



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

NYVIA CRISTINA DOS SANTOS LIMA

**CONHECIMENTO DE FAMÍLIAS RIBEIRINHAS RELACIONADO ÀS  
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

BELÉM  
2022

NYVIA CRISTINA DOS SANTOS LIMA

**CONHECIMENTO DE FAMÍLIAS RIBEIRINHAS RELACIONADO ÀS  
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF do Instituto de Ciências da Saúde- ICS, da Universidade Federal do Pará- UFPA como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Políticas de Saúde no Cuidado de Enfermagem Amazônico.

Orientadora: Prof. Dra. Nádile Juliane Costa de Castro

BELÉM  
2022

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

---

D722c dos Santos Lima, Nyvia Cristina.  
Conhecimento de famílias ribeirinhas relacionado às infecções sexualmente transmissíveis / Nyvia Cristina dos Santos Lima. — 2022.  
111 f. : il. color.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dra. Nádile Juliane Costa de Castro  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,  
Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em  
Assistência Farmacêutica , Belém, 2022.

1. IST. 2. Saúde Reprodutiva. 3. Populações Vulneráveis.  
4. População Ribeirinha. 5. Enfermagem. I. Título.

CDD 610.734

---

NYVIA CRISTINA DOS SANTOS LIMA

**CONHECIMENTO DE FAMÍLIAS RIBEIRINHAS RELACIONADO ÀS  
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF do Instituto de Ciências da Saúde- ICS, da Universidade Federal do Pará- UFPA como requisito para obtenção de Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

Conceito: \_\_\_\_\_

Banca examinadora:

\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup>. Nádile Juliane Costa de Castro (PPGENF-UFPA- Presidente)

\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup>. Andressa Tavares Parente (PPGENF-UFPA - Membro Interno)

\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup>. Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues (PPGENF UEPA/UFAM - Membro Externo)

\_\_\_\_\_  
Dr<sup>a</sup>. Lúcia Hisako Takase Gonçalves (PPGENF-UFPA - Membro Suplente)

BELÉM

2022

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por permitir que eu chegasse até aqui, me conduzindo, ensinando e me dando força em todos os caminhos.

A Universidade Federal do Pará, aos mestres, coordenação e administração por todos os ensinamentos e lições aprendidas, pelo vínculo de amizade; sempre prezando o correto e nos orientando com tanto vigor.

A minha orientadora Dra. Nádile Juliane Costa de Castro, que me orientou com profissionalismo, experiência e compreensão, não medindo esforços para que chegássemos nesta etapa com êxito.

A minha família, que me apoia sempre na busca do conhecimento.

Ao meu pai, que hoje olha por toda família ao lado de Deus, Ricardo Ferdinando Leão Lima, "*In Memoriam*"; que torcia por esta fase tão importante para minha vida profissional.

Agradeço ao meu noivo Sávyo Castro, obrigada por ajudar a manter minha paz, pelo apoio e por deixar esse momento mais leve.

Agradeço a família Castro que me acolheu na residência, assim como disponibilizou transporte viável para coleta de dados; ajuda essa imprescindível, agradeço a toda comunidade do Rio Meruú por participarem do estudo proposto e serem tão receptivos.

A todos que de alguma forma contribuíram para este momento. Palavras de gratidão não serão suficientes.

## RESUMO

**Introdução:** As Infecções Sexualmente Transmissíveis são problemas de Saúde Pública, devido à sua magnitude e dificuldade de acesso ao tratamento adequado. Considerando a magnitude e consequências das IST para o mundo, é importante proporcionar e desenvolver estudos que permitam aos pesquisadores e gestores de políticas públicas e investimentos sociais traçarem estratégias específicas, sólidas e de longo prazo para a transformação dos comportamentos. Nesse sentido, ressalta-se que é necessário implementar as políticas específicas de modo que estas contemplem realidades regionais, peculiaridades e especificidades de comunidades ribeirinhas amazônicas no que tange estas infecções, os sujeitos envolvidos e as práticas de cuidado. **Objetivo:** Explorar o conhecimento de famílias ribeirinhas sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Metodologia:** Pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa. Foi realizada na cidade de Igarapé- Miri- PA, comunidade ribeirinha do rio Meruú e localiza-se na mesorregião do nordeste paraense e na microrregião de Cametá e está a 78 km de distância da capital paraense, Belém, no baixo Tocantins. A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2022, por meio de formulários. Os dados foram processados no software IRAMUTEQ e submetidos à análise de conteúdo. **Resultado:** Foram entrevistadas 38 famílias, a maioria dos participantes era do sexo feminino, na faixa etária entre 36 a 59 anos, em união estável e com escolaridades diversas, com destaque para o ensino fundamental. Os dados apontaram 04 classes, posteriormente apresentadas em três categorias como: prática de cuidado, conhecimento em infecções sexualmente transmissíveis e acessibilidade aos serviços de saúde e a disponibilidade de tratamento. **Considerações finais:** Os moradores possuem conhecimento deficiente sobre as doenças sexualmente transmissíveis seja para prevenção ou tratamento. As práticas de cuidado citadas estão relacionadas ao uso de recursos naturais e apresentados em forma de garrafadas e chás, usados como alternativa à escassez de serviços de atenção primária local. O déficit de acessibilidade aos serviços de saúde e as condições de vulnerabilidade social, interferem no conhecimento, cuidado e continuidade de tratamento pelo serviço público de saúde.

**Palavras-chave:** IST; Enfermagem; População Ribeirinha; Saúde Reprodutiva; Populações vulneráveis

## ABSTRACT

**Introduction:** Sexually Transmitted Infections are Public Health problems, due to their magnitude and difficulty in accessing adequate treatment. Considering the magnitude and consequences of STIs for the world, it is important to provide and develop studies that allow researchers and managers of public policies and social investments to outline specific, solid and long-term strategies for the transformation of behaviors. In this sense, it is emphasized that it is necessary to implement specific policies so that they contemplate regional realities, peculiarities and specificities of Amazonian riverside communities regarding these infections, the subjects involved and the care practices. **Objective:** To explore the knowledge of riverine families about Sexually Transmitted Infections. **Methodology:** Exploratory descriptive research with a qualitative approach. It was carried out in the city of Igarapé-Miri-PA, a riverside community on the Meruú River and is located in the mesoregion of northeast Pará and in the microregion of Cametá and is 78 km away from the capital of Pará, Belém, in the lower Tocantins. Data collection took place in January 2022, through forms. Data were processed in the IRAMUTEQ software and submitted to content analysis. **Result:** 38 families were interviewed, most of the participants were female, aged between 36 and 59 years old, in a stable union and with different schooling, with emphasis on elementary school. The data pointed to 04 classes, later presented in three categories such as: care practice, knowledge of sexually transmitted infections and accessibility to health services and the availability of treatment. **Final considerations:** Residents have deficient knowledge about sexually transmitted diseases, whether for prevention or treatment. The care practices mentioned are related to the use of natural resources and presented in the form of bottles and teas, used as an alternative to the scarcity of local primary care services. The lack of accessibility to health services and the conditions of social vulnerability interfere with knowledge, care and continuity of treatment by the public health service.

**Keywords:** IST; Nursing; Riverside population; Reproductive Health; vulnerable populations

## RESUMEN

**Introducción:** Las Infecciones de Transmisión Sexual son un problema de Salud Pública, por su magnitud y dificultad para acceder a un tratamiento adecuado. Considerando la magnitud y consecuencias de las ITS para el mundo, es importante brindar y desarrollar estudios que permitan a investigadores y gestores de políticas públicas e inversiones sociales delinear estrategias específicas, sólidas y de largo plazo para la transformación de comportamientos. En ese sentido, se enfatiza que es necesario implementar políticas específicas para que contemplen las realidades regionales, las peculiaridades y especificidades de las comunidades ribereñas amazónicas respecto a estas infecciones, los sujetos involucrados y las prácticas de atención. **Objetivo:** Explorar el conocimiento de las familias ribereñas sobre las Infecciones de Transmisión Sexual. **Metodología:** Investigación descriptiva exploratoria con enfoque cualitativo. Se llevó a cabo en la ciudad de Igarapé-Miri-PA, una comunidad ribereña del río Meruí y está ubicada en la mesorregión del noreste de Pará y en la microrregión de Cameté y está a 78 km de la capital de Pará, Belém, en el bajo Tocantins. La recolección de datos se realizó en enero de 2022, a través de formularios. Los datos fueron procesados en el software IRAMUTEQ y sometidos al análisis de contenido. **Resultado:** Fueron entrevistadas 38 familias, la mayoría de los participantes eran del sexo femenino, con edades entre 36 y 59 años, en unión estable y con diferente escolaridad, con énfasis en la enseñanza primaria. Los datos apuntaron para 04 clases, posteriormente presentadas en tres categorías como: práctica asistencial, conocimiento de infecciones de transmisión sexual y accesibilidad a los servicios de salud y disponibilidad de tratamiento. **Consideraciones finales:** Los residentes tienen conocimientos deficientes sobre las enfermedades de transmisión sexual, ya sea para su prevención o tratamiento. Las prácticas de cuidado mencionadas están relacionadas con el uso de los recursos naturales y se presentan en forma de botellas y tés, utilizados como alternativa a la escasez de los servicios de atención primaria locales. La falta de accesibilidad a los servicios de salud y las condiciones de vulnerabilidad social interfieren en el conocimiento, atención y continuidad del tratamiento por parte del servicio público de salud.

**Palabras clave:** IST; Enfermería; población ribereña; Salud reproductiva; poblaciones vulnerables

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1: Taxa de detecção de AIDS (por 100.000 hab.) segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020.

ILUSTRAÇÃO 2: Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020.

ILUSTRAÇÃO 3: Distribuição dos óbitos por causa básica e associada às hepatites virais segundo agente etiológico. Brasil, 2000 a 2019.

ILUSTRAÇÃO 4: Mandala de Prevenção Combinada de IST/ HIV.

ILUSTRAÇÃO 5: Dendograma de classe gerado no software IRaMuTeQ.

ILUSTRAÇÃO 6: Dendograma de classes adaptado do IRaMuTeQ e criado no Microsoft Word®.

## LISTA DE SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AFC- Análise fatorial de correspondência

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMUT- Associação Mutirão

CAQDAS- *Computer Aided Qualitative Data Analysis Software*

COREQ- *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

CHD- Classificação Hierárquica Descendente

CMV- Citomegalovírus

CT- *Chlamydia Trachomatis*

DCCI- Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DIP- Doença Inflamatória Pélvica

DST- Doença Sexualmente Transmissível

DNA- Ácido Desoxirribonucleico

DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF- Equipes de Saúde das Famílias Ribeirinhas

HAM/ TSP- Paraparesia espástica tropical/mielopatia associada ao HTLV-1

HBV- Vírus da hepatite B

HCV- Vírus da hepatite C

HIV- Vírus da imunodeficiência humana

HPV- Papilomavírus humano

HSV- Vírus herpes humano

HTLV- Vírus linfotrópico da célula humana

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

IRAMUTEQ- *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

IST- Infecções Sexualmente Transmissíveis

LLT- Leucemia /Linfoma de células T

MS- Ministério da Saúde

NAAT- Testes de amplificação de ácidos nucleicos

OMS- Organização Mundial de Saúde

PC- Prevenção combinada

PCDT- Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas

PCR- Proteína C Reativa

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PNPIC- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNEPS- Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNPCT- Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais

PNSIPCFA- Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas

PVHA- Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

PVV- Valor Preditivo Positivo

PREVINI- Sistema de Monitoramento de Insumos de Prevenção

ST- Segmentos de texto

SIM- Sistema de Informações Sobre Mortalidade

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL- Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SICLOM- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SISGENO- Sistema de Informação para Rede de Genotipagem

SUS- Sistema Único de Saúde

SVS- Secretaria de Vigilância em Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSF- Unidade Básica de Saúde Fluviais

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 14 |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....  | 17 |
| <b>3 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA</b> .....                                      | 19 |
| <b>4 OBJETIVOS</b> .....  | 21 |
| 4.1 OBJETIVO GERAL .....  | 21 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....   | 21 |
| <b>5 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....  | 22 |
| 5.1 CONTEXTO GERAL DO MUNICÍPIO DE IGARAPÉ- MIRI/ RIO MERUÚ .....         | 22 |
| 5.2 PRINCIPAIS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS .....                 | 23 |
| 5.3 IST VIRAIS .....  | 24 |
| <b>5.3.1 Herpes genital</b> .....   | 24 |
| <b>5.3.2 HIV</b> .....  | 25 |
| <b>5.3.3 Papiloma Vírus Humano- HPV</b> .....                             | 26 |
| <b>5.3.4 Hepatites Virais</b> .....                                       | 27 |
| <b>5.3.5 HTLV</b> .....   | 28 |
| 5.4 IST BACTERIANAS .....   | 29 |
| <b>5.4.1 Sífilis</b> .....  | 29 |
| <b>5.4.2 Gonorreia</b> .....  | 30 |
| <b>5.4.3 Tricomoníase</b> .....   | 31 |
| <b>5.4.4 Clamídia</b> .....   | 32 |
| <b>5.4.5 Donovanose</b> .....   | 33 |
| 5.5 CENÁRIO MUNDIAL, NACIONAL E PARAENSE RELACIONADO À IST .....          | 34 |
| 5.6 PREVENÇÃO COMBINADA NAS INFECÇÕES SEXUALMENTE<br>TRANSMISSÍVEIS ..... | 42 |
| 5.7 CONHECIMENTO DE SENSO COMUM E AS PRÁTICAS POPULARES .....             | 44 |
| 5.8 ENFERMAGEM E O CUIDADO CULTURAL .....                                 | 46 |
| 5.9 POPULAÇÃO TRADICIONAL RIBEIRINHA E SAÚDE .....                        | 47 |
| <b>6 DESENHO METODOLÓGICO</b> .....                                       | 50 |
| 6.1 TIPO DE ESTUDO .....  | 50 |
| 6.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO .....                             | 50 |
| 6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....                                       | 51 |

|  |            |
|--|------------|
| 6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....   | 51         |
| 6.5 COLETA DE DADOS.....   | 51         |
| 6.6 ANÁLISE DE DADOS .....   | 53         |
| 6.7 ASPECTOS ÉTICOS .....  | 54         |
| <b>7 RESULTADOS .....</b>  | <b>56</b>  |
| 7.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....  | 56         |
| 7.2 ANÁLISE VIA IRAMUTEQ .....   | 56         |
| 7.3 CATEGORIAS EMERGENTES.....   | 59         |
| <b>8 DISCUSSÃO .....</b>   | <b>63</b>  |
| 8.1 VULNERABILIDADES DAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS E AS IST.....  | 63         |
| 8.2 CONHECIMENTO, PRÁTICA DE CUIDADO ÀS IST E AS PRÁTICAS<br>POPULARES EM SAÚDE .....  | 67         |
| 8.3 ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS RELAÇÕES COM O<br>TRATAMENTO ÀS IST .....  | 70         |
| <b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>74</b>  |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>76</b>  |
| <b>APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .....</b>   | <b>92</b>  |
| <b>APÊNDICE B- CRONOGRAMA .....</b>  | <b>95</b>  |
| <b>APÊNDICE C- ORÇAMENTO.....</b>  | <b>96</b>  |
| <b>APÊNDICE D- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>  | <b>97</b>  |
| <b>APÊNDICE E- CODIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO CORPUS TEXTUAL PARA<br/>ANÁLISE NO IRAMUTEQ .....</b>                                      | <b>99</b>  |
| <b>APÊNDICE F- DIAGRAMA DE ZIPH DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS E<br/>FREQUÊNCIA DE FORMAS .....</b>  | <b>101</b> |
| <b>APÊNDICE G- ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DE ASSOCIAÇÃO<br/>ENTRE AS VARIÁVEIS.....</b>                                       | <b>102</b> |
| <b>APÊNDICE H- ÁRVORE DE SIMILITUDE DAS PALAVRAS COM MAIOR<br/>PROXIMIDADE GERADA PELO IRAMUTEQ .....</b>                              | <b>103</b> |
| <b>APÊNDICE I- NUVEM DE PALAVRAS DE MAIOR FREQUÊNCIA PRESENTE NO<br/>CORPUS TEXTUAL, OPERACIONALIZADAS PELO SOFTWARE IRAMUTEQ.....</b> | <b>104</b> |
| <b>ANEXO A- CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA DE IGARAPÉ- MIRI.....</b>   | <b>106</b> |
| <b>ANEXO B- IMAGENS FOTOGRÁFICAS REGISTRADAS NO LOCAL DE ESTUDO .</b>  | <b>107</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

As IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) persistem como um problema de saúde pública mundial. Em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou uma incidência de 376,4 milhões de casos de IST curáveis em pessoas de 15 a 49 anos de idade, entre os quais destacaram-se 127,2 milhões de casos de clamídia, 86,9 milhões de casos de gonorreia e 6,3 milhões de casos de sífilis. Na Região das Américas, estimaram-se 29,8 milhões de casos de clamídia, 13,8 milhões de casos de gonorreia e 2 milhões de casos de sífilis (ROWLEY *et al.*, 2016).

No início de 2020, surgiram notícias de que a COVID-19 se espalhava pelo mundo, já no final do mês de março de 2020, as autoridades sanitárias brasileiras, diante da falta de tratamento para a doença e para não impactar e comprometer o sistema de saúde, passaram a adotar, nos municípios, estados e regiões do país, paulatinamente, o distanciamento social, o que se deu de maneira não uniforme nos municípios, estados e regiões do país (OLIVEIRA, 2020).

Para Dittus *et al.*, (2020) as IST encontram-se entre as principais causas de procura por assistência no mundo, com impactos econômicos, sociais e sanitários significativos, afetam ambos os sexos e tornam o organismo mais vulnerável às outras doenças, além de terem relação direta com a mortalidade materna e infantil. As IST correspondem a qualquer doença que pode ser transmitida de uma pessoa para outra por meio do contato sexual.

Apesar da mudança no perfil epidemiológico que ocorreu no mundo, com o aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e decréscimo das doenças infecciosas, estas ainda constituem um grave problema de saúde pública. No tocante às IST, sabe-se que nos casos de HIV/AIDS o controle da incidência e da prevalência ainda não é total, sendo as iniciativas de prevenção e tratamento classificadas como parcialmente exitosas. Nesse contexto, para a redução dos casos de IST, ainda configurada uma epidemia global, são necessárias práticas de saúde que envolvam não somente os aspectos individuais, mas ações que influenciem os aspectos sociais, econômicos e culturais dos indivíduos acometidos pela infecção e/ ou doença e os que estão em situações de vulnerabilidade (ARAGÃO *et al.*, 2016).

As IST, consideradas dificuldades de cunho de saúde e social, encontram-se entre as razões mais comuns de doença no mundo e têm, em muitos territórios, vastas repercussões de natureza sanitária, coletiva e econômica. Seu diagnóstico precoce pode ter como resultado complicações e sequelas graves, incluindo infertilidade, perda fetal, gravidez ectópica, cancro

anogenital e morte prematura, bem como infecções em recém-nascidos e lactentes (PINTO *et al.*, 2018).

Povos ribeirinhos ou população ribeirinha são aqueles que residem nas proximidades dos rios e têm a pesca artesanal como principal atividade de sobrevivência, cultivam pequenos roçados para consumo próprio e também podem praticar atividades extrativistas e de subsistência. As populações tradicionais, entre elas os ribeirinhos, foram reconhecidas pelo Decreto Presidencial nº 6.040/2007, nele o Governo Federal reconhece, pela primeira vez na história, a existência formal de todas as chamadas populações tradicionais. Ao longo dos seis artigos do decreto, que instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT), o governo ampliou o reconhecimento que havia sido feito parcialmente, na Constituição de 1988, aos indígenas e aos quilombolas (INSTITUTO ECOBRASIL, 2018).

A vulnerabilidade e o risco de contaminação das IST estão atrelados à carência e à exclusão social. Populações socioeconomicamente desfavoráveis são consideradas vulneráveis por não possuírem os recursos necessários para conter os riscos aos quais estão expostas. Diante disso, o baixo nível de escolaridade, acesso limitado aos serviços de saúde e a prática de comportamentos sexuais de risco são alguns aspectos relacionados à vulnerabilidade às IST (COSTA *et al.*, 2019). Os ribeirinhos, muitas vezes, não atentam para buscar prevenção, diagnóstico ou tratamento de uma determinada patologia, isso é justificado pela falta de informação ou dificuldade de acesso à saúde, ou seja, se essas ferramentas fossem facilitadas o quadro mudaria (QUEIROZ *et al.*, 2018).

Nesse contexto, os profissionais de saúde representam papel de extrema importância para intervir frente a essas famílias, com a finalidade de promover a autonomia de cuidados, considerando a individualidade, as crenças, valores e visando capacitá-los para sua independência (LACERDA, 2010). Considerando as reflexões feitas aqui, o fortalecimento do cuidado às populações ribeirinhas relacionado a IST irá colaborar para que novas nuances estratégicas do cuidado em saúde sejam estabelecidas, alcançando assim uma população que, muitas vezes, fica esquecida por habitar em áreas de difícil acesso e pouca informação.

Este estudo foi desenvolvido no período de emergência sanitária global, da pandemia da Sars-Cov-2, considerando as mudanças significativas referentes à organização espacial e logística para enfrentamento da expansão da contaminação do vírus em grupos em situação de vulnerabilidade, principalmente referente ao isolamento social, sendo somente possível desenvolver entrada em campo após o desenvolvimento de vacinas contra o Covid- 19 e

finalização momentânea do *lockdown*, porém o que não deixou de afetar o desenvolvimento e finalização da pesquisa.

Nestes termos, considerando que há uma lacuna de estudos de IST em populações em situação de vulnerabilidade na Amazônia e que envolvam famílias e seus conhecimentos, questionou-se a seguinte questão: O que sabem as famílias ribeirinhas da comunidade Rio Meruú sobre IST? Logo, a pesquisa tem por objetivo principal avaliar o conhecimento de famílias ribeirinhas da comunidade Rio Meruú relacionado à IST.

## 2 JUSTIFICATIVA

A motivação para elaboração desta pesquisa teve como ponto inicial as observações e vivências pessoais nessa área que demonstravam alto índice de gestação não planejada, em consequência do baixo uso de preservativo, o que presume grande risco de disseminação de Infecções Sexualmente Transmissíveis, levando também ao questionamento se para essa população há informações e conhecimentos adequados sobre IST e sobre o próprio processo saúde-doença.

Considerando que as IST são problemas de saúde pública devido a sua alta incidência e por acometer em sua maioria, adolescentes e adultos jovens, além do crescente aumento exponencial de notificações, entende-se que auxiliar na autonomia de cuidados e correta compreensão do processo-saúde doença é de grande valia para uma população a fim de interromper possíveis cadeias de transmissões, o que mostra a relevância deste estudo (NOGUEIRA, 2020).

Percebe-se a magnitude e consequências das IST para o mundo é importante, por isso proporcionar e desenvolver estudos que permitam aos pesquisadores e gestores de políticas públicas e investimentos sociais traçarem estratégias específicas, sólidas e de longo prazo para a transformação dos comportamentos de saúde. É preciso construir caminhos para que a população incorpore o uso de preservativos ao seu estilo de vida, a identificação dos conhecimentos, atitudes e práticas que expõem os adultos à maior vulnerabilidade proporcionarão subsídios relevantes à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde reprodutiva e prevenção de IST/AIDS, além de fortalecer iniciativas, projetos e programas, que atuam para a transformação e a incorporação de hábitos sexuais reprodutivos saudáveis (FONTES *et al.*, 2017).

Com o intuito de reduzir as vulnerabilidades, em especial a dificuldade de acesso ao serviço de saúde, são implementadas políticas públicas de saúde. Assim, os ribeirinhos devem estar incluídos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que propõe ações específicas para o contexto em que vivem e o estabelecimento de Estratégia de Saúde da Família para essas populações, ampliando os espaços de promoção e equidade em saúde.

A comunidade ribeirinha também deve estar inserida na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), a qual tem por objetivo melhorar o acesso aos serviços de saúde, o nível de saúde e a redução de riscos por meio de iniciativas que reconheçam às especificidades dessa população, garantindo o direito a equidade e a universalidade, bem como a integralidade para esses povos. Caracterizada pelo

conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos em todos os níveis de complexidade do sistema.

Alguns estudos mencionam, ainda, que as estratégias voltadas para trabalhar a prevenção das IST/AIDS devem priorizar a troca de experiência, o compartilhamento de conhecimentos entre os seus integrantes e a discussão de temáticas de interesse desse público. Essas estratégias devem ser contextualizadas de acordo com o meio socioeconômico e cultural em que os sujeitos estão inseridos, além de suas necessidades específicas (MENDONÇA *et al.*, 2009).

Devido a mudança no cenário de epidemia brasileira frente às IST incluem-se também no contexto de populações vulneráveis: adolescentes, mulheres, ribeirinhos, pessoas em situação de rua, migrantes e caminhoneiros. São indivíduos inseridos em contextos históricos, sociais e estruturais, com situações de vida distintas, que favorecem o aumento das suas vulnerabilidades (NOGUEIRA, 2020).

A enfermagem apresenta importância peculiar para atuar nesses contextos, particularmente por se tratar de uma profissão voltada para o cuidado das pessoas nas diversas fases da vida, pela facilidade em se aproximar dos indivíduos, assisti-los em suas necessidades, compreendê-los e ajudá-los buscando a promoção da sua saúde e cidadania. Ao mesmo tempo, torna-se imprescindível a expansão das ações da enfermagem para atuar especialmente no que se refere aos assuntos relacionados à sexualidade, IST/AIDS e contracepção (PASSOS *et al.*, 2018).

Entende-se que a enfermagem tem o compromisso de envolver as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigativa do significado que a família atribui para o bem-estar e a saúde dos seus membros, bem como a influência sobre a doença, reforçam sua importância em considerar o cuidado centrado na família (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

### 3 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

As IST podem ocorrer pelo contato sexual, mesmo em indivíduos assintomáticos ou que desconhecem seu diagnóstico. Infecções por HIV, sífilis e Hepatites B e C podem se desenvolver sem sintomas. O uso do preservativo é estratégia de primeira linha na prevenção das IST, no plano individual. Contudo no Brasil, no ano de 2013, as baixas taxas de uso contradiziam o alto percentual de indivíduos (98%) que afirmaram ter conhecimento da importância de seu uso em relação ao risco de transmissão das infecções (BRASIL, 2016).

No Brasil, foram registrados 982.129 casos de HIV/AIDS desde 1980, com taxa de detecção média de 1,8 casos/10 mil habitantes em 2017. De 1999 a 2017, foram 218.257 os casos de hepatite B e 331.855 os de hepatite C, com taxa de detecção média, em 2017, de 0,6 e de 1,2 caso/10 mil hab. respectivamente. Em 2017, foram notificados 119.800 novos casos de sífilis adquirida, com taxa de detecção de 5,8 casos/10 mil hab. naquele ano e apesar da subnotificação, estudos epidemiológicos de alcance nacional, sobre dados do SINAN, têm sido utilizados para a descrição da epidemia de HIV/AIDS e demais IST. Porém, eles não refletem particularidades locais e regionais das epidemias, principalmente sua relação com aspectos culturais e comportamentais (BARBOSA *et al.*, 2019).

O Boletim Epidemiológico da Sífilis de 2016 informa que a presença de uma IST aumenta o risco de contrair ou transmitir a infecção por HIV. Assim, é de extrema importância o desenvolvimento de estratégias de prevenção para essas infecções (BRASIL, 2018).

Embora as IST sejam infecções de fácil diagnóstico e o tratamento gratuito, disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), sabe-se que grande parte dos portadores não o realiza. Se não tratadas, as IST podem acarretar sérias complicações, tais como: infertilidade; impotência masculina; transmissão de mãe para filho (vertical); dor pélvica crônica; diferentes tipos de cânceres, destacando o câncer de colo uterino e anal; aumento do risco de adquirir infecções virais como o HIV, hepatites do tipo B e C e HPV. De forma que se não detectadas e tratadas, um indivíduo acometido por uma IST pode evoluir ao longo do tempo para óbito (SILVA *et al.*, 2018).

A região Norte compreende sete estados: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Juntos, eles abrangem área territorial de 3.851.281 km<sup>2</sup>, representando quase 50% do território nacional. O Pará é uma das 27 unidades federativas do Brasil; está situado na Região Norte, sendo o segundo maior estado do país em extensão territorial, com

uma área de 1 245 870,798 km<sup>2</sup>, constituindo-se na décima terceira maior subdivisão mundial. Belém, frequentemente chamado de Belém do Pará (região inicialmente chamada de Mairi), é um município brasileiro e capital do estado do Pará (MENDONÇA *et al.*, 2020) e está a 142 km de distância de Igarapé- Miri.

Diante do exposto busca-se o detalhamento de conhecimento local sobre o assunto abordado, colaborando assim para desenvolver a prevenção adequada, possível esclarecimento com intuito da busca de diagnóstico inicial, prática de cuidados e identificar intervenções apropriadas as populações estudadas.

Para que se alcancem estas propostas sugere-se a pergunta de pesquisa: Qual conhecimento das famílias ribeirinhas referente às IST?

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

• Explorar o conhecimento de famílias ribeirinhas da comunidade Rio Meruí relacionado a IST.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar e compreender o conhecimento de famílias ribeirinhas sobre IST.
- Conhecer as práticas populares na prevenção de IST.

## 5 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

### 5.1 CONTEXTO GERAL DO MUNICÍPIO DE IGARAPÉ- MIRI/ RIO MERUÚ

Igarapé- Miri é conhecida como “Princesinha do Baixo Tocantins”, “Capital Mundial do Açaí” e “Caminho de Canoa Pequena”. Traduzido do tupi, Igarapé-Miri significa “Caminho de Canoa Pequena”, da junção de ygara (canoa), pé (caminho) e mirim (pequeno). O nome faz referência ao rio homônimo que banha a cidade, o mesmo não permite a entrada de grandes embarcações. A região onde hoje se encontra o Estado do Pará, foi diversas vezes invadida desde o início do século XVI, por holandeses e ingleses, que tinham como objetivo a exploração de especiarias como: sementes de urucum, guaraná e pimenta (PREFEITURA DE IGARAPÉ- MIRI, 2019).

Nos últimos anos do século XVII, já era forte o interesse pelas madeiras amazônicas utilizadas na construção de embarcações ou edifícios no Reino. Naquela época, foi estabelecido em terras ribeirinhas, onde hoje está a Cidade de Igarapé- Miri, uma fábrica nacional para extração, aparelhamento e depósito de madeiras, que dali eram exportadas para Belém em abundância e das melhores qualidades. Esse estabelecimento chamou a atenção de colonos para o local, começando assim o povoamento na região (PREFEITURA DE IGARAPÉ- MIRI, 2019).

Das Fábricas Nacionais da Província do Grão-Pará, a de Igarapé-Miri era a mais proficiente e de maior renome, talvez, pelo fato de estar situada nos terrenos planos, sólidos e férteis que se estendiam desde a margem do Rio Sant’Ana de Igarapé- Miri, pelo centro, até a descida do Rio Itanimbuca, bem como, pela abundância de caça, a salubridade do lugar e o fato de não ser conhecido naquela localidade, nenhum caso das febres paludosas que existem em grande parte dos interiores da Amazônia. Na vigência do regime político imperial, em outubro de 1843, um decreto criou o Município de Igarapé- Miri, sendo a freguesia que abrigava a igreja de Sant’Ana, elevada à categoria de vila. No dia 23 de maio de 1896, a lei estadual nº 438 eleva a então Vila Sant’Ana de Igarapé- Miri a categoria de cidade, tendo sua denominação simplificada, pela lei estadual, passando a condição de cidade com o nome de Igarapé- Miri (PREFEITURA DE IGARAPÉ- MIRI, 2019).

O principal rio de Igarapé- Miri é o Meruú, coletor de quase toda a bacia hidrográfica do município. Na margem direita os principais afluentes são o rio Igarapé- Miri em cuja margem está localizada a sede municipal, e o rio Itanimbuca que limita o município a

nordeste com Abaetetuba. Pela margem esquerda o principal rio é o Cagi, a sudoeste com o município de Cametá, desde as nascentes até seu curso médio. O rio Maiauatá, que banha a Vila do mesmo nome, serve de ligação entre o rio Meruí e a foz do rio Tocantins. As ilhas fluviais banhadas pelas águas do estuário do Tocantins, divididas por uma série de cursos d'água são conhecidas como furos e igarapés (IDESP, 2013).

Atualmente, o município se destaca no cultivo de um fruto típico da Amazônia, chamado açaí. A sua produção destina-se ao consumo interno e à exportação para outros estados brasileiros como São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e países como Estados Unidos e Japão, sendo Igarapé- Miri considerada a Capital Mundial do Açaí (PREFEITURA DE IGARAPÉ- MIRI, 2017).

## 5.2 PRINCIPAIS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As IST podem se manifestar por meio de feridas, corrimentos e verrugas anogenitais, entre outros possíveis sintomas, como dor pélvica, ardência ao urinar, lesões de pele e aumento de ínguas. São alguns exemplos principais de IST virais e bacterianas: herpes genital, infecção pelo HIV, infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), hepatites virais B e C, infecção pelo vírus linfotrópico de células T humanas (HTLV) sífilis, gonorréia, tricomoníase (BRASIL, 2015).

O tratamento inadequado das IST ou o não tratamento pode resultar em complicações como a Doença Inflamatória Pélvica (DIP), gravidez ectópica, infertilidade masculina e feminina, cânceres, abortos, prematuridade, natimortos, mortalidade neonatal e infecções congênitas, além de aumentar o risco de transmissão do HIV. No Brasil, a verdadeira situação epidemiológica dessas doenças e de suas complicações não são bem conhecidas, devido ao fato da maioria das IST não ser de notificação compulsória, além da escassez de estudos sentinelas e de base populacional (PINTO *et al.*, 2018).

Número de parceiros, sexo desprotegido, uso de álcool e drogas ilícitas e tabagismo têm sido evidenciados na literatura como comportamentos de risco para a ocorrência de IST. Apesar de o uso de álcool/drogas e o tabagismo não serem considerados causas diretas, acredita-se que esses fatores possam representar um padrão de comportamento do adolescente, tendo em vista a associação existente entre eles e as IST, ainda, do ponto de vista social, fatores como baixo nível socioeconômico, sexo e violência intrafamiliar podem contribuir para a ocorrência de IST (NEVES *et al.*, 2017).

Para interrupção do ciclo de transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), é essencial o tratamento das pessoas envolvidas nos relacionamentos sexuais. Para tanto, é necessária a notificação de parceiros sexuais, processo pelo qual os contatos sexuais de um paciente-índice (aquele que recebeu um diagnóstico de IST) são identificados e informados de sua exposição e convidados a realizar testes, aconselhamento e, se necessário, tratamento. Recomenda-se que essa ação seja feita de forma voluntária dentro de ambientes propícios, sociais e legais (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, publicado pelo Ministério da Saúde em 2015, apresenta a utilização de testes rápidos, o seguimento dos casos, o manejo clínico e laboratorial, é necessário capacitar gestores e profissionais de saúde de forma contínua, com vista à integração entre assistência e vigilância, e o fortalecimento de ações efetivas de controle de IST, à abrangência da busca de parcerias sexuais e ao amplo acesso das populações mais vulneráveis aos serviços de saúde (SAMPAIO, 2021).

Um estudo publicado pelo Ministério da Saúde em 2008, “Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005” apresentou dados relevantes para avaliar a situação das IST no país. As pessoas que procuraram atendimento em clínicas de IST apresentaram alta prevalência de IST sintomáticas e assintomáticas associadas, a prevalência de IST bacterianas foi de 14,4%, e a das virais, 41,9% (BRASIL, 2015).

### 5.3 IST VIRAIS

#### 5.3.1 Herpes genital

Os HSV tipos 1 e 2 pertencem a família *Herpes viridae*, da qual fazem parte o citomegalovirus (CMV), o vírus da varicela zoster, o vírus Epstein-Barr e o vírus do herpes humano. Todos são DNA- vírus que variam quanto a composição química e podem ser diferenciados por técnicas imunológicas. Embora os HSV-1 e HSV-2 possam provocar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais e do tipo 1 nas lesões periorais. As manifestações da infecção pelo HSV podem ser divididas em primo infecção herpética e surtos recorrentes. Sabe-se que muitas pessoas que adquirem a infecção por HSV nunca desenvolveram manifestações e que a proporção de infecções sintomáticas é estimada

entre 13% e 37%. Entre as pessoas com infecção pelo HIV, as manifestações tendem a ser dolorosas, atípicas e de maior duração (BRASIL, 2020).

A maioria dos indivíduos infectados apresentará recorrências em período menor que um ano, e a cada ano subsequente, sua intensidade e número médio diminuem em cerca de um evento por ano. Essas recorrências são mais leves e apresentam menor duração. São frequentemente precedidas por sinais prodrômicos identificados pelo indivíduo, como prurido, parestesia ou dor no local de surgimento das lesões, na proximidade da região de ocorrência da primo infecção. Inicialmente, são vesículas de conteúdo citrino agrupadas em cachos sobre uma base eritematosa. As vesículas raramente são encontradas nas mucosas, pois se rompem mais rapidamente, e originam úlceras policíclicas que regredem espontaneamente em aproximadamente sete a dez dias (MONEY; STEBEN, 2017).

Estão disponíveis testes sorológicos para detecção do HSV 1 e 2. Apesar de esses testes pouco auxiliarem no diagnóstico, a identificação do tipo viral pode ser útil na avaliação de prognóstico e aconselhamento. Estima-se que o HSV-2 tenha maior transmissibilidade, incluindo a transmissão da gestante para o recém-nascido (GABRIELSON *et al.*, 2019).

As infecções graves, particularmente em pacientes imunodeficientes e neonatos, devem ser tratadas com aciclovir intravenoso (SAUERBREI, 2016) e a dosagem do aciclovir para o tratamento do herpes genital é dependente do estado da infecção, da competência imunológica e do fato do paciente estar ou não gestante. Se as recorrências ocorrem a uma taxa de mais de quatro a seis episódios por ano, o tratamento em longo prazo deve ser considerado. A biodisponibilidade do aciclovir é de apenas 15-30% com administração oral. As infecções de pele e mucosas, incluindo o herpes genital, podem ser tratadas oralmente em indivíduos imunocompetentes (LIMA, 2017).

### **5.3.2 HIV**

A infecção pelo HIV envolve diversas fases, com durações variáveis, que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral. A primeira fase da infecção (infecção aguda) e o período do surgimento de sinais e sintomas inespecíficos da doença, que ocorrem entre a primeira e terceira semana após a infecção. A fase seguinte (infecção assintomática) pode durar anos, até o aparecimento de infecções oportunistas (tuberculose, neurotoxoplasmose, neurocriptococose) e algumas neoplasias (linfomas não Hodgkin e sarcoma de Kaposi). A presença desses eventos define a AIDS (BRASIL, 2020).

O controle adequado da epidemia de HIV pressupõe ampla e ágil testagem, sem coerção ou discriminação. São especialmente indicadas para testagem as pessoas com alto risco de infecção pelo HIV, incluindo aquelas com sintomas de infecção aguda ou crônica, pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), gestantes e pessoas pertencentes a populações vulneráveis, como homens que fazem sexo com homens com *status* de infecção desconhecido, usuários de drogas e profissionais do sexo. Recomenda-se testar qualquer pessoa sexualmente ativa, em especial aquelas sob risco substancial para infecção pelo HIV (BERT *et al.*, 2018).

Os objetivos do tratamento antirretroviral são reduzir a morbidade e mortalidade e prevenir a transmissão do HIV para outras pessoas. Para atingir esses objetivos, o tratamento deve resultar em supressão máxima do HIV. Desse modo, a adesão ao tratamento é condição essencial para o seu sucesso e deve ser discutida desde a primeira consulta (LE MESSURIER *et al.*, 2018).

### **5.3.3 Papiloma Vírus Humano- HPV**

O HPV (sigla em inglês para Papilomavirus Humano) é um DNA- vírus de cadeia dupla, não encapsulado, membro da família *Papovaviridae*. Infecta epitélios escamosos e pode induzir uma grande variedade de lesões cutaneomucosas. Atualmente, são identificados mais de 200 tipos de HPV, sendo que, desses, aproximadamente 40 tipos acometem o trato anogenital (BRASIL, 2020).

Esse vírus tende a escapar da resposta imune do hospedeiro e pode permanecer latente por tempo indeterminado, ou ascender às camadas superficiais do epitélio, utilizando a maturação e diferenciação das sucessivas camadas epiteliais. Ele assume duas formas de atuação na célula: a forma episomal, que corresponde ao mecanismo utilizado para produzir cópias virais; ou a forma integrada ao DNA do hospedeiro e, neste caso, na presença de outros cofatores, pode ser iniciado o processo de oncogênese (CARDIAL *et al.*, 2017).

Estes vírus são divididos em HPV oncogênicos e não oncogênicos, a partir de seu potencial de evoluir para futuras lesões malignas cancerígenas. Os tipos 16 e 18 são os principais representantes do grupo oncogênico, junto com os tipos 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82. Já os tipos 6, 11, 40, 42, 43, 54, 61, 70, 72 e 81 apresentam baixo risco, sendo os dois primeiros os mais frequentemente encontrados dessa categoria (FEBRASGO, 2017).

As lesões causadas pelo HPV são diagnosticadas através de métodos morfológicos que se inicia deste o exame clínico, citologia oncótica, colposcopia e histopatológica ou biópsia. Os métodos de biologia molecular: hibridizações moleculares de ácidos nucleicos, tipo *Southern Blot*, captura híbrida, hibridização *in situ* e a reação em cadeia polimerase (PCR) são utilizados para identificar o material genético viral. A principal técnica de rastreio utilizada é a citologia oncótica ou teste de Papanicolau. Essa técnica de triagem identifica as células malignas ou em processo de malignização (SÁ; SÁ; GOMES JÚNIOR, 2016).

A vacinação profilática é segura e eficaz na prevenção da infecção pelo HPV e suas complicações. Há evidências do benefício da vacinação, tanto para a proteção individual como para a coletiva, com redução na ocorrência de lesões benignas e malignas (GOGGIN *et al.*, 2018).

#### **5.3.4 Hepatites Virais**

As hepatites virais causadas pelos vírus hepatotrópicos (vírus das hepatites B, C, D ou Delta) são doenças causadas por diferentes agentes etiológicos, que tem em comum o tropismo primário pelo tecido hepático e que constituem um enorme desafio a saúde pública em todo o mundo. Essas infecções são responsáveis por cerca de 1,4 milhão de óbitos anualmente, como consequência de suas formas agudas graves e, principalmente, pelas complicações das formas descompensadas crônicas ou por hepatocarcinoma. Esse número é comparável às mortes causadas pela tuberculose e superior às causadas pelo HIV (WHO, 2017).

No Brasil, de 1999 a 2016, foram notificados no SINAN aproximadamente 600.000 casos confirmados de hepatites virais A, B, C e D. Entretanto, estima-se que o número de casos seja bem maior, em razão de a maioria dos casos não apresentarem sintomas, o que dificulta a procura por diagnóstico (BRASIL, 2017).

Dados do Ministério da Saúde estimam que aproximadamente 657 mil pessoas tenham o vírus da hepatite C no Brasil devido as suas taxas de prevalência, cronicidade e potencial de transmissibilidade e complicações, as hepatites virais B e C são agravos de grande importância em termos de saúde pública. Embora possuam características clínicas semelhantes, os agentes etiológicos dessas infecções tem diferentes ciclos replicativos e formas de transmissão, o que lhes garante epidemiologia distinta (BENZAKEN *et al.*, 2007).

O diagnóstico sorológico das doenças infecciosas pode ser realizado com, pelo menos, dois testes, um para triagem e um segundo confirmatório. Dois ou mais testes combinados,

formando um fluxograma, tem o objetivo de aumentar o valor preditivo positivo G (VPP) de um resultado reagente no teste inicial (BRASIL, 2018).

Não existe terapêutica específica na fase aguda das HVS. Quando necessário, deve-se recorrer apenas ao tratamento sintomático. Além disso, sugere-se repouso ao paciente até que sejam normalizados os níveis de aminotransferase e o uso de álcool deve ser suspenso por um período mínimo de 6 meses. Na fase crônica, a realização de biópsia do fígado é fundamental para avaliar a necessidade de tratamento específico. Em virtude da alta complexidade da terapêutica, do seguimento clínico e do manejo de efeitos colaterais, o tratamento deve ser realizado em serviços de média ou alta complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MARQUES *et al.*, 2019).

### 5.3.5 HTLV

O HTLV é um problema de saúde pública, caso não seja diagnosticada e tratada precocemente podem levar os portadores da doença a se tornarem cadeirantes ou até mesmo evoluir a óbito. No Brasil não há uma forma de investigação pontual sobre o vírus por este não fazer parte da lista de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) bem como a de agravos de notificação compulsória, a outra problemática em questão reside no fato da sorologia para gestantes não fazer parte dos exames obrigatórios no pré-natal (GARCIA; HENNINGTON, 2019).

Segundo Araújo (2018), o HTLV é um vírus que pode ocasionar diversas doenças tais como: HAM/TSP- Mielopatia associada ao HTLV-1/paraparesia espástica tropical, do qual pode acarretar em astenia e paralisia dos membros inferiores e também pode ocasionar a (LLTA) Leucemia /Linfoma de células T no adulto.

No diagnóstico da infecção usa-se testes imunoenzimáticos (ELISA), e aglutinação, testes indiretos, que procuram detectar anticorpos contra o HTLV –1, podendo ter reações falso-positivas. Os testes confirmatórios são os de imunofluorescência indireta, rádio imunoprecipitação em gel de poliacrilamida e Western blot, estes últimos podem apresentar resultados indeterminados, tendo assim, que recorrer ao método PCR (reação em cadeia da polimerase) (MELO; SEVERINO; CAVALCANTE, 2017).

A terapia da infecção pelo HTLV consiste em intervenções direcionadas às complicações resultantes da doença. O uso da zidovudina associado a interferon alfa foi autorizado para o tratamento de LLTA mediante a publicação da Portaria MS/SVS nº 54, em

18 de julho de 2016. Os regimes terapêuticos variam de acordo com a apresentação clínica, a progressão dos sintomas e a disponibilidade local dos medicamentos (BRASIL, 2016).

## 5.4 IST BACTERIANAS

### 5.4.1 Sífilis

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica, crônica, curável e exclusiva do ser humano. Quando não tratada, evolui para estágios de gravidade variada, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. Trata-se de uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico, descoberto em 1905, é o *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser transmitida verticalmente para o feto durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada de forma não adequada (BRASIL, 2017).

A sífilis se manifesta em menos de dois anos após o contato. É subdividida em três estágios: primário, secundário e latente recente, o tempo de incubação do estágio primário é, em média, de 21 dias após o contato e tem como sinal clínico um nódulo indolor único no local do contato, uma úlcera, formando o cancro duro (GOMES, 2020).

O Brasil, assim como muitos países, apresenta uma reemergência da doença. Diante disso, os profissionais de saúde devem estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas, conhecer os testes diagnósticos disponíveis, e, principalmente, saber interpretar o resultado do exame para diagnóstico e controle de tratamento (BRASIL, 2016).

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária), diminuindo gradualmente com o passar do tempo (sífilis latente recente/ tardia). Vale a pena ressaltar que, no primeiro ano de latência, 25% dos pacientes apresentam recrudescimento do secundarismo e, portanto, pode haver a transmissão. Essa maior transmissibilidade explica-se pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões muco-cutâneas). As espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões na pele (PEELING *et al.*, 2017).

Para o diagnóstico de sífilis, é necessário combinar dados clínicos, resultados de testes diagnósticos, histórico de infecções anteriores e investigação de recente exposição sexual de risco. A análise da história sexual tem relevância para a elucidação diagnóstica, o que exige habilidade profissional e garantia de confidencialidade (CAKMAK *et al.*, 2019).

Os exames diretos e os testes imunológicos são métodos utilizados para auxiliar no diagnóstico da sífilis. Os exames diretos são aqueles em que se realiza a pesquisa ou detecção do *T. pallidum* em amostras biológicas, coletadas diretamente das lesões primárias e secundárias (WHO, 2017).

A resolução dos sinais e sintomas após o tratamento indica resposta à terapia. Deve ser realizado o monitoramento pós-tratamento com teste não treponêmico para determinar a resposta imunológica adequada (SEÑA, 2018). O tratamento é feito através da penicilina, não importando a fase em que a doença se encontra (primária, secundária ou terciária), o diferencial é o uso ser em dose única ou semanal (LOPES; MANDUCA, 2018).

Para o tratamento da sífilis, é utilizado a penicilina benzatina. A penicilina benzatina tem como ação, interferir a síntese do peptidoglicano, que é componente da parede celular do *Treponema pallidum*, portanto, a água entra no *Treponema*, o que acaba por destruí-lo. Lembrando, a quantidade e variante das doses de penicilina irá alternar de acordo com as fases da sífilis. Entretanto, outros fármacos têm sido utilizados para substituir a penicilina, tais como, eritromicina, azitromicina e tetraciclina, porém, esses fármacos de segunda escolha, não possuem a mesma eficácia ao da penicilina (KALININ; PASSARELLI NETO; PASSARELLI, 2016).

#### **5.4.2 Gonorreia**

A gonorreia é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada por *Neisseria gonorrhoeae* transmitida quase que exclusivamente por contato sexual ou perinatal, tendo os humanos como os únicos hospedeiros naturais, em muitos casos, assintomática ou transmitida por pessoas que tenham sintomas ignorados ou não percebidos, podendo ser diagnosticada com testes de triagem como culturas, coloração de Gram e PCR, no entanto, poucos países possuem sistemas de triagem e notificação que permitam estimativas confiáveis da incidência da infecção (RODRIGUES; OLIVEIRA; GARCIA, 2018).

O diagnóstico laboratorial da gonorreia depende da identificação da *N. gonorrhoeae* em um local infectado. Os principais métodos de diagnóstico são a bacterioscopia e a cultura. A cultura deve ser realizada para isolamento do gonococo em meio seletivo recomendado que é o Ágar chocolate modificado conhecido como Thayer Martin e ainda para complementar o diagnóstico existem os testes enzimáticos (VENTER *et al.*, 2019).

No caso de infecções não complicadas da cérvix, uretra e reto por *N. gonorrhoeae*, o regime medicamentoso indicado pelo PCDT é a ceftriaxona 500mg, intramuscular (IM), em dose única, associada com azitromicina 1g, VO, em dose única, administradas, de preferência, simultaneamente. A recomendação de dosagem de ceftriaxona 500mg foi feita pela Conitec<sup>34</sup> com base em uma avaliação de custo-benefício em relação ao uso e impacto financeiro da ceftriaxona 250mg para o país. Doses diferentes de ceftriaxona, como a de 250mg, são preconizadas em outros países, conforme disponibilidade do fármaco e evidências locais de susceptibilidade do gonococo aos antimicrobianos (BRASIL, 2020).

Apesar da disponibilidade de terapêutica antimicrobiana eficaz vários fatores têm sido associados ao difícil controle da doença na maioria das populações, tais como fatores demográficos, sociais, comportamentais e educacionais (RODRIGUES; OLIVEIRA; GARCIA, 2018).

### 5.4.3 Tricomoniase

A tricomoníase é a mais frequente Infecção Sexualmente Transmissível (IST) não viral do mundo, seu agente etiológico é o protozoário, anaeróbico facultativo, *Trichomonas vaginalis*, que infecta o trato geniturinário de homens e mulheres. É transmitido na maioria dos casos documentados, por meio de contato sexual direto (SCHUMANN *et al.*, 2019).

Sua incidência é maior em mulheres, sendo exemplificado por um estudo realizado em 2012 com pessoas de 15 -49 anos que estimou a prevalência global de *T. vaginalis* entre as mulheres era de 5,0% contra 0,6% entre os homens. A prevalência é maior em grupos de baixo nível sócio econômico e possui grande frequência em gestantes, devido a interrupção dos métodos contraceptivos, dentre eles, o preservativo (MASHA *et al.*, 2018).

Esse cenário ainda é agravado pelas complicações que a doença pode acarretar, visto que mulheres acometidas com *T. vaginalis* têm maior risco de vaginite, endometrite, doença inflamatória pélvica (DIP) atípica, eventos adversos durante a gravidez e complicações pós-natais (MOODLEY *et al.*, 2017). Nos homens, a tricomoníase pode culminar em infertilidade e câncer de próstata; além disso, a infecção tem sido associada ao aumento do risco para transmissão do Vírus de Imunodeficiência Humana- HIV (MUKANYANGEZI *et al.*, 2018).

Identificada há mais de 150 anos por Donné, a tricomoníase atualmente é dotada de métodos diagnósticos cada vez mais difundidos mundialmente, porém, no Brasil, a principal forma de identificação ainda é o exame citopatológico do colo uterino por meio da técnica de Papanicolau, popularmente conhecido como preventivo; realizado rotineiramente na unidade

de saúde da família (USF) por um médico e/ou enfermeiro habilitado, os quais possuem um papel imprescindível no acolhimento, referência e contrarreferência e no cuidado integral dessas mulheres (LIMA; SAMPAIO; SANTOS, 2017).

O tratamento da tricomoníase deve ser sistêmico, uma vez que o parasita pode contaminar outros locais, como uretra e glândulas perivaginais. Sendo o tratamento medicamentoso dose única por via oral, as recomendações consistem também no tratamento do parceiro ao mesmo tempo que a paciente. A resistência é dose- dependente, com isso, em casos de falha deve-se repetir o tratamento utilizando doses ou tempo de duração maiores (PASCOAL *et al.*, 2021).

#### **5.4.4 Clamídia**

A *Chlamydia trachomatis* (CT) é um bacilo Gram-negativo, intracelular, obrigatório que tem tropismo por células epiteliais colunares, conjuntiva, uretra, endocérvix, endométrio, trompa etc. O risco a esta infecção do trato genital feminino está relacionado a vários fatores, como: início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros sexuais, não uso do preservativo nas relações sexuais, uso de contraceptivos hormonais orais por mulheres jovens, nuliparidade, presença de ectopia cervical, hábito de fumar, falta de conhecimento sobre as IST (UTAGAWA; ARAÚJO, 2020).

No Brasil, a prevalência de infecções por *Chlamydia* varia entre 4,3% e 31,0%, conforme estudos de base populacional/comunitária de grandes centros urbanos e estudos de base clínica, realizados com participantes frequentadoras de ambulatórios e clínicas ginecológicas. Nas comunidades amazônicas, há escassez de conhecimento sobre a epidemiologia da infecção endocervical por CT o que impossibilita a criação de diretrizes que estabeleçam o rastreamento e controle dessa infecção (SANTOS *et al.*, 2017).

A infecção geralmente se manifesta de forma silenciosa e, como consequência desta manifestação, pode acarretar a DIP, gestação ectópica, endometrite pós-parto, parto prematuro, conjuntivites e manifestações respiratórias no recém-nascido. Estudos mostram que 70% a 80% das infecções em mulheres são assintomáticas e atuam como reservatórios (UTAGAWA; ARAÚJO, 2020).

O diagnóstico da CT apresenta baixa especificidade e sensibilidade quando se transforma em DIP, nos casos assintomáticos e nos sintomas semelhantes a outras IST, o rastreamento adequado irá depender da experiência do profissional. Contudo, técnicas de biologia molecular, mais especificamente as de amplificação de ácidos nucleicos, apresentam elevada

sensibilidade em detectar pequenas quantidades do DNA bacteriano, melhorando o prognóstico de progressão da infecção (PEREIRA, 2016).

A evolução dos métodos laboratoriais desenvolveu um grande avanço no diagnóstico e avaliação epidemiológica para CT ao longo dos anos. São recomendados os testes de amplificação de ácidos nucleicos (NAAT) para a seleção dessa infecção, apresentando alto padrão de especificidade e sensibilidade e tem como alvo as sequências do gene *ompA*, que criptografa a principal proteína da membrana externa; o Método Papanicolau, realizado para prevenção do câncer de colo de útero, pode apresentar alterações celulares causada pela CT, tais como inclusões eosonofílicas em células metaplásicas, porém possui baixa sensibilidade (PEREIRA; FERREIRA, 2021).

Em relação ao tratamento; da mesma forma que o protocolo brasileiro, o protocolo norte-americano recomenda como tratamento para CT a azitromicina 1g, via oral (VO), em dose única, ou doxiciclina 100mg, VO, duas vezes por dia, por sete dias (não recomendado em gestantes) (BRASIL, 2020).

#### **5.4.5 Donovanose**

A donovanose é uma doença bacteriana crônica, progressiva e indolente que acomete a pele e as mucosas das regiões genitais e perigenital, frequentemente associada à transmissão sexual e de baixa infectividade. A transformação maligna das lesões de donovanose ocorre excepcionalmente, como geralmente é vista em ulcerações de longa duração (BELDA JÚNIOR, 2020).

A lesão inicial pode ter aspectos variados. Pode iniciar-se com uma úlcera de borda plana que evolui para uma úlcera hipertrófica ou vegetante, com fundo granuloso, sendo única ou múltipla, bem delimitada, que evolui lenta e progressivamente. Tem aspecto vermelho vivo e fácil sangramento à manipulação. Há predileção pelas dobras cutâneas ou mucosas, com frequente configuração em espelho. A disseminação extragenital é rara e, na maior parte das vezes, ocorre a partir de lesões genitais e perigenitais primárias. O diagnóstico diferencial da donovanose inclui sífilis, cancroide, tuberculose e outras doenças granulomatosas, amebíase cutânea, neoplasias ulceradas e leishmaniose tegumentar americana (O'FARRELL; MOI, 2016).

O atendimento de pessoas com lesões apresenta particularidades. A entrevista deve ser realizada em ambiente de privacidade, de forma empática e sem juízo de valores, seja por meio de discurso ou linguagem não verbal. Deve incluir indagações sobre práticas sexuais e

identificação de fatores de risco para IST, como: idade abaixo de 30 anos; história de novas ou múltiplas parcerias sexuais, especialmente nos últimos três meses; parcerias sexuais com IST, IST prévias ou concomitantes; e utilização irregular de preservativos (GABRIELSON *et al.*, 2019).

O diagnóstico etiológico de úlceras genitais baseado em anamnese e exame físico pode ser impreciso; por isso, é importante a utilização de testes diagnósticos sempre que disponíveis. Esses exames, no entanto, só possuem valor no caso de os resultados estarem disponíveis de forma imediata, pois a instituição de tratamento não deve ser postergada em função dos resultados. A sensibilidade desses exames é variável em virtude de particularidades técnicas e depende da quantidade de patógenos na amostra obtida (BRASIL, 2016).

O tratamento de primeira linha é a azitromicina, na dose de 1,0g por semana, durante três semanas. Em alguns casos pode ser necessário tratamento por tempo mais prolongado.<sup>3,46,47</sup> Como segunda opção, pode-se usar a doxiciclina, 100mg de 12/12 horas, durante período mínimo de 21 dias ou até a cicatrização completa. A ciprofloxacina, na dose de 750mg, de 12/12 horas, durante 21 dias ou até a cicatrização completa, é também eficaz. Sulfametoxazol- trimetoprim (400/800), duas vezes ao dia, também pode ser empregado, em período não inferior a 21 dias (BELDA JÚNIOR, 2020).

## 5.5 CENÁRIO MUNDIAL, NACIONAL E PARAENSE RELACIONADO À IST

Em todo o mundo, aproximadamente mais de um milhão de pessoas adquirem alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) por dia, com uma previsão anual de 357 milhões de novas infecções curáveis. Existem mais de 20 microrganismos causadores de IST, entre aqueles responsáveis por infecções assintomáticas destacam-se: vírus da hepatite B (HBV), vírus da hepatite C (HCV), vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis (WHO, 2015).

O Plano de Ação para Prevenção e Controle do HIV/IST (2016-2021) da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) propõe acelerar a eliminação das epidemias do vírus da imunodeficiência humana (*Human Immunodeficiency Virus*, HIV), e das IST como problemas de Saúde Pública na Região das Américas, até o ano de 2030. Esse planejamento inclui a estratégia regional para eliminação da transmissão vertical de HIV e da sífilis congênita, com critérios e indicadores específicos (OPAS, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 257 milhões e 71 milhões de pessoas infectadas cronicamente pelo HBV e HCV em 2015, respectivamente. Esses vírus são responsáveis por mais de um milhão de óbitos por ano, sendo causas de doença hepática aguda e crônica, incluindo cirrose e carcinoma hepatocelular. O Brasil é considerado um país de endemicidade baixa para as hepatites virais B e C, contudo, considerando seu tamanho populacional, o número absoluto de indivíduos infectados é significativo. De acordo com o boletim epidemiológico de 2019, de 1999 a 2018 foram notificados 233.027 casos de hepatite B e 359.673 de hepatite C (WHO, 2017).

As IST são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, transmitidos principalmente por contato sexual (vaginal, anal e/ou oral) sem o uso de preservativo masculino ou feminino, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão pode ainda acontecer de mãe para filho durante a gestação, o parto ou a amamentação (transmissão vertical), e pela utilização de seringas, agulhas ou outro material perfuro cortante compartilhado.

A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), para destacar a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. As IST são consideradas como um dos problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Os infectados são mais vulneráveis à associação de mais de uma IST e existe relação com o aumento da mortalidade materna e infantil (AZEVEDO *et al.*, 2018).

O “Boletim Epidemiológico HIV/AIDS”, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DCCI/SVS/MS), publicado anualmente, apresenta informações sobre os casos de HIV e de aids no Brasil, regiões, estados e capitais, de acordo com as informações obtidas a partir dos sistemas de informação utilizados para a sua elaboração. No Brasil, de 2007 até junho de 2021, foram notificados no Sinan 381.793 casos de HIV e, em 2020, foram diagnosticados 32.701 novos casos. Os casos de AIDS em 2020 chegaram a 29.917 – notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM –, com uma taxa de detecção de 14,1/100 mil habitantes, totalizando, no período de 1980 a junho de 2021, 1.045.355 casos de aids detectados no país. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de aids no Brasil, que passou de 22,0/100 mil habitantes (2012) para 14,1/100 mil habitantes em 2020, configurando um decréscimo de 35,7% (BRASIL, 2021).

Tais estimativas indicam alta frequência das IST e justificam a estratégia global da OMS e a definição de ações prioritárias para alcançar as metas de eliminação das IST até

2030. Essa estratégia concentra esforços (I) na resistência antimicrobiana do gonococo e no risco de coinfeção por clamídia, (II) na eliminação da sífilis congênita, o que requer ampliação de testagem e tratamento de gestantes e populações específicas, e (III) na infecção pelo papilomavírus humano (*Human Papillomavirus*, HPV), com ênfase em imunização para eliminação do câncer do colo de útero e verrugas anogenitais (WHO, 2016).

O Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis utiliza-se da notificação de casos de Aids gerados do registro universal e compulsório no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), bem como do número de óbitos por aids registrados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), ambos fornecidos pelo DATASUS. Além disso, gerencia quatro sistemas - o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), o Sistema de Monitoramento de Insumos de Prevenção (PREVINI) e o Sistema de Informação para Rede de Genotipagem (SISGENO) - que compõem o Sistema de Informação em Saúde deste Ministério (BRASIL, 2021).

Podemos citar alguns dados que são expressivos no Brasil e na região norte especificamente; como exemplo: O HIV, sífilis e hepatites virais.

### **Dados sobre HIV:**

A infecção pelo HIV apresenta um status de doença crônica, e tal condição exige um cuidado permanente expresso pela ‘Cascata de cuidado contínuo ao HIV’, usada globalmente no contexto da gestão dessa condição de saúde. Esse processo necessita do estabelecimento de metas e adoção de estratégias que abarcam práticas atreladas à promoção à saúde, prevenção, tratamento, promoção da gestão compartilhada da atenção às pessoas que vivem com HIV (CELUPPI *et al.*, 2022).

De 2007 até junho de 2021, foram notificados no SINAN 381.793 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 165.247 (43,3%) na região Sudeste, 75.618 (19,8%) na região Nordeste, 75.165 (19,7%) na região Sul, 36.218 (9,5%) na região Norte e 29.545 (7,7%) na região Centro- Oeste. No ano de 2020, foram notificados 32.701 casos de infecção pelo HIV, sendo 4.299 (13,2%) casos na região Norte, 8.190 (25,0%) no Nordeste, 11.270 (34,5%) no Sudeste, 5.732 (17,5%) no Sul e 3.210 (9,8%) no Centro-Oeste (BRASIL, 2021).

A notificação da infecção pelo HIV segue os mesmos critérios de sigilo definidos na Lei de Acesso à Informação (Lei nº 12.527/2011). Os profissionais de saúde devem notificar

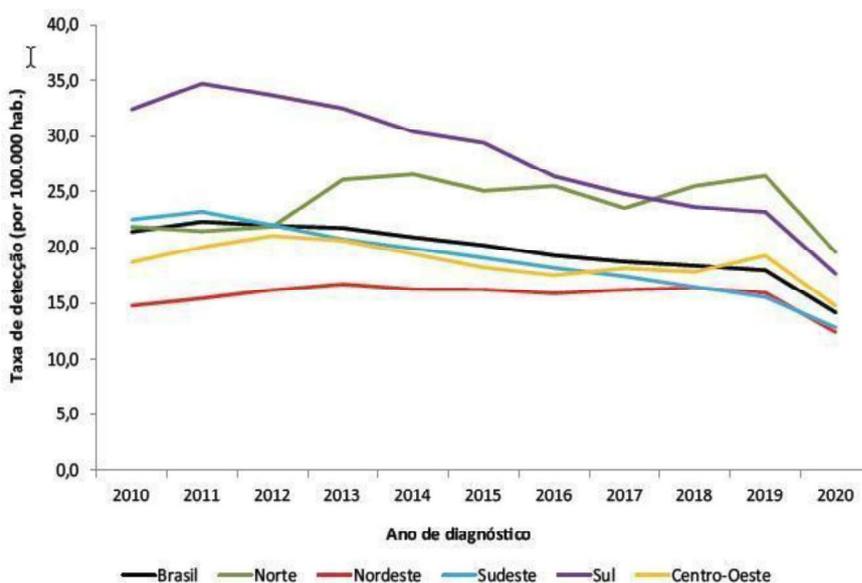
todos os casos de portadores de HIV e de pessoas que vivem com AIDS, mesmo que tenham sido comunicados anteriormente como infecção pelo HIV. Segundo a Portaria do Ministério da Saúde que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória, publicada em 6 de junho de 2014, pessoas com infecção pelo HIV em acompanhamento clínico-laboratorial e diagnosticadas em data anterior devem ser notificadas à medida que comparecerem à rede de serviços de saúde (NETO *et al.*, 2021).

A taxa de detecção de AIDS vem caindo no Brasil desde o ano de 2012. Em 2010, essa taxa foi de 21,4 casos por 100 mil habitantes; em 2011, aumentou para 22,3 casos por 100 mil habitantes; em 2012 houve queda para 22,0 e em 2019, chegou em 18,0. No ano de 2020, observa-se a maior redução anual da taxa, que chegou a 14,1 casos por 100 mil habitantes, o que está relacionado em parte aos efeitos da subnotificação de casos causada pela sobrecarga dos serviços de saúde durante a pandemia da Covid-19. Essa redução da taxa de detecção de 2019 para 2020 também foi observada em todas as regiões e Unidades da Federação, exceto no estado de Sergipe (BRASIL, 2021).

No que se refere aos casos epidemiológicos de HIV/AIDS é um desafio ponderante para as pesquisas científicas em todo o mundo e também no Brasil. Fica claro que os altos índices de vulnerabilidade é um dos fatores importantes para essa epidemia no território brasileiro. Ao constatar que essa população vive em áreas de maior risco para adquirir a doença, pode-se afirmar que a prevalência nesses locais ocorre com mais frequência em comparação as demais áreas populacionais (COSTA, 2017).

A região Norte do Brasil destaca-se no cenário nacional como a que detém maior crescimento nos coeficientes de detecção de HIV em gestantes nos últimos dez anos. Dentro desse panorama epidemiológico, o estado do Pará apresentou a quarta maior taxa do país de detecção de HIV em gestantes, registrando índice de 3,4 casos/mil nascidos vivos em 2017 (TRINDADE *et al.*, 2021).

Figura 1- Taxa de detecção de AIDS (por 100.000 hab.) segundo região de residência, por ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020.



Fonte: Sinan; Siscel/Siclom; SIM.

Fonte: Sinan; Siscel/Siclom; SIM.

Nota: (\*) Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom ate 30/06/2021; no SIM, de 2000 a 2020.

As IST representam um problema de saúde pública em todo o mundo, na medida em que estão entre as infecções transmissíveis mais comuns e atingem potencialmente a saúde e a vida de milhões de pessoas. Um impacto direto ocorre especialmente sobre a saúde reprodutiva e infantil, ocasionando consequências como infertilidade e complicações na gestação e no parto, morte fetal e diversos agravos à saúde da criança. Além disso, um dos impactos indiretos da infecção por uma IST é o aumento do risco de transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (BRASIL, 2021).

O Brasil, levando em conta outros programas de controle de doenças, enfrentou e continua combatendo a AIDS de forma notável, na defesa contundente dos direitos humanos, com produção de campanhas preventivas, distribuição de antirretrovirais no sistema público de saúde, com a implantação de laboratórios e serviços especializados para assistência das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e com financiamento para pesquisas científicas (GRECO, 2016).

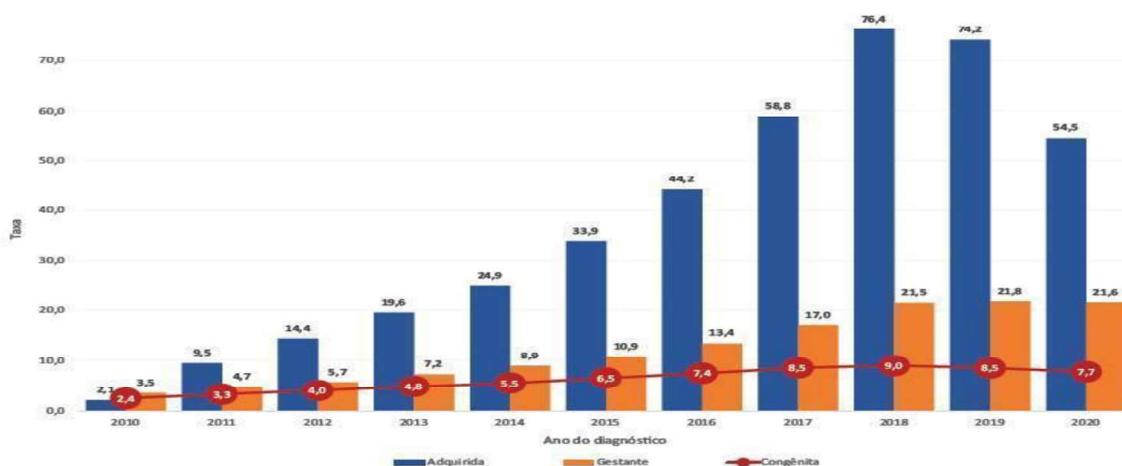
## Dados sobre sífilis:

Ainda segundo a OMS, o panorama da sífilis no Brasil não diverge do de outros países. Os números de casos são preocupantes, o que demonstra a necessidade de reforço às ações de vigilância, prevenção e controle da infecção. Em 2020, foram notificados no Sinan 115.371 casos de sífilis adquirida (taxa de detecção de 54,5 casos/100.000 habitantes); 61.441 casos de sífilis em gestantes (taxa de detecção de 21,6/1.000 nascidos vivos); 22.065 casos de sífilis congênita (taxa de incidência de 7,7/1.000 nascidos vivos); e 186 óbitos por sífilis congênita (taxa de mortalidade de 6,5/100.000 nascidos vivos) (BRASIL, 2021).

No controle da sífilis são elencados alguns objetivos desafiantes, incluindo: eliminar a transmissão vertical; melhorar a vigilância dos casos; desenvolver testes com maior acurácia, para diagnosticar sífilis ativa, neurosífilis e sífilis congênita; ampliar o acesso das populações mais vulneráveis; e desenvolver alternativas de medicamentos orais e vacinas contra o *Treponema pallidum* (PEELING *et al.*, 2017).

Na Figura 2, observam-se as taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo região, e as taxas do país. Em relação à sífilis em gestantes, observa-se que as regiões Sudeste e Sul apresentam taxas de detecção superiores à do país. Quanto à sífilis congênita, somente a região Sudeste apresentou taxa superior à nacional.

Figura 2- Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2020



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), atualizado em 30/06/2021.

No período de 2010 a junho de 2021, foram notificados no Sinan um total de 917.473 casos de sífilis adquirida, dos quais 51,7% ocorreram na região Sudeste, 22,4% no Sul, 13,4% no Nordeste, 6,9% no Centro-Oeste e 5,6% no Norte. Somente em 2020, o número total de casos notificados no Brasil foi de 115.371. Na estratificação por regiões, observaram-se 54.586 (47,3%) casos notificados na região Sudeste, 27.201 (23,6%) na região Sul, 15.601 (13,5%) na região Nordeste, 9.744 (8,4%) na região Centro- Oeste e 8.239 (7,1%) na região Norte.

A sífilis embora curável exige ações efetivas das políticas públicas e desafios para a ciência; o conhecimento e a evolução da história contribuem para essas ações. Novas ações de combate à sífilis efetivadas por meio dos programas de saúde identificam os casos, possibilitam o tratamento precoce (gestante e parceiro sexual) e desenvolvem medidas de prevenção; para tanto, definir os casos de sífilis com base nos resultados dos testes laboratoriais são essenciais para conhecer o número de casos e sua tendência (SILVA, 2020).

### **Dados sobre hepatites virais:**

No período de 1999 a 2020, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 689.933 casos confirmados de hepatites virais no Brasil. Destes, 168.579 (24,4%) são referentes aos casos de hepatite A, 254.389 (36,9%) aos de hepatite B, 262.815 (38,1%) aos de hepatite C e 4.150 (0,6%) aos de hepatite D (BRASIL, 2021).

No que se refere às hepatites virais ao seu amplo aspecto epidemiológico e impacto perante a saúde da sociedade, considera-se a hepatite B como sendo uma preocupação de saúde pública pelos seus altos níveis de transmissão, dotadas de um elevado número de óbitos pelo mundo que chega perto dos 780.000 anualmente. Sendo que a estimativa é que há cerca de 240 milhões vivendo com a forma crônica da mesma.” Estima-se que a Hepatite C seja responsável por aproximadamente 350.000 mortes por ano” (ANDRADE,2017).

As hepatites virais são a segunda maior causa de morte no Brasil, entre as doenças infecciosas, depois da tuberculose. Salienta-se que estas doenças são negligenciadas e estão diretamente ligadas ao nível socioeconômico de cada região. No mais, nove vezes mais

peças são infectadas com hepatite que com o Vírus da Imunodeficiência Humana. A hepatite é evitável, no caso da Hepatite C, as chances de remissão da infecção são significativas (SOUSA *et al.*, 2020)

A distribuição proporcional dos casos variou entre as cinco regiões brasileiras. A região Nordeste concentra a maior proporção das infecções pelo vírus A (30,1%). Na região Sudeste verificam-se as maiores proporções dos vírus B e C, com 34,2% e 58,9%, respectivamente. Por sua vez, a região Norte acumula 74,9% do total de casos de hepatite D (ou Delta) (BRASIL, 2021).

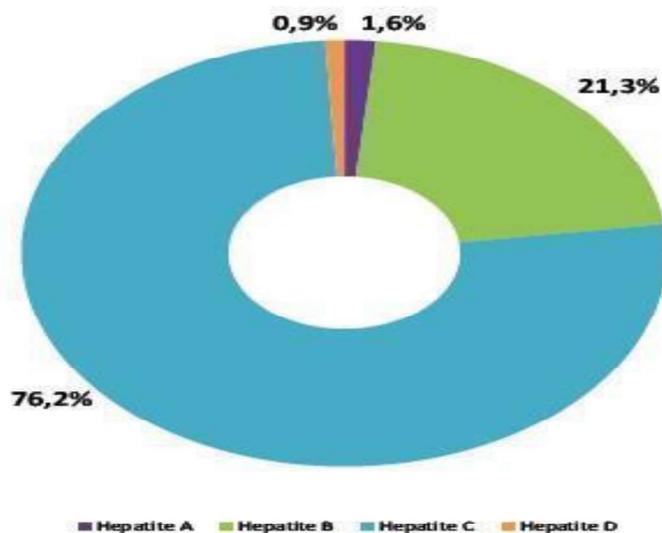
No período de 1999 a 2020, foram notificados 254.389 casos confirmados de hepatite B no Brasil; desses, a maioria está concentrada na região Sudeste (34,2%), seguida das regiões Sul (31,8%), Norte (14,7%), Nordeste (10,3%) e Centro-Oeste (9,0%). De 1999 a 2020, foram notificados no Brasil 262.815 casos confirmados de hepatite C no Brasil, sendo 58,9% no Sudeste, 27,5% no Sul, 6,5% no Nordeste, 3,6% no Centro-Oeste e 3,5% no Norte.

No período de 1999 a 2020, foram notificados no Brasil 4.150 casos confirmados de hepatite D. A maior ocorrência se deu na região Norte, com 74,8% dos casos notificados, seguida das regiões Sudeste (10,4%), Sul (6,3%), Nordeste (5,3%) e Centro-Oeste (3,2%). Em 2020, foram notificados 70 casos no país, sendo 36 (51,4%) na região Norte (BRASIL, 2021).

A hepatite viral é um importante desafio de saúde pública que requer uma resposta urgente. Muitos países têm alcançado excelente cobertura com a vacina contra a hepatite B, marcando uma vitória precoce para a prevenção. Além disso, o recente desenvolvimento de antivirais altamente eficazes, com taxas de cura superiores a 95%, revolucionou o tratamento da hepatite C crônica. A maioria dos países também fez bom progresso em manter o suprimento de sangue seguro e melhorando a segurança da injeção em ambientes de saúde, reduzindo substancialmente o risco de hepatite B e infecções por vírus C (CHAN, 2017).

De 2000 a 2019, foram identificados, no Brasil, pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), 78.642 óbitos por causas básicas e associadas às hepatites virais dos tipos A, B, C e D. Desses, 1,6% foram associados à hepatite viral A; 21,3% à hepatite B; 76,2% à hepatite C e 0,9% à hepatite D (BRASIL, 2021).

Figura 3- Distribuição dos óbitos por causa básica e associada às hepatites virais segundo agente etiológico. Brasil, 2000 a 2019.



Fonte: SIM/SVS/MS.

O desenvolvimento de políticas públicas direcionadas à prevenção das hepatites virais tem mudado drasticamente o cenário epidemiológico desse grupo de doenças. Porém, são ainda doenças altamente incidentes e faz-se necessária a ampliação das medidas direcionadas às populações de risco para os diferentes tipos de hepatites virais, com enfoque ao comportamento de risco para as hepatites B e C (FERREIRA; GONÇALVES; GONZAGA, 2017).

## 5.6 PREVENÇÃO COMBINADA NAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são doenças causadas por microrganismos, cuja principal via de transmissão é o contato sexual desprotegido, seja ele oral, anal ou vaginal (BRASIL, 2018). A Prevenção combinada é uma estratégia de prevenção de IST/ AIDS que faz uso combinado de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais aplicadas no nível dos indivíduos, suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que levem em consideração suas necessidades e especificidades e as formas de transmissão do vírus (BRASIL, 2017).

As abordagens biomédicas são aquelas em que o foco da intervenção está na redução do risco à exposição dos indivíduos a IST/HIV, a partir de ações que impeçam sua

transmissão mediante a interação entre uma ou mais pessoas que tenham o vírus em seu sistema e demais pessoas que não o possuam. Por sua vez, as abordagens comportamentais referem-se às intervenções cujo foco está no comportamento dos indivíduos como forma de evitar situações de risco, já as intervenções estruturais buscam mudar as causas ou estruturas centrais que afetam os riscos e as vulnerabilidades ao HIV, o terceiro componente da Prevenção Combinada refere-se a fatores e características sociais, culturais, políticas e econômicas que criam ou potencializam vulnerabilidades de determinadas pessoas ou segmentos sociais (BRASIL, 2017).

Nessa perspectiva, a disponibilidade de distintos métodos preventivos tem maior potencial para abranger diferentes grupos sociais, permitindo escolhas preventivas de acordo com contextos, necessidades e preferências. Como as pessoas e os grupos sociais são diversos em seus riscos e percepções, métodos com características diversas e que podem ser utilizados em diferentes momentos tendem a abranger um maior número de pessoas e situações (SILVA *et al.*, 2021b).

Falar sobre os riscos e vulnerabilidades para as IST, HIV/AIDS e hepatites virais é uma tarefa que requer atenção diferenciada, pois é preciso quebrar as barreiras e limitações para dialogar sobre as experiências cotidianas da sexualidade e sua correlação com a oferta do serviço. É importante reconhecer que a sexualidade está permeada por valores, culturas e desigualdades, e que a abordagem sobre a vivência sexual precisa contemplar formas de superar estigmas e preconceitos relacionados a perspectivas heteronormativas. Importante ressaltar que o acesso aos métodos preventivos envolve vínculo com os serviços de saúde e de base comunitária, como organizações governamentais e não governamentais, permitindo às pessoas que os buscam se beneficiarem de outras estratégias de cuidado (BRASIL, 2017).

Mandala é uma palavra da língua sânscrita que significa círculo, falada na Índia antiga, uma representação geométrica dinâmica que congrega o conteúdo da essência. A partir da compreensão das dimensões da PC, destaca-se o caráter primordial que a Educação em Saúde possui para prevenção às IST assim como a promoção da saúde (SILVA *et al.*, 2021c).

O símbolo da mandala (Figura 1) neste contexto representa a combinação de algumas diferentes estratégias de prevenção (biomédicas, comportamentais e estruturais), pois apresenta a ideia de movimento em relação às possibilidades de prevenção, tendo as intervenções estruturais (marcos legais) como base dessa conjugação (BRASIL, 2017).

A oferta das ações de Prevenção Combinada deve considerar as especificidades das populações-chave e prioritárias. A conjugação de diferentes métodos pode trazer mudanças

importantes na forma como os indivíduos e segmentos populacionais lidam com os riscos e com a prevenção, refletindo em maior autonomia de prevenção diante da epidemia do HIV (GRANGEIRO *et al.*, 2015).

Figura 4 – Mandala de Prevenção Combinada de IST/ HIV



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Apesar da estratégia da Prevenção Combinada ser discutida em nível nacional desde 2013 e ser uma ferramenta eficiente na prevenção do HIV/AIDS e outras IST, ainda é pouco conhecida nos Estados e municípios brasileiros. São complexos os desafios para sua implementação, requerendo maior discussão e aprofundamento do tema junto aos profissionais da saúde, da assistência, da educação, usuários e sociedade em geral (MELLO *et al.* 2019).

### 5.7 CONHECIMENTO DE SENSO COMUM E AS PRÁTICAS POPULARES

O senso comum pode ser definido como um pensamento simples e superficial oposto ao conhecimento científico. Durante séculos, a religião e a crença, no sentido de acreditar em algo, foram os caminhos utilizados pela humanidade na busca de respostas às suas perguntas e aflições e hoje; muito do que o conhecimento científico explica, ele só explica para comprovar ou não uma idéia antes apresentada pelo senso comum. O senso comum e a ciência encontram-se interligados ao longo da humanidade, saber onde cada um está no contexto da saúde se torna relevante (DOURADO, 2018).

O senso comum contribui para que a ciência progrida a partir de dificuldades que emergem no dia-a-dia das pessoas. Pode-se elencar várias situações vividas em contextos sociais que exigem da comunidade científica a necessidade de pesquisar, de aprofundar interpretações dos achados e propor soluções ou indicar caminhos para as dificuldades enfrentadas pela população. Contextos socioculturais diferentes permitem comunidades diversas experimentarem vivências únicas, formularem suas visões de mundo e, a partir destas, desenvolverem maneiras de viver (RIOS *et al.*, 2007).

Há grande importância da relação entre senso comum e ciência na construção do conhecimento. O senso comum, enquanto conceito filosófico que surge no século XVIII, se pretende natural e razoável, e não superficial e ilusório. Considerando que os saberes populares se constroem no senso comum, entendem-se, neste estudo, ciência esclarece aspectos problemáticos suscitados pelo senso comum, ou seja, para responder sob os cânones científicos aos seus questionamentos, bem como garantir a cientificidade das respostas produzidas para aqueles problemas. Faz-se necessário que os profissionais da saúde compreendam o elo entre a ciência e o senso comum, sob um prisma filosófico, para que, a partir dos dois conhecimentos existentes, possamos construir novos conhecimentos, levando a ciência para a realidade de cada comunidade sem menosprezar o seu saber, seu "senso comum"(RIOS *et al.*, 2007).

Um dos frutos da organização coletiva dos profissionais de saúde, integrantes de movimentos sociais, educadores populares e cientistas é a instituição da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS). Publicada em novembro de 2013, propõe metodologias e tecnologias para a participação e controle social do SUS, além de preconizar o diálogo entre a diversidade de saberes, valorizar os saberes populares e a ancestralidade e incentivar a produção individual e coletiva de conhecimentos e sua inserção no SUS (ROCHA; AQUILANTE, 2020).

Os saberes populares incluem todas as formas de conhecimento informais. Como ensina Freire (2011), ensinar exige respeito aos vários saberes e experiências. Portanto, incluem as manifestações da cultura e práticas populares, os chás medicinais, os artesanatos, as mandingas, as cantigas de ninar e muitas outras expressões da sabedoria prática. Eles não exigem espaço e tempo formalizados; são transmitidos de geração em geração por meio de linguagem falada, de gestos e atitudes; e são também transformados à medida que, como parte integrante de culturas populares, sofrem influências externas e internas (ACIOLI *et al.*, 2017)

No contexto da PNEPS-SUS, inserem-se as Práticas Populares de Saúde (PPS), entendidas como saberes construídos coletivamente ao longo de gerações dentro de grupos populacionais com suas próprias características– religião, crenças, condições socioeconômicas –, e de acordo com as condições que o ambiente específico lhes oferece, tais como vegetação, clima, geografia e história pregressa que, objetivando curas, tratamentos e alívios para doenças e males (ROCHA; AQUILANTE, 2020).

O uso do senso comum na pesquisa qualitativa é relevante porque é sobre o mundo da vida que se processam tais estudos. O reconhecimento de seu valor parte do princípio de que no mundo da vida, cada pessoa possui um corpo de conhecimentos e experiências, produto de seu modo de pensar, sentir, comportar-se e relacionar-se (MINAYO, 2018).

## 5.8 ENFERMAGEM E O CUIDADO CULTURAL

Fazer uma abordagem à enfermagem transcultural implica fazer referência a Madeleine Leininger, enfermeira e antropóloga, que deixou marcas inabaláveis através da sua Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural; Permitindo a compreensão e a consciencialização para preservar a identidade multicultural e minimizar a imposição cultural (COUTINHO *et al.*, 2017).

Madeleine M. Leininger na década de 1950, ao perceber a falta de compreensão dos fatores culturais no processo saúde-doença e levar suas inquietações sobre a influência desses fatores nos cuidados de Enfermagem para a universidade. Após anos de estudo, desenvolveu a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural afirmando que, para oferecer um cuidado universal, deve-se conhecer as diversidades de cada indivíduo, seu mundo e os valores que interferem em suas reações (CAMPELO *et al.*, 2018).

Destaca-se que a teórica afirma que a Enfermagem Transcultural se desenvolve a partir da análise da cultura tornando seu objetivo o cuidado a partir de valores, crenças e atitudes tanto específicas, exclusivas de um grupo, como universais, compartilhadas entre culturas que, aliadas às práticas de Enfermagem, tornam possível o desenvolvimento de um conhecimento científico e humanista necessário para o cuidado (CAMPELO *et al.*, 2018).

A busca da população por recursos populares e culturais, ocorre muitas vezes antes do que a busca por serviços de saúde tradicionais, por mais que os recursos alopáticos sejam mais complexos no âmbito de garantir uma assistência mais qualificada, os indivíduos preferem optar por não abandonar a utilização de cuidado popular, continuando assim seu

tratamento (SOUZA *et al.*, 2019b). Torna-se necessário, nesse sentido, o enfermeiro descobrir o significado do cuidado cultural, conhecer e considerar os fatores para a compreensão do cuidado humanizado e culturalmente congruente. Dessa forma, somente após a reflexão sobre as diversas maneiras de perceber o mundo, por meio de suas vivências, junto aos indivíduos, é que o enfermeiro estará apto a prestar um cuidado culturalmente congruente e construído diante de um olhar ampliado, vendo o indivíduo inserido em sua própria cultura, ou seja: sua prática estaria inscrita no âmbito da Enfermagem Transcultural (CAMPELO *et al.*, 2018).

Cuidado congruente esse desenvolvido quando o enfermeiro se mostra consciente da necessidade de compreender a variedade de visões de mundo, de valores e conhecimento na forma de prestar cuidados de enfermagem, assume a função de um mediador cultural capaz de encontrar táticas adequadas para um cuidado mais sensível às solicitações dos doentes (GASPAR *et al.* 2020).

Os profissionais da saúde, devem buscar conhecer os saberes e práticas, para melhor compreender o jeito de cuidar e o modo de viver da população, considerando que conhecer e apreciar a diversidade cultural no cuidado de enfermagem e da saúde é importante no sentido de proporcionar cuidado significativo e eficaz às pessoas, conduzindo a enfermagem a novos saberes sobre a saúde e o cuidado, expondo como elementos definidos culturalmente (SOUZA *et al.*, 2019b).

Considerando que os aspectos relacionados à diversidade cultural e ao tempo para a adaptação da população podem acarretar diferentes padrões de comportamentos. A enfermagem pode propor ações de cuidado que pondere crenças das pessoas e seus valores construídos ao longo do tempo, e conciliar adaptações educativas e assistenciais ao modo de vida da população. Assim a prática do cuidado torna-se eficaz e significativa. Um cuidado em saúde preservando vidas deve ser a essência e a prioridade para todos os povos, independentemente da diversidade cultural existente no mundo (ALMEIDA *et al.*, 2021).

## 5.9 POPULAÇÃO TRADICIONAL RIBEIRINHA E SAÚDE

A Amazônia é ocupada por uma diversidade de grupos étnicos e por populações tradicionais, historicamente constituídas, a partir dos vários processos de colonização e miscigenação por que passou a região. Pode-se afirmar que o homem amazônico é resultado dos intercâmbios históricos entre diferentes povos e etnias. Tal intercâmbio possibilitou uma herança que se revela nas mais diferentes manifestações socioculturais expressas pelo homem

amazônico na vida cotidiana, quais sejam: as relações de trabalho, a educação, a religião, as lendas, os hábitos alimentares e familiares. Dentre os principais agentes sociais que compõem o mosaico amazônico, destacam-se os povos indígenas, as populações ribeirinhas, pescadores, extrativistas, quilombolas, migrantes, entre outras (LIRA, 2016).

Um importante desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente é alcançar as populações mais prejudicadas, incluindo as comunidades ribeirinhas que são aquelas caracterizadas como população tradicionais e residentes das margens dos rios e populações interiorizadas. A precariedade ao acesso dos ribeirinhos aos serviços de saúde pública revela a necessidade de medidas amplas de promoção de saúde, associada à oferta de serviços adequada à realidade das comunidades rurais ribeirinhas distantes dos espaços urbanos (FIGUEIREDO JÚNIOR *et al.*, 2020).

A natureza constitui como um ambiente axial para a construção da vida do ribeirinho, além disso, os processos pelo qual as relações socioespaciais e histórico culturais concebem um sentimento de pertencimento por este território na qual propicia todos os seus membros compreenderem a vivência dos atores sociais amazônida. Quando se discute a identidade das populações que vivem na Amazônia, a comunidade ribeirinha é lembrada imediatamente como uma representação considerada natural da cultura amazônida. É a partir desta discussão que se vê a importância do rio e das matas em diversas perspectivas da região, como exemplo, o traçado da rede fluvial que faz a circulação tanto de pessoas quanto de mercadorias, que consequentemente deu o povoamento na Amazônia no início do século XVII (SILVA, 2017).

A economia encontra-se alicerçada nas atividades de pesca e extrativismo vegetal. A cultura traz no seu bojo forte herança dos povos indígenas, com hábitos alimentares diferenciados, uso de plantas medicinais e agricultura de subsistência. Os ribeirinhos, de modo geral, são destituídos de infraestrutura mínima de saneamento básico, energia elétrica e serviços de saúde. A assistência à saúde é centralizada na zona urbana dos municípios, com ações esporádicas dos profissionais de saúde nas comunidades (GAMA *et al.*, 2018).

O ribeirinho enfrenta inúmeros problemas de saúde, alguns não sabem nem ler nem escrever. Em particular nas áreas ribeirinhas o acesso à assistência médica é raro. Sabe-se que existem poucos agentes comunitários de saúde. Quando os ribeirinhos necessitam de assistência médica são obrigados a se deslocar aos postos de saúde do município mais próximo depois de longas viagens em barcos, canoas ou rabetas. Quando não conseguem viajar para as cidades vizinhas utilizam do seu conhecimento empírico, as plantas medicinais (SILVA, 2017).

Atualmente, a atenção à saúde dessa população é dada mediante a Política Nacional de Atenção Básica, implementada no país, pelas Portarias MS/ GM nº 2.488 e 2.490, ambas de 2011, voltadas para a implantação e operacionalização das atividades de saúde, bem como a definição dos valores de financiamento para as Equipes de Saúde das Famílias Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), sobretudo na região amazônica (BRASIL, 2016). A saúde das populações do campo, da floresta e das águas coloca para nós o desafio de dialogar com realidades singulares, plurais, interculturais, que passam pela dimensão dos movimentos sociais, do ambiente, do trabalho, do modo de vida e do cuidado em saúde (CARNEIRO; PESSOA; TEIXEIRA, 2017).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) tem como subsídio a inter-relação entre saúde e ambiente, sem perder o foco do contexto vivido por essa população, haja vista as iniquidades históricas, econômicas e sociais a que foram e são submetidas, preconizando e promovendo ações a vulnerabilidade desse grupo. Diante disso surge a proteção à equidade, que são amparadas pela lei brasileira, de forma que se deva vencer o dilema relacionado ao ambiente, conforme o objetivo da Política. (SCHLICKMANN; PREUSS; PAULETTI, 2019).

A PNSIPCFA foi aprovada em 2011, durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde, por meio da Portaria n. 2.866/2011, a mesma se insere no contexto das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, cujo objetivo principal é minimizar as desigualdades sociais e as iniquidades existentes no Sistema de Saúde. O caráter inovador da referida Política se caracteriza pela participação de diferentes movimentos sociais – que têm seus modos de vida e reprodução social relacionados ao campo, à floresta e às águas – no seu processo de construção, implementação, acompanhamento e avaliação (BERTONCELLO; BADALOTTI; KLEBA, 2020).

Tendo por base essa assertiva, parte-se do entendimento de que os ribeirinhos constituem comunidades tradicionais, uma vez que o próprio movimento dos ribeirinhos se autorreconhece dessa forma, caracterizando um processo de empoderamento, tendo em vista que possuem uma relação particular com a natureza, traduzida num corpo de saberes técnicos e conhecimentos sobre os ciclos naturais e os ecossistemas locais de que se apropriam (LIRA, 2016)

---

<sup>1</sup> Embarcação tipo canoa com motor, comum nas regiões ribeirinhas da Amazônia

## 6 DESENHO METODOLÓGICO

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa, que segundo Minayo (2019) a pesquisa qualitativa tem como matéria prima um conjunto de substantivos cujos sentidos se complementam: experiência, vivência, senso comum e ação que, por sua vez, expressam valores, crenças e representações sociais. O movimento que informa qualquer olhar ou análise por meio dessa abordagem, se baseia em três verbos: compreender, interpretar e dialetizar.

A análise qualitativa se aplica a pesquisa desenvolvida considerando o citado por Minayo (2020) que nas experiências é preciso buscar o entendimento de como o indivíduo compreende a si mesmo e seu lugar no mundo, o que se expressa na linguagem organizada pela cultura, por meio do senso comum. O senso comum, diferentemente do definido pelo positivismo como “pré-conceito”, é, de um lado, a mola de ação dos seres humanos; de outro, a matéria prima da pesquisa qualitativa.

Como base teórica levou-se em consideração a Teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger que segundo (SILVA *et al.*, 2021a) tem como principal proposta, promover e compreender cuidados, num comportamento holístico de acordo com a cultura, com ênfase na enfermagem científica e humanística. O cuidado cultural procura compreender a diversidade e universalidade do cuidado humano em relação à visão de mundo, estrutura social e outras dimensões e assim, descobrir o modo de prover e entender os cuidados culturalmente congruentes de diferentes pessoas, famílias ou grupos culturais.

### 6.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada na cidade de Igarapé- Miri- PA, comunidade moradora do rio Meruí. O município de Igarapé- Miri localiza-se na mesorregião do nordeste paraense e na microrregião de Cametá. Está a 78 km de distância da capital paraense (Belém), no baixo Tocantins. Apresenta, de acordo com o IBGE (2010), cerca de 58.077 habitantes. A maior parte de sua população vive na área rural perfazendo um total de 31.872 habitantes enquanto que na zona urbana são 26.205 habitantes (LIMA; SILVA, 2014).

Traduzido do tupi, Igarapé-Miri significa “Caminho de Canoa Pequena”, da junção de ygara (canoa), pé (caminho) e mirim (pequeno). O nome faz referência ao rio homônimo que

banha a cidade, o mesmo não permite a entrada de grandes embarcações. Pelo Decreto Estadual nº 6, de 4 de novembro de 1930, o município de Igarapé- Miri foi extinto, sendo seu território anexado ao município de Abaetetuba e os seus distritos passando a figurar como zona administrativa. Na divisão territorial de 1937-38, o município de Igarapé-Miri foi dividido em quatro distritos: Igarapé-Miri (sede), Anapú, Maiauatá e Meruú, que ainda hoje constituem os núcleos populacionais mais expressivos (PREFEITURA DE IGARAPÉ- MIRI, 2019)

### 6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram da pesquisa famílias do Rio Meruú; sendo representadas por um familiar; que aceitou participar de forma voluntária do estudo e participantes acima de 18 anos. Definido critério inicial de visita em 50% das famílias (n: 60); porém por conta da condição climática no período de coleta- janeiro 2022 e condição pandêmica; foi definido critério de saturação de coleta nas datas agendadas para visita, as famílias foram escolhidas aleatoriamente levando em consideração a aproximação das casas e horário de refeições dos moradores, procurou- se então realizar as visitas nos horários- 08:00 às 11:00 e de 14:00 às 17:30. Os participantes foram abordados em suas residências segundo disponibilidade dos mesmos e sendo solicitado um participante por família. Houve 07 pessoas que não aceitaram participar do estudo, 06 casas não haviam moradores, finalizando a amostra com 38 participantes.

### 6.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: ser morador residente no Rio Meruú/ Igarapé- Miri; idade acima de 18 anos e apresentar faculdades cognitivas preservadas. Os critérios de exclusão foram: Pessoas não localizadas para a entrevista no período determinado de coleta de dados e portadores de transtornos neurocognitivos.

### 6.5 COLETA DE DADOS

Inicialmente a coleta de dados foi verificada na Secretaria de Saúde da cidade de Igarapé- Miri os ACS's responsáveis pela área pesquisada (Rio Meruú); chegando ao número de dois profissionais responsáveis pela área, posteriormente buscou-se a adscrição de famílias

em base geográfica já definida, considerando as Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica (2012). Chegando ao número de 120 famílias subdivididas em dois grupos, ficando responsável por cada grupo 01 ACS (Área Furo Seco Dentro onde há 60 famílias e Área Furo Seco Fora com 60 famílias).

O critério de visita foi subdividido em etapas:

- 1- Busca ativa das famílias com o auxílio do ACS responsável pela área de estudo; em ambiente domiciliar e ocorreram no período da manhã ou tarde de acordo com a disponibilidade das famílias;
- 2- Disponibilização do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para consentimento prévio a pesquisa;
- 3- Entrevista face a face, com auxílio de formulário semiestruturado e gravação via dispositivo celular (exclusivamente para esta finalidade).

O estudo foi conduzido por um entrevistador em treinamento para titulação em mestrado com experiência em entrevistas orientador por um segundo pesquisador doutor em ciências socioambientais. O entrevistador é do sexo feminino e foi treinado para seguir o guia COREQ.

Para realização do estudo foi previamente realizado contato com agentes de saúde local a fim de identificar as características dos cenários e quantidade de famílias. Os entrevistados não conheciam o entrevistador, no entanto, o agente de saúde realizou a apresentação do mesmo a fim de facilitar a compreensão da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no mês de Janeiro/ 2022, aos sábados e domingos, configurou-se em residência de cada família, solicitado privacidade em um cômodo da casa, onde estava presente apenas a pesquisadora e o participante. O tempo médio de entrevista variou entre 15 a 20 minutos.

O instrumento de coleta foi formulado segundo Chagas (2000), que afirma que a construção de um bom formulário depende não só do conhecimento de técnicas, mas principalmente da experiência do pesquisador. Contudo seguir um método de elaboração sem dúvida é essencial, pois identifica as etapas básicas envolvidas na construção de um instrumento eficaz. Estabeleceu-se passos para elaboração do formulário, que segundo o autor são: I- Estabelecer ligação com: O problema e os objetivos da pesquisa, as hipóteses da pesquisa, a população a ser pesquisada e os métodos de análise escolhidos; II- Tomada de

decisões a respeito do conteúdo da pesquisa, formato das respostas desejado, sequência das perguntas, apresentação e layout, pré-teste.

Com relação ao conteúdo das perguntas levou-se em consideração itens de demasiada relevância que segundo o autor citado são: fatos, crenças, descobertas de padrão de ação e as reflexões: a pergunta é necessária? Qual sua utilidade? Já na escolha do formato das perguntas levou-se em consideração as vantagens das perguntas semi-abertas que oferecem maior flexibilidade às perguntas; durante a formulação das perguntas obteve-se cuidado para que as mesmas tivessem o mesmo sentido para o pesquisador e para o respondente, evitando possíveis erros de medição, seguindo itens como: usar comunicação simples e palavras conhecidas, não utilizar palavras ambíguas e durante a ordenação das perguntas houve alguns cuidados que podem ser cruciais como: iniciar o formulário com uma pergunta aberta com o intuito de deixar o respondente mais à vontade e assim ser mais sincero ao responder e dar uma sequência lógica as perguntas (CHAGAS, 2000).

A gravação ocorreu em celular Samsung, processador octa-core, memória RAM de 4 GB, armazenamento de 64 GB, resolução Full HD e tecnologia Super AMOLED. O mesmo foi utilizado exclusivamente para este fim, sem tempo limite respeitando sempre o tempo do participante, não havendo repetição e os registros foram armazenados em drive e *Whatsapp*.

## 6.6 ANÁLISE DE DADOS

A operacionalidade da Análise de Conteúdo adotada dividiu-se em algumas etapas, de acordo com o que é determinado por Bardin (2011): 1) Pré-análise – Efetuando a leitura e releitura das descrições obtidas a partir das entrevistas; 2) Exploração do material – fase em que o material analisado será categorizado de acordo com sua significação, para que assim seja elaborada as categorias/unidades temáticas; 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação com posterior interpretação dos achados obtidos.

Buscou-se uma alternativa viável de suporte para análise dos dados que é a utilização *softwares*, consolidados nas pesquisas quantitativas e que, desde a década de 1980 vêm crescendo dentre os investigadores qualitativos, com a denominação de *Computer Aided Qualitative Data Analysis Software* (CAQDAS). Entre as vantagens no processo analítico por esses softwares, destacam-se a organização e a separação de informações, o aumento na eficiência do processo e a facilidade de localização dos segmentos de texto (GÓES, 2021).

Dentre os CAQDAS, se selecionou a *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ) que segundo

(CAMARGO; JUSTO, 2018) viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica, que abrange sobretudo a lematização e o cálculo de frequência de palavras; até análises multivariadas como classificação hierárquica descendente de segmentos de texto, análise de correspondências e análises de similitude. Por meio desse software, a distribuição do vocabulário pode ser organizada de forma facilmente compreensível e visualmente clara com representações gráficas pautadas nas análises utilizadas.

Primeiramente foi realizado levantamento de todos os formulários preenchidos durante a entrevista e após concretizada análise textual por meio do software IRAMUTEQ; onde realizou-se a análise textual clássica, nuvem de palavras, análise Similitude, classificação hierárquica descendente (CHD) e análise fatorial de correspondência (AFC). Escolhido análise CHD para demonstração dos resultados de forma mais ampla.

A utilização do Software atuou como aporte para a realização da segunda etapa da técnica de análise de conteúdo. O software possibilitou a obtenção de dados através de análise estatística das entrevistas e o Método de Reinert proporcionou como resultado dendrograma com divisão em classes (ACAUAN *et al.*, 2020; PAULA; VIALI; GUIMARÃES, 2016).

## 6.7 ASPECTOS ÉTICOS

Respeitando-se os princípios éticos que regem as pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências e da Saúde da Universidade Federal do Pará e aprovada na data de 20.12.2021, CAAE 54162021.8.0000.0018. A pesquisa obedece à Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Com base nesta resolução, no que tange à busca de consentimento dos sujeitos envolvidos, foi esclarecido aos participantes que sua participação não implicaria nenhuma maleficência, nem explicitação de suas identidades ou avaliação de acerto e erro das opiniões e respostas dadas. Elaborado durante o estudo o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) com linguagem acessível, contendo informações sobre a pesquisa, em duas vias sendo que uma permaneceu com o pesquisador e outra que ficou de posse com os

participantes da pesquisa com o objetivo de informar sobre o conteúdo do estudo, solicitação de sua participação e autorização de gravação da entrevista.

A pesquisa apresenta os seguintes riscos: possível constrangimento em responder alguma pergunta e quebra de sigilo da identidade dos participantes. As mesmas tiveram as seguintes medidas minimizadoras: Garantia no sigilo em relação às respostas, as quais são confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, privacidade durante a coleta de dados, garantia da não identificação nominal no formulário e nem no banco de dados (utilizando apenas códigos: P e número de acordo com a ordem das entrevistas, a fim de garantir o sigilo da identidade dos participantes da pesquisa, esclarecer e informar a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, garantia de uma abordagem cautelosa respeitando seus valores, cultura e crenças, garantia ao participante da pesquisa o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento antes de responder as perguntas, para uma tomada de decisão informada.

Sendo solicitado no TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) em linguagem acessível a autorização para gravação da entrevista, sendo que a mesma ficara sob responsabilidade da pesquisadora durante o período de 24 meses e caso os participantes da pesquisa não quisessem continuar inclusos no estudo foi garantido a retirada do seu consentimento prévio, apagando todo e qualquer registro de dispositivo ou plataforma virtual e ambiente compartilhado ou simplesmente interrupção do preenchimento das respostas. Garantiu-se zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas assumindo o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual.

Considerando que a pesquisa é um componente central e indispensável para melhoria da saúde de uma população, podemos citar benefícios diretos e indiretos para os participantes e integrantes desta pesquisa: Indiretos: expansão de subsídios para construção de conhecimento em saúde e enfermagem, bem como para novas pesquisas ou elaboração de políticas públicas a serem desenvolvidas sobre esta temática. Diretos: maior bem-estar social desta comunidade, ganho de conhecimento, percepção e entendimento sobre questões relacionadas a saúde para esta população; considerando seus contextos locais, condições e prioridades de saúde.

## 7 RESULTADOS

### 7.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Esta pesquisa demonstra uma realidade muitas vezes desconhecida de municípios e comunidades que estão distantes dos grandes e médios centros urbanos dos estados e vivem com grande dificuldade de acesso a serviços de saúde por questões diversas e a busca pela solução dos problemas de saúde de acordo com suas características culturais.

No local de estudo há 120 famílias cadastradas e acompanhadas pelo sistema de saúde; dados que constam na prefeitura da região e relatado por dois ACS que são responsáveis pela cobertura da área, procurou-se atingir com o estudo o maior número de famílias possíveis com quantidade mínima definida em 50, que corresponde a 42% das famílias presentes na região; visitadas então 51 famílias, onde 38, (sendo representadas por um morador) aceitaram a participar da pesquisa, 07 moradores não aceitaram e 06 casas não havia moradores.

Em relação ao perfil sociodemográficos dos participantes que aderiram a pesquisa a maioria dos participantes era do sexo feminino (20/ 38) e (18/ 38) do sexo masculino. Maior aderência na faixa etária de 36- 59 anos (19/ 38), em seguida 25- 35 anos (09/ 38), a partir de 60 anos (06/ 38), de 18- 24 anos (04/ 38).

Em relação ao estado civil; participantes em união estável com número mais relevante (15/ 38), casados (13/ 38), solteiro (07/ 38) e outras classificações (03/ 38). Já analisando as moradias; casas mistas- alvenaria e madeira foram as prevalentes (18/ 38), em segundo madeira (16/ 38) e casas de alvenaria (04/ 38).

No item escolaridade observou-se maior número de pessoas com ensino médio completo (14/ 38), médio incompleto (03/ 38), fundamental completo (10/ 38), fundamental incompleto (04/ 38), superior completo (03/ 38), superior incompleto (01/ 38) e analfabetos (03/ 38).

### 7.2 ANÁLISE VIA IRAMUTEQ

No método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) proposto por Reinert (1990) e utilizado pelo software ALCESTE classifica os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas (palavras já lematizadas). Esta análise visa obter classes de UCE (Unidade

de Contexto Elementar) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente das UCE das outras classes.

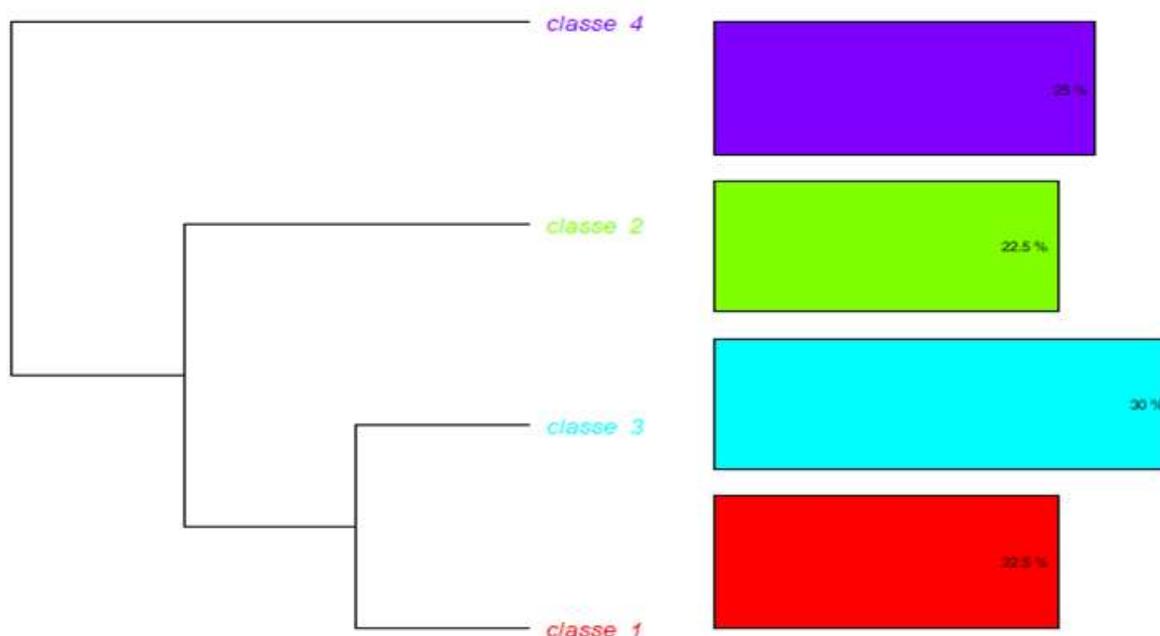
No software, os 38 textos analisados foram divididos em 53 segmentos de texto (ST), que são recortes realizados pelo software para análise. O corpus processado teve aproveitamento de 40 segmentos de texto (ST), isto é, apresentou retenção de 75,47% do material que foi levado à análise. Os manuais de utilização do IRaMuTeQ indicam que tal porcentagem deve ser, no mínimo, de 70%. Desse modo, o corpus analisado é representativo. O software contabilizou 1.697 ocorrências (proposições, palavras), sendo 371 formas distintas e 197 palavras com apenas uma ocorrência (hápx), divididos em 4 clusters coloridos.

No que concerne a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou Análise de Reinert, esta foi empregada para agrupar segmentos de texto e formar um esquema hierárquico de classes. A CHD tem como função inferir o conteúdo do corpus e compreender grupos de discursos ou ideias emergentes do texto. A análise de CHD obteve: Número de Textos n= 38; Número de Segmentos de Textos n=53; Número de Formas n= 471; Número de Ocorrências n= 1.697; Número de Formas Ativas n= 313; Número de Formas Suplementares n= 51; Número de Formas Ativas com Frequência  $\geq 3$  n=85; Número de Clusters n=4; Segmentos de Texto Aproveitados n= 40 (75,47%).

A análise do conteúdo processado gerou 4 classes descritas a seguir: Classe 1 (Vermelho), contendo 9 ST (22,5%); Classe 2 (Verde), com 9 ST (22,5%); Classe 3 (Azul), com 12 ST (30%) e Classe 4 (Lilás) com 10 ST (%). Essa distribuição de classes pode ser visualizada no dendograma gerado a partir do software IRaMuTeQ (Figura 05) e criado a partir da adaptação deste no Microsoft Word® (Figura 4) que demonstra as relações existentes entre as 4 classes. A denominação das classes se deu pela natureza das palavras agrupadas na CHD mediada pela aproximação com as categorias teóricas propostas para análise e inferidas pelo pesquisador.

Depois de percorrido todo este processo, o software organizou as palavras em um dendograma que demonstrou a quantidade e composição léxica entre as classes geradas. Desta forma, os Clusters foram divididos e agrupados em um dendograma divididos em quatro ramificações do corpus, conforme pode ser observado a seguir com as classes categorizadas pelo pesquisador e frequência das palavras.

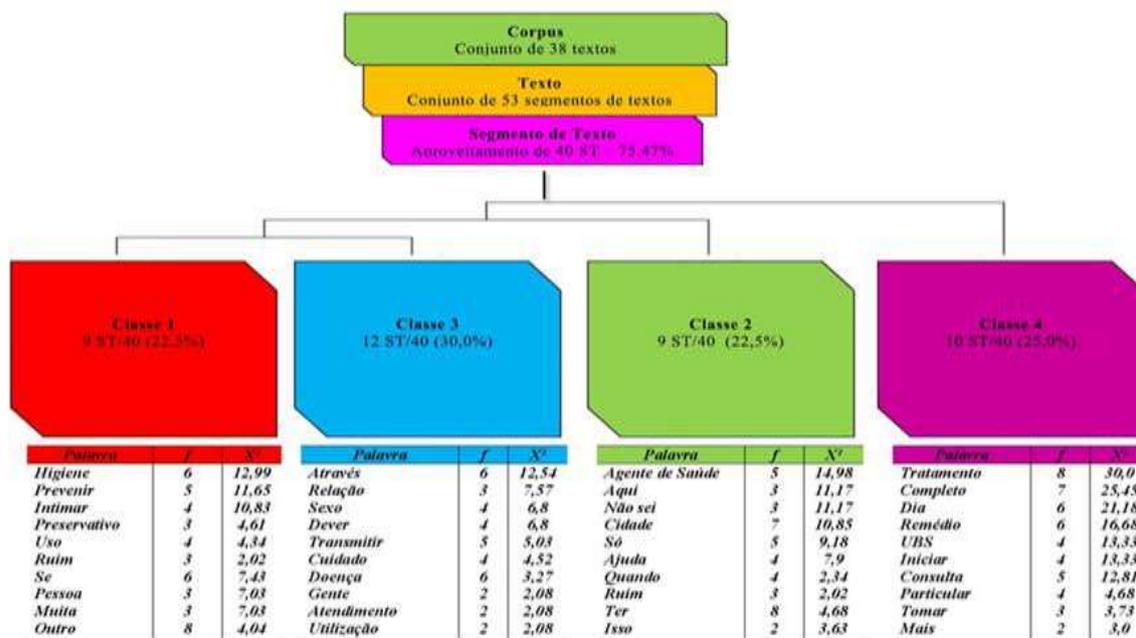
Figura 05: Dendograma de classe gerado no software IRaMuTeQ.



Fonte: Adaptado a partir da análise do Software IRAMUTEQ, 2022.

A CHD foi gerada a partir da análise do Corpus textual que foi formado a partir das ideias apreendidas das respostas dos participantes, onde, foi possível obter classes dos segmentos de textos que, ao mesmo tempo, apresentaram vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes, simultaneamente, calculando distâncias e proximidades a partir de testes Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), ou seja, demonstraram as relações existentes entre as classes. Cada classe foi compreendida como um conjunto de palavras que apareceram próximas umas das outras, com a formação de um segmento específico e que apontou pontos centrais do Corpus textual, além de se ter compreendido como os termos estavam associados entre si (SOUZA *et al.*, 2018).

Figura 06: Dendograma de classes adaptado do IRaMuTeQ e criado no Microsoft Word®.



Fonte: Adaptado a partir da análise do Software IRAMUTEQ, 2022.

### 7.3 CATEGORIAS EMERGENTES

As palavras foram analisadas no contexto das falas e objetivos da pesquisa para definição das categorias intituladas pelo pesquisador, conforme demonstra a figura (x) a seguir são descritas as classes: 1, 2, 3 e 4 de forma adaptada.

Figura X: Classes adaptadas do Software IRAMUTEQ com as categorias emergentes.



Fonte: Adaptado a partir da análise do Software IRAMUTEQ, 2022

### **Na categoria 01: Prática de cuidados**

Ressaltam-se as palavras localizadas na classe 1 via IRAMUTEQ: Higiene, prevenir, intimar, preservativo, uso, ruim, pessoa, muito, outro. Na prática de cuidados 85% informa que pratica de alguma maneira e 15% não. Nessa classe ficou evidente a presença forte de práticas populares em saúde durante a realização de cuidados, destacando-se as seguintes considerações:

*Lavar as partes íntimas. P4*

*Me resguardando não “femero” e sou tranquilo. P9*

*Tomo remédio para fungos e uso pomadas, tomo banho quatro vezes ao dia, faço preventivo todo ano, tomo garrafada, uxi amarelo com unha de gato, banho de assento com verônica. P11*

*Uso óvulos, tomo chá de verônica e andiroba, uso sabonete íntimo e uso chá de pirarucu. P13*

*Uso de preservativos. P22*

*Higiene, reparar onde sento, exames, uso chá de verônica, banho de assento. P30*

*Prevenção com chá de pau de verônica e banho de assento. P35*

### **Na categoria 2: Conhecimento em IST**

No item conhecimento em IST, observou-se que maioria dos participantes da pesquisa informou entender o que é IST (28/ 38) e (10/ 38) informaram não entender; houve as mais variadas respostas de acordo com a compreensão de cada participante, em relação a prevenção combinada em IST grande número (34/ 38) informa não entender o que é ou o que significa, (04/ 38) informam entender; na prática de cuidado (32/ 38) informam praticar de alguma forma e (06/ 38) informaram não realizar.

Na pesquisa notou-se grande relação da prática de cuidados relacionado apenas a higiene ou com práticas populares em saúde nas respostas dos participantes, o que não se pode descartar que o certo “isolamento/e ou distância” vivido por muitos moradores ribeirinhos pode contribuir para a busca de soluções alternativas na tentativa de minimizar problemas de saúde.

Em relação ao acometimento as IST, (31/ 38) participantes informaram não ter adquirido nenhuma IST e (07/ 38) afirmaram que sim; dos participantes que informaram o adoecimento em algum momento de sua vida, (04/ 07) iniciaram tratamento em casa e (03/ 38) nos serviços de saúde. Ainda considerando os 07 participantes: quanto ao tempo que levou entre sinais e sintomas e a busca do tratamento (05/ 07) demoraram dias, (01/ 07) meses e (01/ 07) anos; em relação a ajuda (05/ 07) foram ajudadas pelas profissionais da saúde, (01/ 07) pela família e (01/ 07) outros.

Ressaltam-se as palavras localizadas na Classe 3 via IRAMUTEQ: através, relação, sexo, dever, transmitir, cuidado, doença, gente, atendimento, utilização. Nesta classe, os participantes destacaram seu conhecimento sobre questões relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis, ainda se mostrando bastante frágil, destacando as seguintes considerações:

*Coceiras que as mulheres têm, infecções. P1*

*Uma doença transmissível mais pelo homem tem que ter mais higiene sexualmente. P4*

*Não entendo e não sei o que é. P8*

*Falta de higiene e não se prevenir. P12*

*Não sei o que é direito, sei que é doença através do sexo. P25*

*Doenças que são transmitidas pelo homem. P38*

### **Categoria 3: Acessibilidade aos serviços de saúde e a disponibilidade de tratamento**

Quanto ao acesso de saúde dos 07 participantes que responderam positivamente em relação ao acometimento de alguma IST, (05/ 07) demoraram dias entre o tempo de adoecimento e tempo gasto para procurar serviço de saúde, (01/ 07) meses e (01/ 07) anos; (02/ 07) tiveram dificuldade para tratar e (05/ 07) não.

A maioria demonstrou insatisfação em relação ao acesso aos serviços de saúde (36/ 38) e (02/ 38) demonstraram estar satisfeitos com acesso em saúde. Observou-se na região grande interferência religiosa em questões relacionadas à saúde, relatos de um 01 participante sobre o número expressivo de histerectomia na região.

Emergiram as seguintes palavras localizadas na classe 2 e 4 via IRAMUTEQ: Agente de saúde, aqui, não sei, cidade, ajuda, quando, ruim, tratamento, completo, remédio, UBS, iniciar, consulta, particular, tomar. Demonstrando que o acesso de saúde no local está mais

ligado a cidade central e sendo considerada pela maioria como uma acessibilidade ruim para os moradores da região; As dificuldades de tratamento estão relacionadas justamente a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, destacando-se as seguintes considerações:

*Dificuldades no acesso a serviço de saúde na cidade, até mesmo particular, ajuda somente do médico e esposo, gosto de tomar a garrafada pra saúde da mulher. P1*

*Tenho muita dificuldade em acesso em saúde por conta da distância para a cidade principalmente e por causa do transporte. P4*

*Os agentes de saúde aqui são ruins, acho que o acesso é bom para os serviços de saúde. P8*

*Tem dificuldade pois tem que ir pra igarapé miri madrugar na cidade para conseguir uma consulta não há serviço comunitário ou posto de saúde na região seria bom visitas com equipes de saúde para facilitar. P9*

*Até hoje espero um agente de saúde para tomar até vacina aqui só funciona particular no interior e tudo difícil. P13*

*É uma lastimação a nossa saúde, a gente luta ate para os políticos nos ajudarem, se a gente tivesse pelo menos um posto de saúde pra gente ser socorrido. P18*

*Ruim, era pra ter um posto de saúde pra nós, não há às vezes como chegar na cidade quando não tem embarcação. P23*

*Amiga me orientou e na igreja também há orientação, remédio só na cidade, saúde na região defasada, não há visita regular do agente de saúde, deveria ter ação de saúde na região. P28*

*Tive dificuldade pois não tive bom acesso a saúde pelo sus, devido ser pago no particular e eu não tinha dinheiro. P17*

*Não tive dificuldade. P21*

*Sim, tive medo porque isso nunca aconteceu antes, não tive orientação na minha região, tive dificuldade de acessar o serviço. P33*

## 8 DISCUSSÃO

### 8.1 VULNERABILIDADES DAS POPULAÇÕES RIBEIRINHAS E AS IST

As comunidades ribeirinhas da Amazônia paraense são caracterizadas por aspectos singulares da região como dos movimentos das águas. Assim como afirma Araújo *et al.* (2022) as águas têm relação direta com o modo de vida dos ribeirinhos seja para sua mobilidade humana e para consumo de gêneros alimentícios. Revelar, portanto, as condições inerentes às mobilidades das populações amazônicas são primordiais para entender os comportamentos, conhecimentos e as interações socioculturais, haja vista que vão determinar seus itinerários (POJO *et al.*, 2014; NASCIMENTO *et al.*, 2021; NASCIMENTO *et al.*; 2022). Logo, serão apontados os achados sobre condições de vulnerabilidade e o conhecimento e práticas populares sobre IST.

Para uma compreensão inicial, destaca-se que há um aumento da prevalência de IST na região Norte do Brasil, mais especificamente no Pará, que vem provocando grande preocupação, cujo fator adicional é o aumento das infecções pelo HIV em jovens entre 15 a 29 anos, sendo notificados mais de 68 mil casos de 2007 a 2018. Entre os anos de 2006 a 2016, a taxa de detecção de HIV e AIDS triplicou entre homens de 15 a 24 anos (BRASIL, 2018).

Um estudo epidemiológico realizado na região norte compreendendo a série histórica de 2009 a 2018, o qual tem como intuito descrever a distribuição e magnitude das situações de saúde das populações, através de uma análise de internações por IST na região, corrobora a situação epidemiológica citada. Argenta (2020) afirma que embora o ano de 2017 também tenha apresentado a maior frequência de internações, totalizando 12,89 casos para cada 100 internações, pode-se observar que houve um aumento significativo de internações hospitalares por IST a partir do ano de 2012 até 2017. Portanto, torna-se pertinente a busca por estratégias que visem a sensibilização e o conhecimento da população em relação à definição das doenças, modo de transmissão e tratamento (ARGENTA, 2020).

Destaca-se que o surgimento, disseminação e manutenção das IST estão diretamente interligados a vários fatores, dentre eles: a causa da transmissão e os fatores biológicos de cada infecção; os fatores e comportamentos de risco; a duração da infecção acompanhada pela influência de fatores socioeconômicos e culturais; além da qualidade da atenção em saúde e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2015; COSTA *et al.*, 2019; PERIM *et al.*, 2020).

Sobre isso Nogueira (2020) afirma em seu estudo, que não basta considerar os fatores de risco biológicos e individuais, mas sim considerar a diversidade dos fatores sociais, econômicos, culturais e geográficos que tornam uma população e/ou comunidade vulnerável a essas infecções. Nesse ínterim, determinantes sociais em saúde influenciam nas vulnerabilidades às IST, pois, condições de emprego, renda, moradia, arranjo familiar, a baixa escolaridade e as barreiras para o acesso aos serviços de saúde estão atrelados ao processo saúde-doença como apontado por outros autores (COSTA *et al.*, 2019; WERLE *et al.*, 2022).

Nesse contexto, Parmejiani *et al.* (2021) afirmam que enquadram-se os ribeirinhos, por apresentarem situações de vulnerabilidades que os fragilizam em questões relacionadas à morbidade e à atenção à saúde, interligadas a questões sócio históricas, características estas identificadas no percurso do estudo, assim como em outras pesquisas (POJO *et al.*, 2014; FERNANDES; MOSER, 2021). Refere-se a isto, pois, são indivíduos expostos às baixas condições socioeconômicas, o acesso limitado aos serviços de saúde, além das limitações relacionadas aos fatores geográficos e organizacionais (POJO *et al.*, 2014; GAMA *et al.*, 2018).

Nesta perspectiva é importante destacar que tais vulnerabilidades segundo Parmejiani *et al.* (2021) pressupõe que os ribeirinhos são susceptíveis a contraírem IST e não seguem um planejamento reprodutivo, por todas as condições citadas. Em paralelo, deve-se apontar um aspecto singular destas comunidades que é sua organização familiar, que envolve conhecimentos e práticas de cuidado entre os indivíduos que a compõem e pelas gerações e gêneros (SILVA *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2010).

Como já apontado, há déficits de dados relativos à prevalência de IST em famílias e indivíduos ribeirinhos e especialmente na região de Igarapé- Miri. O que sugere a necessidade de uma atenção maior a comunidade em questão e outras populações consideradas vulneráveis, aprimorando também a divulgação de informação sobre o estado de saúde de forma completa destas comunidades até para compreender as dinâmicas, assim como no estudo de Silva *et al.* (2010).

Questões relativas à condição de ruralidade amazônica e, adicionalmente, o clima tropical e a floresta com dimensões colossais, atrelados à proximidade do homem com tal ambiente; típicos da região foram devem nortear as políticas de saúde para estas regiões e as dinâmicas que a comportam (FIGUEIRA *et al.*, 2020; DOLZANE; SCHWEICKARDT, 2020). Logo, questões como déficit de acessibilidade são visivelmente observadas, considerando que há políticas públicas direcionadas a estes grupos e que as ações de saúde

deveriam ser identificadas, a fim de que as condições apontadas não fossem determinantes (SANTOS,2018).

Muitos são os desafios para promover a saúde das famílias ribeirinhas dadas as longas distâncias, dificuldades de transporte e comunicação e as precárias condições de saneamento que impedem muitas vezes o acesso aos serviços, aliado a isso a falta de profissionais acarreta o não cumprimento dos direitos à saúde e à universalidade da assistência (SANTOS, 2018; ARAÚJO *et al.*, 2022; TAKASHI, 2021).

Ainda sobre a condição de população em situação de vulnerabilidade (UTIDA *et al.*, 2021) as questões culturais e o modo de vida observados entre os ribeirinhos são importantes para entender as precariedades identificadas (NUNES *et al.*, 2022). Todo o processo de interação e crenças deste grupo, e a vulnerabilidade social são determinantes para diversos agravos, entre eles ao HIV/AIDS e a outras IST (UTIDA *et al.*, 2021). A vulnerabilidade social é uma condição que amplia a noção de risco comportamental (PEDROSA, 2018; SCOTT *et al.*, 2018).

Nestes termos, nota-se por meio de registros do SINAN, sobre Igarapé- Miri, em relação ao HIV houve de 1980 à 2021- 115 casos notificados na cidade de Igarapé- Miri, já em relação a Sífilis houve de 2010 à 2021- 21 casos notificados; houve 209 casos de hepatites notificados; onde há maior ênfase em relação a Hepatite A (178 casos), Hepatite B (27), Hepatite C (03 casos), Hepatite D (01 caso). Dentre as Hepatites virais, destacam-se as do tipo B e C por terem a via sexual como uma das formas de transmissão sendo inclusas no grupo das IST, além de serem as mais frequentes nas causas da hepatite crônica.

Destaca-se que a região possui IDH relacionado à vulnerabilidade social (ROSA; NAVARRO, 2018). Tal condição pode interferir em demandas relacionadas a escolhas e acesso a serviços, condicionada a influência de aspectos socioeconômicos, como a baixa escolaridade, a baixa renda e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, também são fatores determinantes para a manutenção e/ou para o surgimento de uma infecção (MACÊDO *et al.*, 2017), entre outros fatores, isto pode corroborar para a comportamentos de risco para IST (SILVA, 2018).

Como identificado a maioria dos participantes da pesquisa eram do sexo feminino por uma questão imposta pelo esposo das participantes em virtude desta ser a cuidadora do lar, condição observada no percurso da adesão a pesquisa. A questão do gênero entre estudos sobre IST revelam a frequente ocorrência e as consequências das IST entre mulheres e mostram a necessidade de uma abordagem sob a perspectiva de gênero, assim como fatores

biológicos, culturais, socioeconômicos, dificuldade de acesso aos insumos de prevenção e serviços (SILVA *et al.*, 2010; NUNES; MENDES, 2015).

O aumento de casos em mulheres tem apresentado resultados relacionados à resistência por parte dos parceiros na utilização do preservativo e muitas vezes a mulher acaba se tornando vulnerável (DHINI; SETIADI; WIBOWO, 2019). Além disso, existe a questão do início precoce da vida sexual, a baixa escolaridade, baixa renda e exposição a vários tipos de violência (CECCON; MENEGHEL, 2017). Estas questões são identificadas em outros estudos com mulheres ribeirinhas (CABRAL; CELLA; FREITAS, 2020).

Ressalta-se que tais condições relacionam-se a fatores culturais que apresentam em suas dinâmicas sociais elementos que diferem o homem e a mulher na perspectiva do comportamento sexual, pois em muitas regiões, há diferentes concepções entre comportamentos do sexo masculino ao feminino em relação ao ato sexual (SILVA *et al.*, 2010; LOURO *et al.*, 2018; SOUSA; GUEDES, 2016). O predomínio de infecção pelo HIV/AIDS pode surgir estando relacionado a uma resistência ao uso do preservativo relacionada com a crença de que o seu uso está associado com o baixo desempenho sexual e aparência física saudável do parceiro (SANTOS *et al.*, 2018).

Outro ponto a se destacar é a baixa escolaridade dos participantes. Em geral, as baixas condições socioeconômicas e as disparidades regionais podem ser considerados como fatores condicionantes para a vulnerabilidade individual das IST/HIV/AIDS, haja vista que o conhecimento sobre transmissão e prevenção dessas infecções é incipiente. Outros estudos também destacam como a escolaridade atrelada ao isolamento regional contribui para o déficit de conhecimento sobre IST (NASCIMENTO, 2017).

Em relação à faixa etária, o perfil encontrado apresenta-se em estudos com coinfeção com HIV (PEREIRA *et al.*, 2017). Sendo, portanto, um grupo etário de maior vulnerabilidade (CAMPOS, 2021).

Na localidade observou-se que o estado civil união estável ocorre com frequência e em idades precoces, assim como em outros estudos (BATISTA, 2020). Isso corrobora com para uma vida sexual precoce, busca de novas experiências e diferentes práticas sexuais e com uso irregular de preservativo, colocando-os a situações susceptíveis às IST (REIS, 2021; PINTO *et al.*, 2018).

O uso do preservativo nesses grupos tem sido apontado com um desafio. Pinto *et al.* (2018) afirma que particularmente as mulheres casadas têm baixa percepção de vulnerabilidade e, portanto, se acometidas por uma IST. De acordo com Santos (2018), o uso

do preservativo em relações estáveis ainda é um problema, tornando os indivíduos mais suscetíveis às IST, sendo um desafio para a saúde pública no controle das mesmas.

As condições de moradia estão diretamente ligadas ao ambiente no qual a comunidade está presente e condições de vida e trabalho (habitação) e está presente nos determinantes sociais em saúde questões envoltas por fatores culturais e pela ausência de saneamento básico (ARAÚJO *et al.*, 2022; PEREIRA, 2022).

Nessa perspectiva, é importante considerar os fatores relacionados à saúde da população, sendo este dividido em níveis interligados, que perpassam desde os fatores sociais, ambientais e culturais, em que a influência que um exerce sobre o outro determina a saúde do indivíduo (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2007). Corrobora neste aspecto a condição de A “vulnerabilidade” e o “ser vulnerável” arraiga concepções de uma maior suscetibilidade do indivíduo em relação aos danos e aos agravos à saúde (COSTA *et al.*, 2019). As condições apontadas podem influenciar significativamente o início precoce de vida sexual, tornando-os suscetíveis às IST (OYAMADA *et al.*, 2014).

Já em relação à escolaridade a maioria dos participantes possuía ensino médio completo, presente na região índice de analfabetismo, logo importante salientar que o baixo nível escolaridade pode influenciar na compreensão das campanhas para prevenção contra as IST (NASCIMENTO, 2017). A baixa escolaridade pode acarretar em prejuízos a adesão e compreensão terapêutica, devido as dificuldades na interpretação das informações oferecidas pela equipe de saúde e no reconhecimento da importância de realizar o tratamento adequado, e dificulta em uma melhor avaliação dos casos de infecção pelo HIV (SOARES *et al.*, 2017).

## 8.2 CONHECIMENTO, PRÁTICA DE CUIDADO ÀS IST E AS PRÁTICAS POPULARES EM SAÚDE

A diversidade de contextos interfere diretamente no processo de percepção, diferenciando os indivíduos com relação ao seu conhecimento sobre o HIV e seu comportamento (SOUZA, 2019). Sendo assim, esforços são necessários para lidar com os determinantes mais amplos de comportamento sexual, especialmente aqueles que se relacionam com o contexto social. Identificar as diferenças e suas especificidades é imprescindível no planejamento e implantação de políticas e programas voltados para o atendimento de grupos mais vulneráveis à exposição das IST (GOMES *et al.*, 2017).

No que tange conhecimento em IST, podemos observar que nos itens analisados: a maioria, 74%, informa que tem conhecimentos sobre IST, o que se distancia do conhecimento sobre prevenção combinada, haja vista que apenas 10% informa entender o que significado, situação semelhante a estudos com outros grupos (RIBEIRO *et al.*, 2017). O déficit de conhecimento é determinante para adquirir-se uma IST e quantificar até que ponto uma pessoa, possui a informação sobre IST é essencial para que intervenções sejam elaboradas, e assim, evitar um problema de saúde a ser contraído (REIS, 2021; TEIXEIRA; FIGUEIREDO; SASSI, 2015).

O conhecimento adequado sobre as IST/AIDS, em especial sobre sua forma de transmissão e prevenção, auxilia na redução da vulnerabilidade na exposição ao vírus HIV (CAMPOS, 2021). Vale ressaltar que tanto no Brasil quanto na América Latina, a epidemia da aids apresenta maiores índices entre a população feminina, mais jovem e pobre. A síndrome afeta cada vez mais mulheres que adquirem o vírus em suas próprias casas através dos maridos ou companheiros (PEREIRA *et al.*, 2017).

Assim, se enfatiza que a carência de informações a respeito das IST são fatores que favorecem as concepções errôneas e influenciam diretamente o comportamento feminino, mas é necessário perceber as dinâmicas dos indivíduos envolvidos (SILVA *et al.*, 2010; NASCIMENTO, 2017). Tais equívocos conceituais podem ser fundamentados em elementos culturais como, por exemplo, crenças, mitos e tabus que apresentam grande significado para os indivíduos, não representando fontes corretas e confiáveis de informações (NUNES; MENDES, 2015), assim como as questões de gênero (SILVA *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2010).

Em relação a práticas de cuidados nota-se que estes estão atrelados a dinâmicas culturais que expressam noções sobre saúde sexual e reprodutiva, que são representadas como “banho de assento”, “chás”, “garrafadas” e “ritos como do resguardo”. A partir dos achados é possível identificar os comportamentos permeados a cultura da comunidade, mas, sobretudo por representarem memórias e resistências de práticas culturais (DOMINGUES, 2021; BOAS; OLIVEIRA, 2020). Estudos têm apontado que práticas populares em saúde estão presentes no itinerário terapêutico destes grupos e são influenciadas por fatores culturais específicos de grupos que vivem em regiões das águas (CARREIRA; ALVIM, 2002; SILVA *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2019a).

As práticas populares são utilizadas em outros estudos no cuidado em IST de comunidades tradicionais, como o realizado por Lacerda, Figueira e Pinto (2018) onde é

citado a importância de incorporar nas práticas de atenção à saúde dessas populações, os saberes e os conhecimentos culturais que circulam em seus territórios; essas ações significam uma forma de manifestação cultural, presentes no cotidiano daqueles que buscam tratamento para além dos conhecimentos biomédicos e foram introduzidas oficialmente no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) e promovem a utilização de conhecimentos de pessoas experientes da família ou da própria comunidade que compõem um acervo de conhecimentos nesse campo, com experiências positivas na própria comunidade (ROCHA; AQUILANTE, 2020).

Embora alguns autores tenham sinalizado tais práticas populares sobre prática de cuidados com diversos gêneros, é importante frisar que a mulher dentro do universo familiar vem sendo apontado como membro que repassa conhecimentos atrelados ao modo de vida destes grupos, sendo um sistema de saberes perpassado entre gerações (SILVA *et al.*, 2010; PARMEJANI *et al.*, 2021). Estudos tem apontado comportamentos sobre saúde sexual e reprodutiva dessas mulheres, e portanto, é importante como tem realizado tais práticas observados os fatores socioculturais (HOLLANDA, 2021).

Nota-se, portanto, que as famílias possuem um conhecimento acerca de prevenção e prática de cuidados, apresentados por meio de práticas populares em saúde com o uso de recursos naturais. As práticas populares têm relação com os saberes das mulheres, o que representa a força e o modo de vida destas famílias (BOAS; OLIVEIRA, 2020; SOUZA, 2019). Pela perspectiva das práticas populares de cuidado as falas emergem atravessamentos de saberes produzidos por gerações sobre higiene e cuidado assim como identificado no estudo de Bagata (2018).

Em referência ao modo de entendimento sobre IST apontam com infecções, doença transmissível relacionada ao sexo, falta de higiene e transmitidas pelo homem. Percebe-se que há uma deficiência de conhecimentos sobre essas infecções assim como identificado em estudos com populações semelhantes (NASCIMENTO, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2017). Assim como é pontuado a relação com o comportamento sexual (HOLLANDA, 2021; PARMEJANI *et al.*, 2021) observadas questões socioculturais dos indivíduos de famílias ribeirinhas (SILVA *et al.*, 2006; SILVA *et al.*, 2010; POJO *et al.*, 2014).

A prática de cuidados aborda a questão do cuidado de si e seu plano de fundo que revela o cuidado com o corpo e uma maneira de lidar consigo mesmo e com suas próprias ações, como exemplo o cuidado voltado para a sexualidade humana, agora, de maneira mais

geral, acredita-se que o debate filosófico aplicado a área da saúde possibilita uma análise fértil de reflexões sobre o quão importante é a atitude do próprio homem no processo de sua conservação, pela consciência de si no mundo e em relação com os outros. A atitude de cuidado consigo é defendida como um ato que envolve e desdobra-se pelo cuidado com o mundo e com os outros, que também estão no mundo. Se pode dizer então que o cuidado de si, noção importantíssima do mundo antigo, trata-se de uma série de práticas que conduzem o homem a uma cultura de si mesmo, a uma vigilância sobre suas ações e uma contínua reflexão sobre elas (SILVA, 2018).

A higiene aparece no contexto da IST como prática de cuidado o que ocorre de forma precária nas pessoas em situação de vulnerabilidade onde se enquadra a população ribeirinha; algo que os torna mais susceptíveis a manifestar sintomatologia positiva para IST e outras doenças relacionadas às condições inapropriadas de higiene. As noções de higiene são variáveis de acordo com o contexto de cada indivíduo, sofrem influências pessoais, culturais e sociais. Logo, a educação em saúde se faz importante, pois a ausência de boas práticas de higiene gera riscos potenciais ao desequilíbrio da saúde íntima. A maioria das IST tem caráter tratável e curável, porém o tratamento relaciona-se com cuidados que envolvem acompanhamento multiprofissional, higiene pessoal e medicamentos adequados. O tema higiene e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são tão relevantes que compõem a Agenda da Mulher, documento oficial do Ministério da Saúde, que oferece noções básicas para prevenção de doenças, promoção da saúde e colaboração para a melhoria da qualidade de vida das mulheres brasileiras (SILVA *et al.* 2021; SANTOS *et al.*, 2017).

### 8.3 ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS RELAÇÕES COM O TRATAMENTO ÀS IST

A estratégia de ampliação do atendimento através da implantação das UBSs Fluviais, possibilitou que as calhas dos rios sejam percorridas pelas equipes, permitindo, assim, que serviços de saúde cheguem aos ribeirinhos (KADRI *et al.*, 2019). Segundo Gama *et al.*, (2018), um dos principais desafios relacionados às populações ribeirinhas ainda são referentes ao às dificuldades advindas das barreiras geográficas o que repercute na atenção primária, que deve compreender toda essa dinâmica por meio da acessibilidade em saúde (ARRUDA *et al.*, 2018; FIGUEIRA *et al.*, 2020; DOLZANE; SCHWEICKARDT, 2020).

Para isso há embarcações que comportam uma ou mais equipes de Saúde da Família Fluvial (UBSF), equipadas com os materiais necessários para atender à população ribeirinha com infraestrutura adequada para atendimento às populações (KADRI *et al.*, 2019; GARNELO *et al.*, 2020). A estrutura física deve atender integralmente os requisitos estabelecidos para as UBSF (PORTUGAL, 2020), o que comportaria as necessidades destas comunidades enquanto acessibilidade preconizada pelas políticas de saúde (FIGUEIRA *et al.*, 2020; DOLZANE; SCHWEICKARDT, 2020).

No entanto, áreas remotas ainda se constituem como grandes desafios à gestão, considerando as dificuldades de acesso geográfico e as questões sociais e econômicas das comunidades (RIBEIRO *et al.*, 2017). Além disso, outras dificuldades também são relevantes como: formação de profissionais voltada para áreas urbanas, escassez de financiamento e a falta de planejamento adequado para o perfil social e epidemiológico da região Amazônica (SILVA *et al.*, 2021d).

Em relação ao acesso, um número expressivo não está satisfeito com o acesso em saúde do local. Nos mais variados relatos informam não ter saúde no local e pedem “socorro” em tal situação, informam não estarem sendo acompanhados pelo agente de saúde e que questões religiosas dos profissionais que os acompanham interferem diretamente no acesso a serviços básicos e/ ou modos de prevenção em IST. Estudos sobre acesso a serviços de saúde na Amazônia têm apontado dificuldades de inserção de equipes nestes cenários, assim como da questão religiosa.

Sabe-se que a restrição de serviços demonstra a desigualdade e vulnerabilidade vivenciada pelo local (SILVA, 2020). Também fortalecem o deslocamento compulsório quando da necessidade de continuidade de atendimento em saúde, haja vista que devem se deslocar para a cidade central de Igarapé- Miri e muitas vezes precisam pagar para serem atendimentos em serviços particulares; o que demanda um custo financeiro em alguns momentos inviáveis, assim como observados em outros estudos (NASCIMENTO *et al.*, 2021; 2022).

As limitações sinalizadas compõem um contexto multifatorial, complexo e subjetivo, que podem implicar em diferentes aspectos no modo de vida dessas populações (RIBEIRO *et al.*, 2017). Distância para acessar os serviços de saúde, a duração da viagem, os custos com deslocamento além do impacto provocado pela necessidade de interromper as atividades de agricultura, pesca, entre outras, por vezes, as únicas fontes de renda nas comunidades. (SILVA, 2020).

O déficit dos serviços de saúde podem afetar o itinerários terapêutico das famílias (RODRIGUEZ *et al.*, 2021), haja vista que a renda já limitada dos ribeirinhos é um determinante importante no desfecho do problema de saúde, forçando os mesmos a recorrerem aos recursos disponíveis na própria comunidade, podendo agravar o problema de base, na tentativa de solucionar ou protelar a procura pelo serviço de saúde na expectativa de melhoria do quadro mórbido (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Outros estudos realizados com populações ribeirinhas da Amazônia evidenciaram que as questões geográficas interferem diretamente no acesso aos serviços de saúde quando em situações de IST (SOUZA, 2019a). Em outros países, como na Austrália, resguardadas as diferenças sociopolíticas, geográficas e culturais, as populações rurais também sofrem consequências negativas impostas pelas mesmas questões, evidenciando que características geográficas podem limitar o alcance aos serviços de saúde por essas populações (GAMA *et al.*, 2018).

No que tange dificuldades para tratar entre os participantes que relataram já ter sido acometidos por uma IST, identificou-se que a maior dificuldade está em relação a disponibilidade de consultas na cidade central e acesso viável para deslocamento ao local. O tempo é muito importante para identificação de agravos e o diagnóstico precoce quando das IST (GOMES *et al.*, 2020). A demora na busca de tratamento pode acarretar uma série de consequências. Sobre isso Pinto *et al.*, (2018) afirma que o tratamento inadequado das IST ou o não tratamento pode resultar em complicações diversas (GOMES *et al.*, 2020).

Outro ponto são os custos envolvidos para deslocamento, e a ausência de serviço público possibilita que os itinerários terapêuticos dialoguem para seguir buscando práticas de cuidado popular. Neste patamar, entidades religiosas também foram citadas como referências para orientações para prevenção às IST, demonstrando a influência religiosa sobre comportamentos sexuais e cuidado à saúde (COUTO, 2016; LÔ, 2022).

Destaca-se dois pontos: primeiramente como o isolamento geográfico é um fator determinante, assim como a ausência de serviços de saúde nestas localidades (CAVALCANTE, 2011; GARNELO, 2020; CASTRO, 2019; SANTOS *et al.*, 2021). A questão da dificuldade do deslocamento para fins de tratamento fora do domicílio mostra a carência da população, a ausência do estado e o déficit para articular a inserção de políticas direcionadas para a realidade local (ARAÚJO *et al.*, 2022; KADRI *et al.*, 2022). Há de se destacar nos achados que a adesão ao tratamento está vinculada a ausência de recursos financeiros e falta de orientação profissional. Isso evidencia que as questões socioeconômicas

são determinantes para a continuidade de cuidados extramuros (COSTA *et al.*, 2015; CASTRO *et al.*, 2019).

E, ainda, a presença de profissionais não qualificados para possibilitar que as IST não sejam rastreadas e por consequência subnotificadas nestes grupos familiares, fatos estes que demonstram as dificuldades de realizar ações para o cuidado de famílias ribeirinhas frente às IST. Logo, é necessário pensar em um conjunto de ações com estes agentes de saúde para facilitar o acesso da população aos serviços (LIMA *et al.*, 2021).

Outrora, quando da presença pontual de agentes de saúde, estes são considerados com conduta técnica negativa o que demonstra o déficit para conduzir ações de saúde para a realidade local. No entanto, é necessário pontuar que estes têm papel fundamental dentro destas regiões sendo necessário sua contínua qualificação (MELO *et al.*, 2019; WAWZYNIAK, 2009).

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou explorar o conhecimento das famílias ribeirinhas da comunidade do Rio Meruú sobre IST, identificando que este é limitado em função de condições de vulnerabilidades socioculturais e condições de acessibilidade em saúde. As condições econômicas desfavoráveis, aliadas ao ambiente em constante mudança e limitações geográficas, constituem barreiras para o acesso aos serviços de saúde e à melhoria das condições de vida dos ribeirinhos. A condição sociocultural da comunidade e o déficit de acessibilidade dos serviços de na região, dificultam os processos que envolvem o conhecimento sobre as IST, promovendo vulnerabilidades.

Notou-se que o déficit de conhecimento sobre as IST é, principalmente, a compreensão de seu modo de transmissão. Identificou-se que as práticas populares são mecanismos para cuidado em saúde, atreladas a uso de recursos naturais. Tais práticas prevalecem entre as mulheres que compõem as famílias da comunidade, sendo a mais prevalente a utilização de chás, banhos e das chamadas “garrafadas” para fins de higiene e prevenção de infecções vaginais. O uso de práticas populares em saúde também são reflexos da ausência de serviços, qualificação profissional e condições socioeconômicas para continuidade de tratamentos em outras localidades.

Entender a dinâmica desta população quanto às práticas relacionadas a saúde sexual, conhecer o que os autores estudam sobre o assunto foco e sendo de grande valia também adentrar realidades culturais e sociais que necessitam de maior visibilidade pelas autoridades responsáveis em garantir o acesso universal em saúde; porém concluiu-se ainda, que há um quantitativo relativamente baixo de estudos relacionando IST com comunidades tradicionais, especificamente o público foco que foi a comunidade ribeirinha amazônica.

Sugere-se assim a realização de novos levantamentos e pesquisas sobre IST em comunidades ribeirinhas considerando o conhecimento dos agentes de saúde e suas ações para prevenção e controle das IST. É necessário realizar novos estudos que considerem que a comunicação é primordial ao avanço da ciência, visto que é por meio dela que se torna possível a troca de informações e ideias entre indivíduos para o desenvolvimento do processo científico e disponibilização de conhecimento a população e respeitando sempre o saber popular.

O estudo apresenta elementos para nortear estratégias locais para essas comunidades ribeirinhas em suas demandas em saúde relacionadas às IST e cumprirá seu papel social em

demonstrar as maiores dificuldades contidas nas práticas vivenciadas no Rio Meruí, proporcionando auxílio na saúde reprodutiva dessa população. É possível, portanto, com os achados implementar ações e serviços de saúde na região para proporcionar conhecimentos adequados a esta população, com intuito de favorecer a prevenção das IST de forma ampla.

## REFERÊNCIAS

- ACAUAN, L. V. *et al.* Use of the Iramuteq® Software for Quantitative Data Analysis in Nursing: a Reflective Essay. **Revista Mineira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1–5, jun. 2020.
- ACIOLI, S. *et al.* Scientific and popular knowledge in Family Health Strategies from a hermeneutic-dialectic perspective. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n.4, p. 644-654, 2016.
- ALMEIDA, G. M. F. *et al.* Reflexões teóricas do cuidado transcultural de Leininger no contexto da Covid-19. **Rev Gaúcha Enferm**, v.42, n. especial, 2021.
- ANDRADE, A. N. S. J. **Projeto de intervenção: A educação permanente na qualificação da atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS, hepatites virais e tuberculose**. 2017. 22f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de especialização em Gestão da Política de DST/AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose – Modalidade a Distância) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. 2017.
- ARAGÃO, J. S. *et al.* Vulnerabilidade associada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.10, p.3143-3152, jul, 2016.
- ARAÚJO, A. C. Dia Mundial do HTLV-10 de Novembro. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, v.77, p.1-4, 2018.
- ARAÚJO, J.S.; DOS SANTOS, N.C.L.; DE CASTRO, N.J. Comunidade do Baixo Acará: realidades e desafios aos serviços de atenção à saúde. **Nova Revista Amazônica**, v.10, n.1, p.177-84, 2022.
- ARGENTA, L.B. *et al.* Estudo comparativo das internações por infecções sexualmente transmissíveis no Brasil, Norte e Roraima. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 94, n. 32, e-020063, 2020.
- ARRUDA, N.M.; MAIA, A.G.; ALVES, L.C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, e00213816, 2018.
- BAGATA, L. C. B. **Cuidado em saúde de mulheres ribeirinhas: relações de saber-poder no interior da Amazônia**. 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências da Sociedade) - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Sociedade, Universidade Federal do Oeste do Pará. Santarém. 2018.
- BARBOSA, K. F. *et al.* Fatores associados ao não uso de preservativo e prevalência de HIV, hepatites virais B e C e sífilis: estudo transversal em comunidades rurais de Ouro Preto, Minas Gerais, entre 2014 e 2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.28, n.2, p.1-12, 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Almedina, jun. 2011.

BATISTA, S.J.S. **Infecção por papiloma vírus e *chlamydia trachomatis* em amostras autocoletadas de mulheres de áreas rurais do médio Solimões, Amazonas**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amazonas. Manaus. 2020.

BELDA JÚNIOR, W. Donovanosis. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 95, n.6, p. 675-683, 2020.

BENZAKEN, A. S. *et al.* Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 118-126, jul, 2007.

BENZAKEN, A. *et al.* Hepatitis C elimination by 2030 is feasible in Brazil: a mathematical modelling approach. **Journal of Hepatology**, v. 68, p. S193, 2018.

BERT, F. *et al.* Cost-effectiveness of HIV screening in high-income countries: a systematic review. **Health Policy**, v. 122, n. 5, p. 533-47, 2018.

BERTONCELLO, A.; BADALOTTI, R. M.; KLEBA, M. E. Ação coletiva e políticas públicas: mulheres camponesas na construção da Política de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas. **Interações**, Campo Grande, v. 21, n. 3, p. 543-558, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**, v. 47, n. 35, p. 3-29, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016>. Acesso em: 09 abr. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo de uso zidovudina para tratamento do adulto com leucemia/linfoma associado ao Vírus HTLV-1**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/protocolo-de-uso-da-zidovudina-para-tratamento-do-adulto-com-leucemialinfoma-associado-ao>. Acesso em: 17 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo das ações do Departamento de Atenção Básica**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo\\_a\\_passo\\_dab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_a_passo_dab.pdf). Acesso em: 17 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV e AIDS, 2017**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>. Acesso em: 17 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/diretrizes-para-organizacao-do-cta-no-ambito-da-prevencao-combinada-e-nas-redes-de-atencao>. Acesso em: 17 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira (PCAP)**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>. Acesso em: 17 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Bolso das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/controlado\\_enfermedades\\_sexualmente\\_transmisibles.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/controlado_enfermedades_sexualmente_transmisibles.pdf). Acesso em: 17 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, HIV/Aids e Hepatites Virais. **Manual para o diagnóstico da sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para diagnóstico da sífilis**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis> Acesso em: 22 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://qualitr.paginas.ufsc.br/files/2018/08/manual\\_tecnico\\_hepatites\\_08\\_2018\\_web.pdf](https://qualitr.paginas.ufsc.br/files/2018/08/manual_tecnico_hepatites_08_2018_web.pdf). Acesso em: 17 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção combinada do HIV**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://telelab.aids.gov.br/index.php/biblioteca-telelab/item/download/119\\_d94614e0823cc22128d1eae3ace8eeeb](https://telelab.aids.gov.br/index.php/biblioteca-telelab/item/download/119_d94614e0823cc22128d1eae3ace8eeeb). Acesso em: 17 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_clinico\\_diretrizes\\_terapeutica\\_atencao\\_integral\\_pessoas\\_infecoes\\_sexualmente\\_transmisibles.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmisibles.pdf). Acesso em: 17 ago. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (PCDT-IST)**. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Sintomas da**

IST. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist/sintomas-das-ist> Acesso em: 09 abr. 2021.

[https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt\\_ist\\_final\\_revisado\\_020420.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf). Acesso em: 17 ago. 2022.

CABRAL, I.; CELLA, W.; FREITAS, S.R. Comportamento reprodutivo em mulheres ribeirinhas: inquérito de saúde em uma comunidade isolada do Médio Solimões, Amazonas, Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.44, n.127, p.1066-1078, out- dez. 2020.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil, Florianópolis, nov. 2018.

CAMPELO, C. L. *et al.* Cultura de segurança do paciente e cuidado cultural de enfermagem. **Rev enferm UFPE On line**, Recife, v.12, n.9, p.2500-2506, 2018.

CAMPOS, S.F. **Abrem-se as cortinas: o revelar das estratégias de saúde para o enfrentamento da transmissão vertical do HIV em Manaus**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) -Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Amazonas. Manaus. 2021.

CARDIAL, M.F.T. *et al.* Papilomavírus humano (HPV). **Femina**, v. 47, n. 2, p. 94-100, 2017.

CARNEIRO, F.F.; PESSOA, V.M.; TEIXEIRA, A.C.A. **Campo, floresta e águas: práticas e saberes em saúde [online]**. Brasília: Editora UnB, 2017.

CARREIRA, L.; ALVIM, N.A.T. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 24, p. 791-801, 2002.

CASTRO, N.J.C. **Medicina popular e desenvolvimento regional: registros e reflexões a partir da Princesa do Trombetas**. 2019. 443 f. Tese (Doutorado em Ciências: Desenvolvimento Socioambiental) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

CAVALCANTE, E.G.F. *et al.* Notificação de parceiros sexuais com infecção sexualmente transmissível e percepções dos notificados. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n.3, p. 450-457, 2016.

CAVALCANTE, I.M.S. **Acesso e acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia paraense: um olhar antropológico**. 2011. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. **Physis**, v.27, n. 4, p. 1087-1103, 2017.

CELUPPI, I. C. *et al.* Melhores práticas de gestão no cuidado ao HIV: *scoping review*. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 133, p. 571-584, 2022.

CHAGAS, A.T.R. O questionário na pesquisa científica. **Administração On Line**, São Paulo, v.1, n. 1, 2000. Disponível em: [https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1255609/mod\\_resource/content/0/O\\_questionariona\\_pesquisacientifica.pdf](https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1255609/mod_resource/content/0/O_questionariona_pesquisacientifica.pdf). Acesso em: 17 ago. 2022.

CHAN, M. **Global Hepatitis Report 2017**. Geneva: World Health Organization; 2017. 83 p.

CHAVES, M. Populações tradicionais: manejo dos recursos naturais na Amazônia. **Revista Praia Vermelha**, v. 19, n.2, p. 111-122, 2019.

COSTA, C.S. *et al.* Ilha do Combu: realidades e desafios. **Saúde e meio ambiente: revista interdisciplinar**, v.4, n.2, p.32-48, 2015.

COSTA, M. I. F. *et al.* Determinantes sociais de saúde e vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, v.72, n.6, p. 1673-1778, 2019.

COUTINHO, E. *et al.* O cuidado cultural na trajetória da enfermagem transcultural e competência cultural. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v.2, p. 1578-1587, 2017

COUTO, P.L.S. **A influência da religião católica no exercício da sexualidade e na prevenção do HIV/AIDS entre os/as jovens**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2016.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. **Arbetsrapport-Institutet för Framtidsstudier**, v.14, 2007.

DHINI, E. S.; SETIADI, A. A. P.; WIBOWO, Y. I. Profile of sociodemographics, sources of infection, antiretrovirals and CD4 counts on HIV/AIDS out patients in Turen Primary Health Centre, Indonesia. **Journal of Basic and Clinical Physiology and Pharmacology**, v. 30, n.6, p. 1-7, 2019.

DITTUS, P. J. *et al.* *Division of STD Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta GA, United States*. Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA no Instituto Nacional de Saúde. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7078010/>. Acesso em: 03 out.2022.

DOMINGUES, C. S. B. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, sp. 1, p.1-12, 2021.

DOURADO, I. P. Senso comum e Ciência: uma análise hermenêutica e epistemológica do senso comum de oposição. **Educar em revista**, Curitiba, v. 34, n. 70, p. 213-229, jul-ago. 2018.

DOLZANE, Rozenila S.; Schweickardt, Júlio C. Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020, e00288120, DOI: 10.1590/1981-7746-sol00288.

EL KADRI, M.R.; SCHWEICKARDT, J.C.; FREITAS, C.M. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2022, v. 26, e220056. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220056>. Acesso em: 28 set. 2022.

FEBRASGO (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia). **HPV**. 2017. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/120-hpv> Acesso em: 03 out.2022.

FERNANDES, J. S. N.; MOSER, L. Comunidades tradicionais: a formação sócio-histórica na Amazônia e o (não) lugar das comunidades ribeirinhas. **Revista Katálysis [online]**. 2021, v. 24, n. 3, pp. 532-541. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e79717>. Acesso em: 28 set. 2021.

FERREIRA, V. M.; GONÇALVES, E.; GONZAGA, L. M. O. Hepatites virais: epidemiologia dos casos notificados no Estado de Minas Gerais entre 2005 e 2014. **Revista Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 19, n.1, p. 71-78, jan-jun. 2017.

FIGUEIRA, M. C. S. *et al.* Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos. **Saúde em Debate [online]**, v. 44, n. 125, pp. 491-503, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012516>. Acesso em: 29 set. 2022.

FIGUEIREDO JÚNIOR, A. M. *et al.* O acesso aos serviços de saúde da população ribeirinha: um olhar sobre as dificuldades enfrentadas. **REAC/EJSC**, v. 13, p.1-8, 2020.

FONTES, B. M. *et al.* Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e Hepatites Virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v.22, n.4, p.1343-1352, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 43.ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

GABRIELSON, A.T. *et al.* Male genital dermatology: a primer for the sexual medicine physician. **Sex Med Rev**, v.7, n.1, p. 71-83, 2019.

GAMA, A. S. M. *et al.* A health survey in riverine communities in Amazonas State, Brazil. **Cad Saúde Pública**. v.34, n.2, p.1-16, 2018.

GARCIA, I. F. S.; HENNINGTON, É. A. HTLV: uma infecção estigmatizante? **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p.1-14, 2019.

GARNELO, L. *et al.* Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. **International Journal for Equity in Health**, v. 19, n. 1, 54, 2020.

GASPAR, A. M. *et al.* As estratégias de enfermagem adotadas para ultrapassar as barreiras culturais e linguísticas com pessoas culturalmente diversas – uma *scoping review*. **Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém**, v.8. n.1, p. 215-222, 2020.

GÓES, F. G. B. *et al.* Utilização do software IRAMUTEQ em pesquisa de abordagem qualitativa: relato de experiência. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v. 11, e63, p. 1-22, 2021.

GOGGIN, P. *et al.* Low prevalence of vaccine-type HPV infections in young women following the implementation of a school-based and catch-up vaccination in Quebec, Canada. **Hum Vaccin Immunother**, v.14, n.1, p. 118-23, 2018.

GOMES, N. S. *et al.* Saúde sobre Sífilis Gestacional: revisão narrativa. **SANARE (Sobral, Online)**, v.19, n.1, p. 113-120, 2020.

GOMES, R. R. F. M. *et al.* Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n.10, p.1-15, 2017.

GRANGEIRO, A. *et al.* O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, s.1, p. 43-62, 2015.

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciênc. Saúde Colet**, v.21, n.5, p. 1553-1564, 2016.

GUIMARÃES, A. F. *et al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v. 11, p. 1-7, 2020.

HOLLANDA, G.S. E de. *et al.* **Comportamento sexual de mulheres ribeirinhas: uma análise sobre atitudes e práticas sexuais e fatores associados**. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 2021.

INSTITUTO ECOBRASIL. **Comunidades Tradicionais: ribeirinhos**. 2018. Disponível em: [http://www.ecobrasil.eco.br/site\\_content/30-categoria-conceitos/1195-comunidades-tradicionais-ribeirinhos](http://www.ecobrasil.eco.br/site_content/30-categoria-conceitos/1195-comunidades-tradicionais-ribeirinhos) Acesso em: 26 out. 2022.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, SOCIAL E AMBIENTAL DO PARÁ- IDESP. 2013. Disponível em: <http://www.idesp.pa.gov.br/> Acesso em: 26 out. 2022.

KALININ, Y.; NETO, A. P; PASSARELLI, D. H. C. Sífilis: aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnóstico e tratamento. **Odonto**, v. 23, n. 45, p. 65-76, 2015.

LACERDA, L.T.; FIGUEIRA, K.C.N.; PINTO, M.L. Conhecimentos tradicionais dos povos indígenas da região pantaneira sul-mato-grossense sobre a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis. **Geofronter**, Campo Grande, n. 4, v. 3, p. 150-158, 2018.

LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família na perspectiva da área pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, n.5, p. 2621-2626, 2010.

LE MESSURIER, J. *et al.* Risk of sexual transmission of human immunodeficiency virus with antiretroviral therapy, suppressed viral load and condom use: a systematic review. **CMAJ**, v.190, n. 46, p.1350-60, 2018.

LIMA, J. G. *et al.* O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, e00247820, 2021.

LIMA, L. R. P. **Diagnóstico, epidemiologia e caracterização molecular do herpesvírus humano 2 em mulheres profissionais do sexo e gestantes**. 2017. 126 f. Tese (Doutorado) - Instituto Oswaldo Cruz, Pós- Graduação em Medicina Tropical, Rio de Janeiro, 2017.

LIMA, M. O.; SAMPAIO, M. G. V.; SANTOS B. S. A importância do diagnóstico precoce da tricomoníase e as principais técnicas utilizadas na confirmação da doença. **Revista Expressão Católica Saúde**, v.2, n.2, p. 4-8, 2017.

LIMA, R. S.; SILVA, C. N., Territorialidades, paisagem e modo no baixo Rio Meruú (Igarapé-Miri/ Pará). **Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Pará**, Belém, v. 1, n. 1, p. 55-75, 2014.

LIRA, T. M.; CHAVES, M. P. S. R. Comunidades ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. **Interações**, Campo Grande, v. 17, n. 1, p. 66-76, jan./mar. 2016.

LÔ, B. V. O. **Projeto de educação para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis com adolescentes cristãos/ãs protestantes**. 2022. Dissertação (Mestrado em Educação para a Saúde) - Escola Superior de Tecnologia da Saúde e Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra, Universidade de Coimbra. Coimbra, 2022.

LOPES, H. H.; MANDUCA, A. V. G. Diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 5, n. 1, p.58-61, 2018.

LOURO, G.L. **O corpo educado: pedagogia da sexualidade**. 4.ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

MACÊDO, V. C. *et al.* Risk factors for syphilis in women: case-control study. **Rev Saude Publica**, v.51, n.78, p.1-12, 2017.

MARQUES, J. V. S. *et al.* Análise sociodemográfica das hepatites virais no Estado do Ceará. **Sanare (Sobral, Online)**, v.18, n. 2, p. 26-33, 2019.

MASHA, S. C. *et al.* Trichomonas vaginalis and HIV infection acquisition: a systematic review and meta- analysis. **Sex Transm Infect**, [S.l.], p.1-7, 2018.

MELLO, V. R. C. *et al.* Oficinas de prevenção combinada ao HIV/Aids na região do Partenon/Lomba do Pinheiro em Porto Alegre. **Rev. Elet. Cient. da UERGS**, v. 5, n. especial, p. 182-190, 2019.

- MELO, A. L.; SEVERINO, S. S.; CAVALCANTE, S. Diagnóstico e tratamentos de doenças associadas à infecção por vírus linfotrópico da célula T humana 1 –HTLV 1. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 8, n. 1, p. 111-123, jan.-jun. 2017.
- MENDONÇA, F. D. *et al.* Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica. **Journal Health NPEPS**, v.5, n.1, p.20-37, 2020.
- MENDONÇA, R.C.M.; ARAÚJO, T. M. E. Métodos contraceptivos: a prática dos adolescentes das escolas agrícolas da Universidade Federal do Piauí. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.4, p.863-71, 2009.
- MINAYO, M. C. S. Pesquisa social qualitativa para compreensão da COVID-19. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 3, p. 4-5, 2020.
- MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, n. 40, p.139-153, 2018.
- MINAYO, M. C. S.; COSTA, A. P. **Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia: pesquisa qualitativa em ação**. São Paulo: Hucitec, 2019.
- MONEY, D, STEBEN, M. Genital herpes: gynaecological aspects. **J Obstet Gynaecol Can**, v. 30, n. 4, p. 347-353, 2017.
- MOODLEY, D. *et al.* Pregnancy outcomes in Association with STDs including genital HSV-2 shedding in a South African cohort study. **Sex Transm Infect**. v.93, p. 460-466, 2017.
- MUKANYANGEZI, M. F. *et al.* Screening for human papillomavirus, cervical cytological abnormalities and associated risk factors in HIV- positive and HIV- negative women in Rwanda. **HIV Med**, v. 19, p. 152-166, 2018.
- NASCIMENTO, M.T.A.; CARVALHO, J.F.C.; CASTRO, N.J.C. Ir e vir de uma comunidade quilombola em meio a pandemia. **Revista Anthropológicas Visual**, v.7, n.2, 2021.
- NASCIMENTO, M. T. A. *et al.* Cenas e cenários de uma comunidade Quilombola na Amazônia Brasileira: entre cultura e iniquidades. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v.12, n.79, 11115–11128, 2022
- NASCIMENTO, V. B. *et al.* Vulnerabilidades de mulheres quilombolas no interior da Amazônia às infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência. **Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 2, n.1, p. 68-73, 2017.
- NASCIMENTO, V. B. **Vulnerabilidade de mulheres quilombolas do RIO TROMBETAS (PA); /às infecções sexualmente transmissíveis HIV/AIDS**, São Paulo, 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de São Paulo. São Paulo. 2017.
- NEVES, R.G. *et al.* Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.26, n.3, p.443-454, jul-set. 2017.

NOGUEIRA, W. P. **Prevalência e fatores associados à infecção por sífilis, HIV, hepatite B e C em população ribeirinha**. 2020. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

NUNES, B. B. S.; MENDES, P. C. Políticas públicas de saúde reprodutiva: contexto histórico e implicações na maternidade em Uberlândia- MG. **Caminhos Geogr**, Uberlândia, v.16, n.53, p.81-100, 2015.

NUNES, J.G, S. **Desafios para promoção da saúde da população ribeirinha**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente. Ariquemes. 2021.

NUNES, J. G. S. *et al*. População ribeirinha e promoção da saúde. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, Ariquemes, v.13, ed. esp., 2022.

O'FARRELL, N.; MOI, H. European guideline on donovanosis. **Int J STD AIDS**, v.27, n.8, p. 605-7, 2016.

OLIVEIRA, C.T; **Pandemia da Covid-19: reflexões sobre a sociedade e o planeta** [recurso eletrônico] / Organizador: Eduardo Cambi. — Documento eletrônico. — Curitiba: Escola Superior do MPPR, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Organização Mundial da Saúde - OMS. **Plano de ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis** [Internet]. Washington, D.C.: OPAS, OMS; 2016. 401 p. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34077/CD552017por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OYAMADA, L. H. *et al*. Gravidez na adolescência e o risco para a gestante. **BJSCR**, v.6, n.2, p.38-45, 2014.

PARMEJANI, E.P. *et al* **Sexual and reproductive health in riverine communities: integrative review**. *rev esc enferm usp*. 2021;55:E03664. Disponível em: <HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S1980-220X2019033103664>

PASCOAL, I. L. *et al*. *Trichomonas vaginalis* as a co-factor in HIV propagation in women: a review of the literature. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.5, p. 52660-52673, 2021.

PASSOS, M.A. *et al*. Atuação do enfermeiro na prevenção das infecções sexualmente transmissíveis no programa de saúde do adolescente: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v.15, pp. 41-54, 2018.

PAULA, M.C.; VIALI, L.; GUIMARÃES, G.T.D. Pesquisa Qualitativa como área para um crescente uso de CAQADS na análise textual: ocorrências e possibilidades delineadas (2004-2015). v. 1 (2016): Atas - Investigação Qualitativa em Educação.

PEDROSA, S.M.; CHAVEIRO, L. **Vulnerabilidades e estratégias de enfrentamento na condição de portador do HIV**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Centro Universitário de Anápolis. Anápolis. 2018.

PEELING, R.W. *et al.* Syphilis. **Nat Rev Dis Prim**, v.3, n. 17073, 2017.

PEREIRA, A. L. **Famílias quilombolas: história, resistência e luta contra vulnerabilidade social, insegurança alimentar e nutricional na comunidade Mumbuca- Estado de Tocantins**. 1 ed. -E-book- Jundiá, SP: Paco Editorial, 2022.

PEREIRA, J. S. **Deteção de *Chlamydia trachomatis* em amostras endocervicais de mulheres HIV soropositivas de Palhoça/SC**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Florianópolis, 2016.

PEREIRA, K.T.; FERREIRA, V. Infecção por *chlamydia trachomatis* em mulheres jovens sexualmente ativas: uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – Bjsr**, v.35, n.1, pp.104-108, 2021.

PEREIRA, M. G. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes HIV (+) com idade entre 19 e 59 anos, atendidos na policlínica municipal de Gurupi-TO. **Revista Cereus**, v.9, n.1, p. 178-192, 2017.

PERIM, L.F. *et al.* Fatores sócio ecoculturais das infecções sexualmente transmissíveis: um enfoque na educação em saúde. **Research, Society and Development**, v.9, n.3, e115932140, 2020.

PINHEIRO, I.G.B. **Avaliação da sexualidade e perfil sociodemográfico de mulheres infectadas pelo HIV no município de Imperatriz- MA**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) -Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz. 2018.

PINTO NETO, L. F. S. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, spe. 1, p. 1-16, 2021.

PINTO, V. M. *et al.* Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.7, p. 2423-2432, 2018.

PREFEITURA DE IGARAPÉ-MIRI. **A história de Igarapé- Miri**. 2019. Disponível em: <https://igarapemiri.pa.gov.br/o-municipio/historia/> Acesso em: 26 out. 2022.

PREFEITURA DE IGARAPÉ-MIRI. **A história de Igarapé- Miri: criação do Município, Vila e Cidade de Igarapé-Miri**. 2017. Disponível em: <https://igarapemiri.pa.gov.br/o-municipio/historia/> Acesso em: 26 out. 2022.

POJO, E. C.; ELIAS, L. G. D.; VILHENA, M. N. As águas e os ribeirinhos – beirando sua cultura e margeando seus saberes. **Revista Margens Interdisciplinar**, v.8, n.11, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18542/rmi.v8i11.3249> Acesso em: 21 nov. 2021.

QUEIROZ, M .K. S., *et al.* Fluxos assistenciais e a integralidade da assistência à saúde de ribeirinhos, **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, e26706, 2018.

REIS, E. C. E dos. **Diversidade, sexualidade e especificidade cultural em materiais educativos: caracterização e análise do contexto sociocultural e da rede de ensino em Santarém, Pará**. 2021. 211 f. Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Santarém-PA. 2021.

RIBEIRO, L.L. *et al.* **Vulnerabilidades de pescadores de comunidades ribeirinhas às Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Revista Cubana de Enfermería, v. 33, n. 3, 2017.

RIOS, E.R.G. *et al.* Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 501-509, abr. 2007.

ROCHA, L.S.; AQUILANTE, A.G. Práticas populares de saúde no cuidado: prevalência de utilização em um distrito do interior do estado de São Paulo. **Rev. Ed. Popular**, Uberlândia, Edição Especial, p. 29-47, jul. 2020.

RODRIGUES, C.A.C.; OLIVEIRA, L.; GARCIA, P. G. Prevalência de Infecções por *Neisseria Gonorrhoeae* em Gestantes: Uma Revisão Sistemática, **Rev Bras Cien Med Saúde**, v.6, n.6, p.1-5, 2018.

RODRIGUEZ, J.M. *et al.* Itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças crônicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n.4, e310416, 2021.

ROSA, C.R.A.A.; PINHEIRO, I.G.B. **Avaliação da sexualidade e perfil sociodemográfico de mulheres infectadas pelo HIV no município de Imperatriz- MA**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal do Maranhão. Imperatriz. 2017.

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, pp. 143-60, 2018.

ROWLEY, J. *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates. **Bull World Heal Organ**, v.97, n.8, p.548-562, 2016.

SÁ, R. O.; SÁ, I. M. L. C.; GOMES JÚNIOR, A. L. Diagnóstico molecular do papiloma vírus humano (HPV): uma prospecção tecnológica. **Revista GEINTEC**, São Cristóvão, v. 6, n. 1, p. 2851-2860, 2016.

SANTOS, C. M. A. *et al.* Conhecimentos, atitudes e prática de homens sobre infecções sexualmente transmissíveis. **Cogitare Enfermagem**, v.23, n. 1, e54101, 2018.

SANTOS, I.O. *et al.* Avanços e desafios na saúde das populações ribeirinhas na região amazônica: uma revisão integrativa. **Rev. APS.**, v.24, supl 1, p.185 -99, 2021.

SANTOS, J. S. **Conhecendo a Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de dois grupos de idosos.** 2018. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa. 2018.

SANTOS, L.M. *et al.* Prevalência da infecção endocervical de *Chlamydia trachomatis* em universitárias do estado do Pará, Região Amazônica, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**, v.8, n.3, pp.27-33, 2017.

SANTOS, S. L. F.; SILVA, J. M. G. da ; FONTELES, M. M. de F. Educação em saúde sobre higiene íntima da mulher e infecções sexualmente transmissíveis: relato de experiência. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 2, n. 2, p. 1-5, jul./dez. 2017.

SAUERBREI, A. *et al.* Database on natural polymorphisms and resistance-related non-synonymous mutations in thymidine kinase and DNA polymerase genes of herpes simplex virus types 1 and 2. **J Antimicrob Chemother**, v. 71, n. 1, p. 6-16, 2016.

SAUERBREI, A. Herpes Genitalis: Diagnosis, Treatment and Prevention. **Geburtshilfe Frauenheilkd**, v. 76, n. 12, p. 1310-1317, 2016.

SCHLICKMANN, M.; PREUSS, D.; PAULETTI, M. Saúde e Ambiente para as Populações do Campo das Florestas e das Águas. **Aletheia**, v.52, n.2, p. 226-229, jul-dez. 2019.

SCHUMANN, J. A. *et al.* Trichomoniasis. **PMC**, [S. 1.], p. 00-01, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534826/> Acesso em: 28 mai. 2022.

SCOTT, J.B. *et al.* O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Psicol. rev.** Belo Horizonte. v. 24, n.2, p. 600-615, ago. 2018.

SEÑA, A.C. *et al.* Rate of decline in nontreponemal antibody titers and seroreversion after treatment of early syphilis. **Sex Transm Dis**. v.44, n.1, p. 6-10.

SILVA, B. B. *et al.* “Formando multiplicadores para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis” e impacto na formação de acadêmicos de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, v.17, n.4, p. 361-369, 2018.

SILVA, E. R. *et al.* Transculturalidade na enfermagem baseada na teoria de Madeleine Leininger. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v.13, n.2, p.1-8, out-fev. 2021a.

SILVA, F. G. O cuidado de si na saúde: um olhar pedagógico sobre o outro e sobre o mundo. **Cadernos Cajuína**, v.3, n.1, p. 157-169, 2018.

SILVA, I.R. Modo de vida ribeirinho: construção da identidade amazônica. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, VIII, 2017, São Luís. **Artigo...** São Luís: 2017. 1-12. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo12/mododevidaribeirinhoconstrucao daidentidadeamazonica.pdf> Acesso em: 26 out. 2022.

SILVA, J. B. *et al.* Educação em saúde sobre autocuidado íntimo e ISTs para mulheres em situação de vulnerabilidade. **Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde**, n.6, p.1-6, 2021b.

SILVA, J. W. S. B. *et al.* Mandala da Prevenção Combinada: ferramenta pedagógica no enfrentamento das infecções sexualmente transmissíveis, aids e hepatites virais em Pernambuco. **Revista Saúde em Redes**, v. 7, n.2, p. 1-15, 2021c.

SILVA, L. A. N. *et al.* Abaré I: Atenção Básica em contextos ribeirinhos na região Oeste do Pará. **Revista Saúde em Rede**, v. 7, sp. 2, p. 161-174, 2021d.

SILVA, R.A *et al.* Breve histórico da sífilis e evolução do diagnóstico laboratorial no período de 2005 a 2016. **Rev Inst Adolfo Lutz**. São Paulo, v.79, e1793, 2020.

SILVA, S. S. C. **Estrutura e dinâmica das relações familiares de uma comunidade ribeirinha da região amazônica**. 2006. 333 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

SILVA, S. S. C. *et al.* Rede social e papéis de gênero de casais ribeirinhos de uma comunidade amazônica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa [online]**., v. 26, n. 4, pp. 605-612, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000400004>. Acesso em: 28 set. 2022.

SOARES, J. P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para o HIV/AIDS em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. **Arq. Catarin Med.**, v. 46 n. 4, p.182-194, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA-SBP. Guia Prático de Atualização. Departamentos Científicos de Adolescência e Infectologia. **Infecções Sexualmente Transmitidas na Adolescência**, n.6, 2018. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/21188b-GPA\\_-\\_Infec\\_Sexual\\_Transmiss\\_Adolesc.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21188b-GPA_-_Infec_Sexual_Transmiss_Adolesc.pdf) Acesso em: 26 out. 2022.

SOUSA, L. P.; GUEDES, D.R. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Estudos Avançados**. v.30, n.87, p.123-139, 2016.

SOUSA, S. R. G. *et al.* Overview of viral hepatitis: a current study. **Research, Society and Development**, v.9, n.9, e446997443, 2020.

SOUZA, C. R. *et al.* Práticas populares de saúde no cotidiano das famílias ribeirinhas da comunidade foz do rio Mazagão Velho, Amapá, região Amazônica Brasileira. **Braz. J. Hea. Rev**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 1495-1509, mar./abr. 2019a.

SOUZA, L. B. **Pelo direito à saúde: vulnerabilidades, percepções e práticas de cuidado na atenção básica à saúde no contexto rural**. 2019. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019b.

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, p. e03353, 2018.

TAKAHASHI, C.L. **Condições de vida e saúde de ribeirinhos da Floresta Nacional de Pau Rosa, Maués Amazonas-Brasil**. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia para Recursos Amazônicos), Programa de Pós-graduação em Ciência e Tecnologia para Recursos Amazônicos, Universidade Federal do Amazonas. Itacoatiara. 2021.

TEIXEIRA, L. O.; FIGUEIREDO, V.L.; SASSI, R.A. Adaptação transcultural do Questionário sobre Conhecimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis para o português brasileiro. **J. Bras. Psiquiatr.** v.64, n.3, p. 247-56, 2015.

TRINDADE, L. N. M. *et al.* Infecção por HIV em gestantes e os desafios para o cuidado pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.74, n.4, e20190784, 2021.

UTAGAWA, M. L.; ARAÚJO, I. M. C. Importância do diagnóstico precoce da *Chlamydia trachomatis*. **Rev. bras. anal. clin.**, v.53, n.3, p. 239-244, 2021.

UTIDA, E.G. *et al.* Incidência das infecções sexualmente transmissíveis (IST's) da população privada de liberdade. **Revista Saúde & Ciência**, v. 10, n. 1, p. 30-41, 2021.

VENTER, J. M. *et al.* Comparison of an in-house realtime duplex PCR assay with commercial nn HOLOGIC® APTIMA assays for the detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in urine and extra-genital specimens. **BMC infectious diseases**, v.19, n.1, p.6, 2019.

WAWZYNIAK, J.V. Agentes Comunitários de Saúde: Transitando e atuando em diferentes racionalidades no rio Tapajós, Pará, Brasil. **Campos-Revista de Antropologia**. v.10, n.2, p.59-81, 2009.

WERLE, J.E. *et al.* HIV/AIDS and the social determinants of health: a time series study. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 75, n. 04, e20210499, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0499>. Acesso em: 28. set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. 64 p. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en> Acesso em: 21 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Hepatitis Report**. 2017. Genova: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sexually Transmitted Infections (STI)**, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections> Acesso em: 09 abr. 2021

WRIGHT, L. M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Título do estudo: **Conhecimento de famílias ribeirinhas relacionado às infecções sexualmente transmissíveis**

Pesquisadoras responsáveis: Prof. Dra Nádile Juliane Costa de Castro e Mestranda Nyvia Cristina dos Santos Lima

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Pará- UFPA

Telefone para contato: 981457801

Locais da coleta de dados: Comunidade moradora Rio Meruú

Prezado (a) participante:

- Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida participar.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**Objetivo do estudo:** Explorar o conhecimento de famílias ribeirinhas da comunidade Rio Meruú relacionado a IST.

**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do formulário apresentado anteriormente a seu aceite.

**Benefícios:** Indiretos: expansão de subsídios para construção de conhecimento em saúde e enfermagem, bem como para novas pesquisas ou elaboração de políticas públicas a serem desenvolvidas sobre esta temática. Diretos: maior bem-estar social desta comunidade, ganho de conhecimento, percepção e entendimento sobre questões relacionadas a saúde para esta população; considerando seus contextos locais, condições e prioridades de saúde.

**Riscos:** Possível constrangimento em responder alguma pergunta e quebra de sigilo da identidade dos participantes.

A presente pesquisa realiza as seguintes medidas minimizadoras: Garantia no sigilo em relação às respostas, as quais são confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, privacidade durante a coleta de dados, garantia da não identificação nominal no formulário e nem no banco de dados (utilizando apenas códigos: P e número de acordo com a ordem das entrevistas, a fim de garantir o sigilo da identidade dos participantes da pesquisa, esclarecer e informar a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, garantia de uma abordagem cautelosa respeitando seus valores, cultura e crenças, garantia ao participante da pesquisa o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento antes de responder as perguntas, para um tomada de decisão informada.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelas pesquisadoras responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados deste estudo forem divulgados em qualquer forma, será garantido a não identificação nominal no formulário e nem em banco de dados (utilizando apenas códigos para controle), a fim de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa.

Solicitamos sua autorização para gravação da entrevista (áudio) através do gravador de dispositivo celular utilizado exclusivamente para este registro, onde a mesma ficará sob-responsabilidade das pesquisadoras responsáveis durante o período de 24 meses e caso você não queira continuar incluso no estudo será garantido a retirada do seu consentimento prévio, apagando todo e qualquer registro de dispositivo, plataforma virtual e ambiente compartilhado ou simplesmente interrupção do preenchimento das respostas e não arquivamento do formulário. Será garantido o zelo pelo sigilo dos dados fornecidos e pela guarda adequada das informações coletadas assumindo o compromisso de não publicar o nome dos participantes (nem mesmo as iniciais) ou qualquer outra forma que permita a identificação individual.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu (NOME) \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Igarapé- Miri, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Assinatura do participante de pesquisa, N° identidade.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

---

Pesquisadora responsável- Mestranda Nyvia Cristina dos Santos Lima

---

Pesquisadora responsável- Prof. Dra. Nádile Juliane Costa de Castro

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados por formulários semiestruturados. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ ICS - Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá. CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel. 3201-8349 E-mail: cepccs@ufpa.br

## APÊNDICE B- CRONOGRAMA

| TAREFAS               | PRAZOS/2021 |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
|-----------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|
|                       | JAN         | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGOS | SET | OUT | NOV | DEZ |
| Elaboração do Projeto |             |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
| Revisão Bibliográfica |             |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
| Encaminhamento ao CEP |             |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
| Qualificação          |             |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |

| TAREFAS                    | PRAZOS/2022 |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
|----------------------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|
|                            | JAN         | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGOS | SET | OUT | NOV | DEZ |
| Coleta de dados            |             |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
| Análise de dados           |             |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
| Discussão dos resultados   |             |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
| Elaboração da dissertação  |             |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |
| Sustentação da dissertação |             |     |     |     |     |     |     |      |     |     |     |     |

**APÊNDICE C- ORÇAMENTO**

| <b>MATERIAL DE CONSUMO</b>    |                   |                       |                    |
|-------------------------------|-------------------|-----------------------|--------------------|
| <b>Material</b>               | <b>Quantidade</b> | <b>Valor Unitário</b> | <b>Preço Total</b> |
| <b>Lápis</b>                  | 02                | 0,50                  | 1,00               |
| <b>Caneta</b>                 | 02                | 1,00                  | 2,00               |
| <b>Resma de Papel A4</b>      | 01                | 19,00                 | 19,00              |
| <b>Cartuchos de tintas</b>    | 02                | 22,00                 | 44,00              |
| <b>MATERIAL PERMANENTE</b>    |                   |                       |                    |
| <b>Pen driver</b>             | 02                | 20,00                 | 40,00              |
| <b>SERVIÇOS TERCEIRIZADOS</b> |                   |                       |                    |
| <b>Impressão</b>              | 50                | 0,10                  | 5,00               |
| <b>Xerox</b>                  | 100               | 0,10                  | 10,00              |
| <b>Transporte</b>             | 06                | 20,00                 | 120,00             |
| <b>Total</b>                  | -                 | -                     | 241,00             |

## APÊNDICE D- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### FORMULÁRIO CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

1. Código do participante: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_ (Anos)
3. Sexo:  Masculino  Feminino
4. Estado civil:  Casado(a)  Solteiro(a)  União Estável  SR
5. Tipo de moradia:  Madeira  Alvenaria  Mista – Madeira+ Alvenaria  Barro  Outro
6. Escolaridade:  Analfabeto  Fundamental Incompleto  Fundamental Completo  
 Médio Incompleto  Médio Completo  Superior Incompleto  Superior Completo

#### SOBRE O OBJETO DE ESTUDO:

1-O que você entende por Infecção Sexualmente Transmissível (IST)?

2-Você sabe o que é prevenção combinada em IST?

Sim  Não

3-Fale o que você faz para cuidar de você para evitar IST.

4-Você já pegou alguma IST? Se sim, quais sintomas?

Sim  Não

5-Se você já teve alguma IST; como iniciou o tratamento? (remédios, chás, banhos de assento). Qual foi o serviço de saúde que você procurou quando percebeu que estava com essa doença? Ou tratou inicialmente em casa ou de outra forma?

6-Quando percebeu que estava doente, quanto tempo você gastou para ir procurar um serviço de saúde e porque você procurou o serviço de saúde?

7-Quanto tempo levou entre os sinais/ sintomas e busca de tratamento? Fez tratamento completo?

8-Alguém lhe ajudou a tratar? (alguém da família, profissional de saúde) e como foi essa ajuda? O parceiro sexual na época foi tratado?

9-Fale sobre as dificuldades que você teve para tratar (cuidar) da doença.

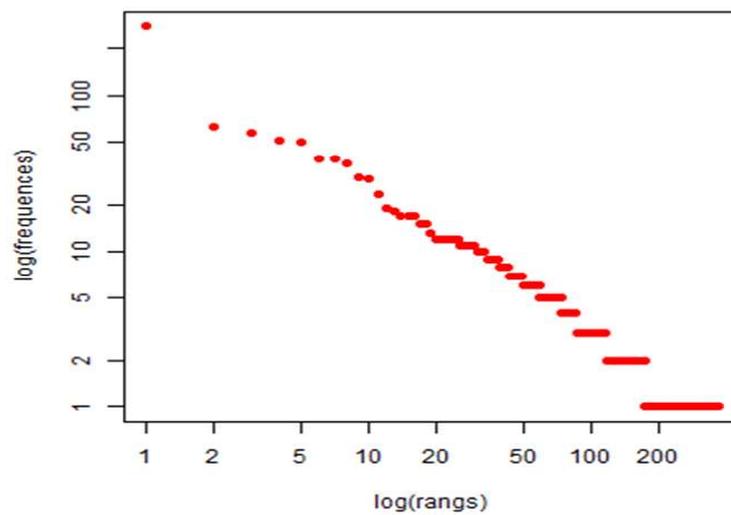
10-Fale quanto a ajuda das pessoas (membro da família, amigo ou outros (padre, pastor, pajé...), Uso de medicamentos (disponibilidade), consulta médica (na comunidade, na sede do município)? E acesso a unidade de saúde/ e ou hospital (mesmo que não tenha sido acometido por uma IST).

**APÊNDICE E- CODIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO CORPUS TEXTUAL  
PARA ANÁLISE NO IRAMUTEQ**

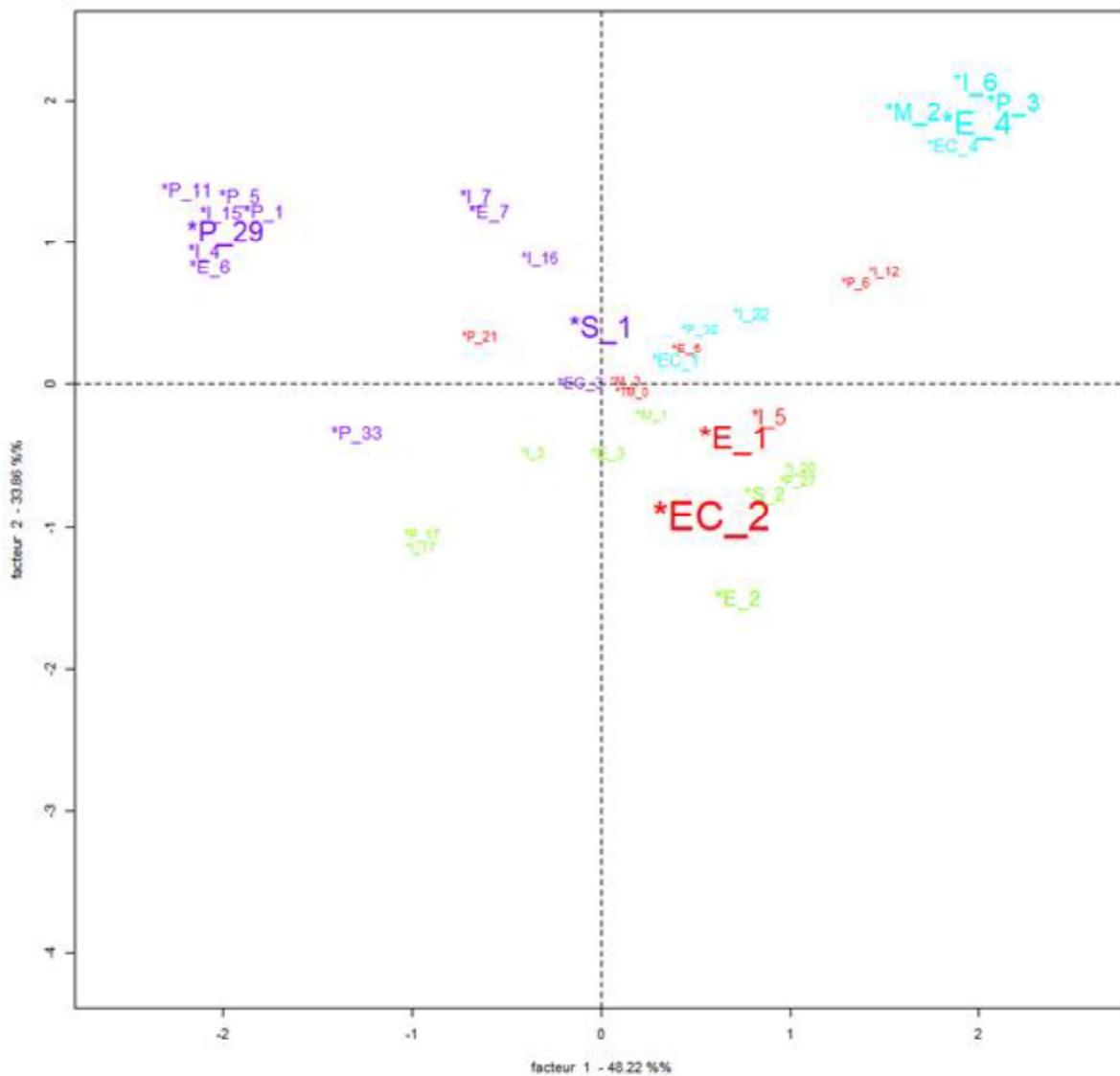
| <b>Participantes</b>       | <b>Variáveis Codificadas</b> |
|----------------------------|------------------------------|
| 1 a 38                     | *P_1 a *P_38                 |
| <b>Sexo</b>                | <b>Variáveis Codificadas</b> |
| Feminino                   | *S_1                         |
| Masculino                  | *S_2                         |
| <b>Estado Civil</b>        | <b>Variáveis Codificadas</b> |
| Casado                     | *EC_1                        |
| Solteiro                   | *EC_2                        |
| União Estável              | *EC_3                        |
| Viúvo                      | *EC_4                        |
| <b>Tipo de Moradia</b>     | <b>Variáveis Codificadas</b> |
| Madeira                    | *M_1                         |
| Alvenaria                  | *M_2                         |
| Mista: Alvenaria + Madeira | *M_3                         |
| Barro                      | *M_4                         |
| Outro                      | *M_5                         |
| <b>Escolaridade</b>        | <b>Variáveis Codificadas</b> |
| Analfabeto                 | *E_1                         |
| Fundamental incompleto     | *E_2                         |
| Fundamental completo       | *E_3                         |
| Médio incompleto           | *E_4                         |
| Médio completo             | *E_5                         |
| Superior incompleto        | *E_6                         |
| Superior completo          | *E_7                         |
| <b>Idade</b>               | <b>Variáveis Codificadas</b> |
| 19                         | *I_1                         |
| 20                         | *I_2                         |
| 23                         | *I_3                         |
| 27                         | *I_4                         |
| 29                         | *I_5                         |
| 31                         | *I_6                         |
| 33                         | *I_7                         |
| 35                         | *I_8                         |
| 36                         | *I_9                         |

|    |       |
|----|-------|
| 37 | *I_10 |
| 38 | *I_11 |
| 39 | *I_12 |
| 40 | *I_13 |
| 42 | *I_14 |
| 44 | *I_15 |
| 45 | *I_16 |
| 49 | *I_17 |
| 50 | *I_18 |
| 51 | *I_19 |
| 54 | *I_20 |
| 56 | *I_21 |
| 58 | *I_22 |
| 60 | *I_23 |
| 62 | *I_24 |
| 64 | *I_25 |
| 68 | *I_26 |
| 80 | *I_27 |
| 98 | *I_28 |

## APÊNDICE F- DIAGRAMA DE ZIPH DA FREQUÊNCIA DAS PALAVRAS E FREQUÊNCIA DE FORMAS

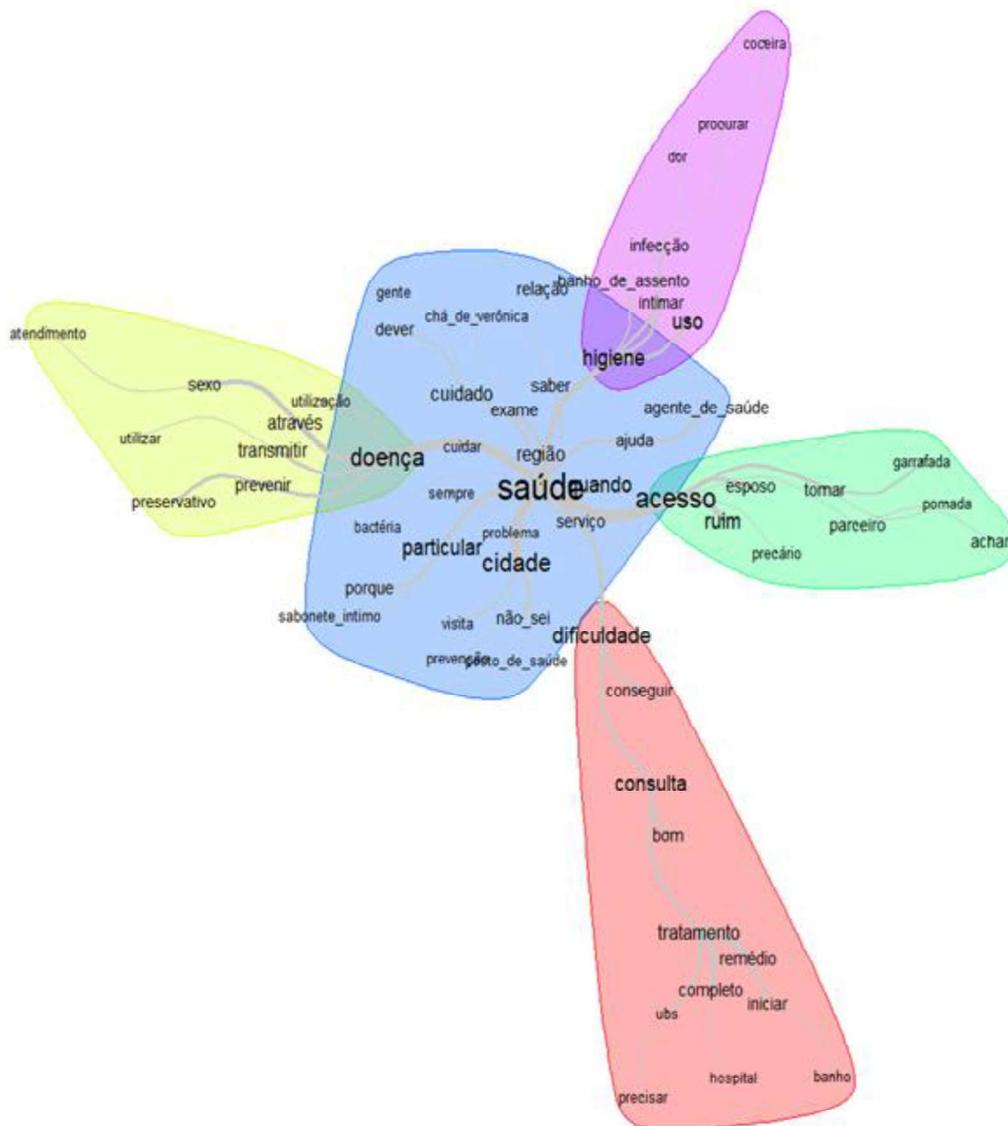


## APÊNDICE G- ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA DE ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS



:

**APÊNDICE H- ÁRVORE DE SIMILITUDE DAS PALAVRAS COM MAIOR PROXIMIDADE GERADA PELO IRAMUTEQ**





## ANEXOS

## ANEXO A- CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA PREFEITURA DE IGARAPÉ- MIRI

  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Prezado (a) Senhor (a) Secretário (a) de Saúde,

Eu, Nyvia Cristina dos Santos Lima, RG - 5244420, matrícula: 202025570010, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, vinculado ao PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - PPGENF/ICS/UFPA, orientanda da Prof. Dra. Nádile Juliane Costa de Castro, solicito sua autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado "PERCEPÇÃO E AUTOCUIDADO RELACIONADOS À PREVENÇÃO COMBINADA DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS À LUZ DA TEORIA DE ÔREM, RIO MERUÚ, IGARAPÉ - MIRI, PARÁ", a ser realizado na região citada no ano de 2021.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão relevantes para comunidade científica e irá colaborar para a população estudada obter melhor compreensão do processo saúde - doença. Os mesmos serão utilizados para implementar políticas de saúde e na publicação de artigos científicos envolvendo o tema principal.

Atenciosamente,

*Nyvia Cristina dos Santos Lima*  
Nyvia Cristina dos Santos Lima  
Mestranda em Enfermagem  
Universidade Federal do Pará- UFPA

*Andreia Barbosa Penna*  
Secretaria Municipal de Saúde  
n.º 007/2021

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**AUTORIZO**  
Em: 26 / 02 / 2021  
Nyvia Cristina dos Santos Lima  
Mestranda em Enfermagem  
Matrícula nº 202025570010  
Recbi em 26.02.2021  
*Nyvia Cristina dos Santos Lima*  
Mestranda em Enfermagem  
Matrícula nº 202025570010

## ANEXO B- IMAGENS FOTOGRÁFICAS REGISTRADAS NO LOCAL DE ESTUDO

Imagem: Rio Meruú, Igarapé- Miri/ Pa



Fonte: Registro fotográfico realizado durante a pesquisa, 2022.

Imagem: Rio Meruú, margem de residências.



Fonte: Registro fotográfico realizado durante a pesquisa, 2022.

Imagem: Meio de transporte chamado barco ou canoa.



Fonte: Registro fotográfico realizado durante a pesquisa, 2022.

Imagem: Meio de transporte chamado rabudo.



Fonte: Registro fotográfico realizado durante a pesquisa, 2022.

Imagem: Residência 1, comunidade do Rio Meruú



Fonte: Registro fotográfico realizado durante a pesquisa, 2022.

Imagem: Caminho de pequena ponte entre casas; chamado estiva.



Fonte: Registro fotográfico realizado durante a pesquisa, 2022.

Imagem: Local de lavagem de roupas e louças; chamado tendal.



Fonte: Registro fotográfico realizado durante a pesquisa, 2022.

Imagem: Banheiro construído em madeira e lona



Fonte: Registro fotográfico realizado durante a pesquisa, 2022.

Imagem: Principal fonte de renda e alimentação, colheita de açaí.



Fonte: Registro fotográfico realizado durante a pesquisa, 2022.

Imagem: Fonte de renda e alimentação, colheita de cacau.



Fonte: Registro fotográfico realizado durante a pesquisa, 2022.