não	304	82,8
Sim	63	17,2
Local onde realiza controle de saúde		
Unidade básica de saúde	308	83,9
Consultório particular	39	10,6
Não realiza	20	5,5
Tratamento após apresentar IST		
Serviço de saúde	16	66,7
Farmácia	3	12,5
Não tratou	5	20,8
Programas sociais e governamentais de prevenção de IST que incluam pessoas do local		
Não	292	79,6
Sim	75	20,4
Percepção de discriminação racial nos serviços de saúde		
Ausente ou baixa	110	95,4
Média	16	4,3
Alta	1	0,3

Tabela 4 – Análise da distribuição do uso de preservativo com parceiro fixo segundo os fatores de vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis (IST) em comunidades quilombolas de Sergipe, 2016-2017

Fatores de vulnerabilidade	Resultado para o uso				Total	p-valor ^b
	Uso inconsistente		Uso consistente			
	n (%)	IC _{95%} ^a	n (%)	IC _{95%} ^a		
Sexo						0,077
Feminino	215 (71,7)	66,2;76,5	26 (78,8)	61,3;89,6	241 (72,4)	
Masculino	85 (28,3)	23,4;33,7	7 (21,2)	10,3;38,6	92 (27,6)	
Sabe ler e escrever						0,383
Sim	175 (58,3)	52,6;63-8	24 (72,7)	54,9;85,3	199 (59,8)	
Não	125 (41,7)	36,1;47,3	9 (27,3)	14,6;45,0	134 (40,2)	
Sem trabalho						0,059
Sim	175 (58,3)	52,6;63-8	23 (69,7)	51,9;83,0	198 (59,5)	
Não	125 (41,7)	36,1;47,3	10 (30,3)	16,9;48,0	135 (40,5)	
Consumo de álcool						0,791
Não consome	115 (38,3)	32,9;43,9	9 (27,3)	14,6;45,0	124 (37,2)	
Usuário ocasional ou de baixo risco	131 (43,7)	38,1;49,3	19 (57,6)	40,1;73,2	150 (45,1)	
Usuário de risco/uso nocivo	45 (15,0)	11,3;19,5	5 (15,1)	6,3;3,2	50 (15,0)	
Usuário de alto risco	9 (3,0)	1,5;5,6	–	–	9 (2,7)	
Faixa etária (anos)						0,825
18-39	118 (39,3)	33,9;45,0	18 (54,5)	37,3;70,6	136 (40,8)	
40-59	116 (38,7)	33,2;44,3	13 (39,4)	24,1;56,9	129 (38,8)	
60-101	66 (22,0)	17,6;27,0	2 (6,1)	1,47;21,6	68 (20,4)	
Antecedentes de IST						0,396
Sim	23 (7,7)	5,1;11,2	–	–	23 (6,9)	
Não	277 (92,3)	88,7;94,8	33 (100,0)	–	310 (93,1)	
Preservativo com parceiro eventual						<0,001
Uso inconsistente	154 (90,6)	85,2;94,2	3 (20,0)	6,3;48,3	157 (84,9)	
Uso consistente	16 (9,4)	5,8;14,8	12 (80,0)	51,7;93,7	28 (15,1)	
Recebimento de insumos						0,185
Sim	47 (51,4)	11,9;20,2	10 (5,6)	16,9;48,0	57 (17,1)	
Não	253 (84,3)	79,7;88,0	23 (69,7)	51,9;83,0	276 (82,9)	
Acesso a informação em saúde sexual						0,001
Sim	177 (59,0)	49,2;68,1	29 (87,9)	80,0;92,9	206 (61,9)	

Não	123 (41,0)	31,8;50,8	4 (12,1)	7,1;19,9	127 (38,1)
-----	------------	-----------	----------	----------	------------

a) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%.

b) Teste exato de Fisher.