



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO E EXTENSÃO
CURSO DE MEDICINA

JÉSSICA MARIA GOUVEIA DIAS
JOSÉ LUCAS DIAS DE SOUZA

**COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DE MULHERES RIBEIRINHAS
HABITANTES DE UMA COMUNIDADE NO BAIXO ACARÁ, PARÁ, BRASIL**

BELÉM-PA

2022

JÉSSICA MARIA GOUVEIA DIAS

JOSÉ LUCAS DIAS DE SOUZA

**COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DE MULHERES RIBEIRINHAS
HABITANTES DE UMA COMUNIDADE NO BAIXO ACARÁ, PARÁ, BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro Universitário do Estado do Pará, como requisito parcial para conclusão da graduação em Medicina.

Orientador: Prof. Me. Dr. Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque.

BELÉM-PA

2022

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Biblioteca do CESUPA, Belém – PA

Dias, Jéssica Maria Gouveia.

Comportamento sexual e reprodutivo de mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil / Jéssica Maria Gouveia Dias, José Lucas Dias de Souza; orientador Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque. – 2022.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Estado do Pará, Medicina, Belém, 2022.

1. Mulheres – Acará (PA) – Comportamento sexual. 2. Mulheres – Acará (PA) – Saúde e higiene. 3. Infecções sexualmente transmissíveis – Acará (PA). 4. Vida ribeirinha – Acará (PA). I. Souza, José Lucas Dias de. II. Albuquerque, Mário Roberto Tavares Cardoso de, orient. III. Título.

DEDICATÓRIA

A Deus, por me conceder o dom da vida e estar presente em todos os momentos dela, ser meu guia nos momentos ruins e parte da minha felicidade nos momentos bons.

Aos meus pais, Herson Soeiro Dias e Ana Maria Gouveia Dias, por todo o apoio, amor, dedicação e aconchego! Vocês ajudam a transformar meus sonhos impossíveis em possíveis.

Aos meus irmãos, Juan Gabriel Gouveia Dias e Renan Gouveia Dias, por todo companheirismo ao longo desses anos! Vocês sempre foram uma referência para mim.

Aos meus avós, Eduardo Mendes Gouveia (*in memoriam*) e Imirena de Souza Gouveia (*in memoriam*), que fizeram parte da minha criação e me ajudaram a me tornar a pessoa que sou hoje. Tenho certeza que lá do céu eles estão felizes com essa vitória.

Aos meus tios e tias da família Gouveia, Fátima, Tereza, Emirena, Rute, Eduardo e José Azevedo, os quais sempre torceram e deram amor e apoio incondicional. Juntamente com meus primos Nicolly, Caio, Maria Eduarda, Luiz Eduardo, Patrick, Alessandra, Aline e Reginaldo que sempre me incentivaram ao longo desta árdua caminhada.

A minha tia de coração Rousiane Abdon por me ensinar os caminhos da Medicina e compartilhar um pouco do seu conhecimento.

As minhas amigas de infância Gabriela Rousi Abdon da Silva e Bárbara Amaral Zsantos pela amizade construída e fincada ao longo de tantos anos. Crescemos juntas e sempre compartilhamos nossas vitórias.

Aos meus amigos da escolada Nathalia Martins Cordeiro e Otávio Augusto de Albuquerque Mendes Filho por terem vivido comigo o medo do vestibular, a felicidade da aprovação em Medicina e agora, juntos, comemorando a chegada da conclusão do curso.

A minha amiga de cursinho Renata Melo de Oliveira. Sonhamos juntos com a Medicina e agora estamos colhendo os frutos.

Aos amigos da minha primeira faculdade, principalmente a Bruno da Silva Quaresma e Fernanda Moema Leite, que apesar da distancia sempre estão ao meu lado.

A minha amiga de faculdade Francisca Jullyana Silva da Costa que está diariamente ao meu lado enfrentando as batalhas diária do curso e não me deixa desistir em nenhum momento.

A minha dupla do Trabalho de Curso (TC), José Lucas Dais de Souza, por todo companheirismo ao longo do curso e por acreditar nesse tema e embarcado nele.

A equipe hospitalar que cuidou de mim em um dos momentos mais difíceis da minha vida, principalmente ao médicos Pedro Rolim e Cleonardo Augusto da Silva e aos fisioterapeutas Jamerson Telino e Eva Saliba, que se dedicaram totalmente a minha recuperação e me ajudaram a estar aqui hoje.

E por fim, a todos que sempre estiveram na torcida ao longo desses anos. Essa vitória é nossa!

Jéssica Maria Gouveia Dias

DEDICATÓRIA

A Deus, por me conceder a vida e por ser luz nos momentos de escuridão.

A meus pais, José Maria de Souza Filho e Conceição de Fátima Pontes Dias que, juntamente a Deus, me concederam a vida, e à minha avó materna Olegarina Pontes Dias, que juntos me apoiaram incondicionalmente da escola à faculdade do início ao fim e me inspiram desde o início da vida.

À minha babá na infância e minha segunda mãe, Maria Domingas Teixeira de Matos, que cuida de mim como filho e quem eu amo como mãe, que me apoiou desde o início da vida.

Ao meu irmão mais novo e meu melhor amigo, José Mateus Dias de Souza, que quebrou o primeiro ovo na minha cabeça quando eu aprovei no vestibular para o curso de Medicina, viu os meus estudos da manhã, da tarde, da noite e da madrugada, ouviu as histórias dos episódios bons e momentos ruins da faculdade de Medicina, foi meu paciente nos estudos para as provas práticas e meu ouvinte nos estudos para prova teórica e apresentação do presente trabalho, que estava presente em todos os momentos da minha vida.

À minha madrinha Kátia Meireles, ao meu padrinho José Maria Neto e aos meus tios, especialmente Otávio dos Santos Dias Júnior e Denise de Lima Pereira, que me apoiaram e torceram por mim no Ensino Médio, no cursinho pré-vestibular e na faculdade de Medicina e aspiraram comigo o nome na lista dos aprovados e a festa de aprovação do vestibular e a festa de formatura da faculdade de Medicina.

Ao meu tio Sérgio Renato Pontes Dias (*in memoriam*), que me apoiou em vida terrena e continua me apoiando em vida espiritual e está presente em minhas memórias, pensamentos e sentimentos para sempre.

À minha prima e irmã mais nova, Izabelly Pereira Dias, que esteve presente na minha infância, adolescência e juventude, nas minhas memórias antigas e atuais e em todos os momentos e fases da minha vida.

Aos meus colegas e amigos do Colégio Ideal Batista Campos e do Sistema de Ensino Equipe, especialmente à Sofia Silva Pinto e à Beatriz Chaves Messias, que apoiaram meu sonho de ser médico desde o Ensino Fundamental e Ensino Médio e

acompanharam minha luta diária para passar na prova do vestibular e me formar na faculdade de Medicina, de perto e de longe e para sempre, que me incentivaram a ler e a escrever e que influenciaram direta e indiretamente este presente trabalho.

À minha professora de redação do ensino médio e do cursinho pré-vestibular, Verônica Monteiro e aos colegas de turma do Curso de Redação Primeiras Linhas, que incentivaram minha leitura e escrita, que acreditaram em mim quando eu não acreditava em mim mesmo e apoiaram meu maior sonho nos anos difíceis de Convênio e cursinho.

Aos meus amigos do Centro Universitário Metropolitano da Amazônia (UniFAMAZ), meus primeiros amigos na faculdade e minha primeira família na Medicina, que cuidaram de mim como amigos e sonharam comigo como irmãos e estão nas minhas memórias dos melhores e piores momentos da faculdade de Medicina, perto ou longe e para sempre.

Às minhas amigas do internato do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Andrea Ayin, Sarah Tairine Araújo, Thalita Duarte e Viviane Souza, que diminuíram o peso da rotina dos ambulatórios e hospitais no internato e que me apoiaram e me orientaram do início ao fim do presente trabalho, entendendo os estresses, as abdições e as ausências.

À minha colega de turma, amiga do projeto “Esse Rio É Minha Rua” e dupla do Trabalho de Curso (TC) Jéssica Maria Gouveia Dias, que me apoiou no projeto, acreditou no tema e embarcou no presente trabalho comigo.

Aos demais familiares, amigos e colegas.

José Lucas Dias de Souza

AGRADECIMENTOS

À população da comunidade Genipaubá, no Baixo Acará, no Estado do Pará, Brasil, pessoas que contribuíram de maneira imensurável para nossa formação acadêmica e profissional e de maneira imprescindível para o presente trabalho e com quem trocamos conhecimentos sobre a medicina e sobre a vida.

Ao Núcleo de Inovação e Empreendedorismo Júnior (NIEJ) do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) e ao projeto “Esse Rio É minha Rua”, especialmente à ex-diretora Maria Carolina Raiol da Silva, que apoiou o presente trabalho como se fosse seu também.

Ao Prof. Me. Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque que orientou o presente Trabalho de Curso (TC), acreditou no tema, nos confiou e nos apoiou do início ao fim e nos inspira como médico, professor e ser humano.

Aos professores, funcionários e pacientes do CESUPA, que nos ensinaram sobre medicina e sobre a vida e nos tornaram estudantes de Medicina e seres humanos cada dia maiores e melhores.

EPÍGRAFE

“Esse rio é minha rua
Minha e tua, mururé
Piso no peito da lua
Deito no chão da maré”
Paulo André Barata

RESUMO

As comunidades rurais ribeirinhas possuem barreiras geográficas, sociais e econômicas que refletem na saúde da população ribeirinha, principalmente na saúde feminina. Pesquisas sobre as mulheres ribeirinhas podem evidenciar padrões que criam perfis que auxiliam na elaboração de ações práticas locais. O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil demográfico e social, sexual e reprodutivo e o conhecimento sobre métodos contraceptivos, infecções sexualmente transmissíveis (IST) e planejamento familiar de mulheres ribeirinhas da comunidade Genipauba, no Baixo Acará, Pará, Brasil. A tipologia do estudo foi epidemiológica e transversal, quantitativa e descritiva, por meio de três questionário semiestruturados com perguntas sobre dados sociais e demográficos de saúde sexual e saúde reprodutiva, de autoria dos pesquisadores e com aplicação às mulheres com idade igual ou superior a 18 anos que moravam na comunidade ribeirinha e que iniciaram a vida sexual – o estudo contou com a participação de 33 mulheres. Os resultados sociais e demográficos revelaram mulheres com idade entre 18 a 60 anos, pardas e evangélicas, com ensinos incompletos, em relacionamentos fixos e longos, autônomas, moradoras de casas de madeira do tipo palafita e há mais de uma década na comunidade. Os resultados sobre saúde sexual evidenciaram mulheres com coitarca precoce, uma ou duas parcerias sexuais durante a vida e conhecimento sobre métodos contraceptivos, em uso de contracepção cirúrgica e não-cirúrgica. Os resultados sobre saúde sexual também evidenciaram conhecimento sobre PCCU e IST, mas incertezas sobre as próprias sorologias e com um caso de sífilis na gestação, além de histórico familiar de câncer de útero. Os resultados sobre saúde reprodutiva mostraram mulheres com fecundidade e natalidade alta, com gestações precoces, não planejadas, mas aceitas, pré-natal adequado e partos à termo, via vaginal e em hospitais, mas com complicações infecciosas e cardiovasculares e abortos por traumas físicos. Concluiu-se que as mulheres ribeirinhas possuem déficits sociais e na saúde que refletem as barreiras geográficas, sociais e econômicas e que a interiorização da medicina clínica, ginecológica e obstétrica é fundamental para a melhora da assistência à saúde das mulheres e das comunidades ribeirinhas.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia; População rural; Saúde sexual e reprodutiva; Saúde da mulher; Infecções Sexualmente Transmissíveis.

ABSTRACT

Riverside rural communities have geographic, social and economic barriers that reflect on the health of the riverside population, especially in women's health. Research on riverside women can show patterns that reflect profiles that help in the elaboration of practical local actions. The objective of the study was to characterize the demographic and social, sexual and reproductive profile and knowledge about contraceptive methods, Sexual Transmitted Infections (STI) and Family planning of riverside women, from the Genipaua Community, in Baixo Acará, Pará, Brazil. The study typology was epidemiological and cross-sectional, quantitative and descriptive, through three semi-structured questionnaires with questions about social and demographic, sexual and reproductive health data, authored by the researchers and Applied to women aged 18 years or older who lived in the Community and who initiated the sexual life – the study had the participation of 33 women. Social and demographic results revealed women aged between 18 and 60 years, brown and evangelical, with incomplete education, in steady and long-term relationships, autonomous, living in wooden houses with on stilts and more than a decade in the Community. The sexual health results showed women with Early coitarche, one or two sexual partners during their lifetime and knowledge about contraceptive methods, using surgical and non-surgical contraception. The sexual health results also showed knowledge about PCCU and STI, but uncertainties about their own serologies and with a case of syphilis during pregnancy, in addition to a Family history of uterine cancer. The reproductive health results showed women with high fertility and birth rates, with Early pregnancies, unplanned, but accepted, adequate prenatal care and term deliveries, vaginally and in hospitals, but with infectious and cardiovascular complications and abortions due to physical trauma. It was concluded that riverside women have social and health deficits that reflect geographic, social and economic barriers and that the internalization of clinical, gynecological and obstetric medicine is fundamental for the development of women and riverside communities.

KEY WORDS: Epidemiology; Rural population; Sexual and reproductive health; Women's health; Sexual Transmitted Infections

SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	8
2.1 Geral	8
2.2 Específicos	8
3 MATERIAL E MÉTODOS	9
3.1 Aspectos Éticos	9
3.2 Local de Estudo	9
3.3 Tipo de Estudo	10
3.4 Instrumento Para Coleta e Fonte de Dados e Variáveis do Estudo	10
3.5 Número de Registros Observados ou Número de Participantes	10
3.6 Critérios de Inclusão	10
3.7 Critérios de Exclusão	11
3.8 Procedimento da Coleta de Dados	11
3.9 Apresentação e Análise de Dados	13
4 RESULTADOS	14
5 DISCUSSÃO	23
6 CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES E ANEXOS	40

1 INTRODUÇÃO

A sexualidade e a reprodução da população são características sociais que refletem as características da sociedade vigente. Entretanto, determinadas comunidades, como as comunidades tradicionais da Amazônia, apesar de cronologicamente presentes, possuem características passadas, que refletem diretamente no comportamento sexual e reprodutivo da população¹. Segundo Sousa et al. (2018)², tais particularidades regionais, associadas aos indicadores sociais e econômicos locais, possuem associação intrínseca com o precário acesso à saúde, ao baixo índice de uso de contraceptivos e planejamento familiar, aliado aos altos índices de gravidez precoce na adolescência e de Infecções Sexual Transmissíveis (IST)¹.

A Amazônia brasileira é uma área constituída por Estados da Região Norte, como o Pará, que representa um quinto da área total do território amazônico brasileiro e é o segundo maior Estado do Brasil. Entretanto, apesar do território extenso e do tamanho abrangente, possui a sexta menor densidade demográfica do país (6,9 habitantes por km²) e grande descentralização espacial, em que a comunidade rural possui um total de 2.389.492 habitantes e é formada por indivíduos que compõem comunidades tradicionais indígenas, quilombolas e ribeirinhas³.

As comunidades tradicionais ribeirinhas são compostas por populações de habitantes que possuem origem descendente da miscigenação de indígenas com nordestinos e migrantes de outras regiões, e que vivem nas florestas às margens dos rios das muitas bacias hidrográficas que permeiam o Estado^{4,5}. Conseqüentemente, as populações ribeirinhas possuem hábitos de vida com base na relação de convivência com a mata e os rios e sob a influência da dinâmica de cheias e vazantes das águas⁴.

A cultura local possui aspectos hereditários da descendência indígena, como alimentação, medicina tradicional, religião e crenças^{4,6}. A economia local tem como base a agricultura familiar, com pesca e caça, que geralmente são responsabilidades do homem da família, aspecto que reflete a antiga cultura patriarcal, e auxílio financeiro de programas sociais e econômicos do governo federal^{5,7,8}. As habitações são de madeira, alvenaria ou mistas, cuja maioria é voltada para os rios^{6,9}. Os recursos básicos, como saneamento, água encanada, rede de esgoto e energia elétrica, são

escassos, com uso de esgotos a céu aberto e água do rio para consumo direto^{4, 9}. A mobilidade entre comunidades ribeirinhas e às zonas urbanas dos municípios é exclusivamente por via fluvial, por meio de embarcações tradicionais (canoas a remo, rabetas, voadeiras e barcos), com viagens com duração de minutos a dias de navegação^{4,5}.

Aditivamente, as populações ribeirinhas possuem localização em florestas tropicais com proporções grandiosas e clima equatorial tropical, quente e úmido, em que o indivíduo possui proximidade e dependência do meio ambiente local, com particularidades econômicas, sociais e culturais⁴. Soma-se o fato de que a maioria dos habitantes de comunidades ribeirinhas possuem baixo índice de desenvolvimento e escolaridade e alto índice de analfabetismo^{1,5,10} que favorecem a epidemiologia local de doenças infecciosas e parasitárias prevalentes na zona rural tradicional⁴ e doenças crônicas típicas de zonas urbanas, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes e hipercolesterolemia^{9,11}.

A Constituição Federal de 1988 garante à população brasileira o direito de acesso universal e igualitário à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS)¹², de políticas públicas como a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas¹³ e portarias que embasam a existência de Unidades Básicas de Saúde (UBS, fixas ou móveis), com Equipe de Saúde da Família (ESF) Fluviais e programas de Atenção Primária à Saúde (APS), que fornecem atendimentos multiprofissionais às zonas rurais tradicionais. Entretanto, as comunidades ribeirinhas possuem barreiras e limitações multifatoriais próprias que dificultam e impedem o fornecimento e acesso de serviços de saúde de qualidade: dificuldades para transporte e locomoção da população às unidades de saúde, dinâmicas dos rios, dificuldades para acesso das equipes de saúde às comunidades, desconhecimento de políticas locais por parte das equipes de saúde, falta de profissionais, planejamento, locais e materiais adequados e barreiras culturais^{14, 15, 16-18}.

As mulheres são a parte da população das comunidades ribeirinhas que possuem maior atenção à própria saúde e que mais procuram serviços médicos¹⁴. Entretanto, as mulheres ribeirinhas possuem um comportamento sexual e reprodutivo com início precoce da vida sexual, uso inadequado de métodos contraceptivos, alto índice de fecundidade e natalidade e gestações com curto intervalo de tempo entre si¹. Tais características comportamentais são semelhantes às das mulheres de

séculos passados de zonas rurais, que destoam do comportamento de mulheres do século XXI e de zonas urbanas¹.

Os hábitos sexuais e reprodutivos das mulheres ribeirinhas são um reflexo do baixo índice de desenvolvimento social e econômico e ao limitado acesso à saúde e à educação, principalmente no que tange ao planejamento familiar e à educação sexual. Ademais, o atrelo desses indivíduos às raízes históricas do sistema colonial e patriarcal têm repercussões negativas diretas e progressivas na saúde da população feminina local e no desenvolvimento das comunidades tradicionais em geral^{2,8,19-23}.

Adicionalmente, o desconhecimento sobre infecções por via sexual e a utilização irregular de preservativos, assim como outros métodos contraceptivos, bem como o uso de ervas e chás de conhecimento tradicional local que, conseqüentemente, pode diminuir a utilização de métodos contraceptivos, por grande parte dessa população aumenta os riscos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Essas infecções, muitas vezes assintomáticas, concomitantes à falta de assistência à saúde da mulher local e de avaliações ginecológicas periódicas, possuem diagnóstico e tratamento tardio, geralmente quando o quadro clínico está em estágio avançado, que resultam em complicações de saúde à mulher e ao parceiro sexual, contribuindo para a desqualificação da saúde^{8,10,24-29}.

Sabe-se que a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher e a Política Nacional de Direito Sexual e Reprodutivo garantem à população o direito à saúde sexual e reprodutiva (SRR), considerando a diversidade populacional das comunidades, municípios e Estados, com objetivo de consolidar avanços de direitos sexuais e reprodutivos e fornecer atenção à saúde ginecológica e obstétrica, planejamento familiar, e prevenção e tratamento de IST e cânceres ginecológicos, bem como de promover a educação sexual. Entretanto, tal assistência, na maioria das vezes, é feita de maneira fragmentada e, logo, pouco resolutiva, com atenção apenas às queixas clínicas atuais, com atendimentos voltados à prática curativa, excluindo a prevenção e a promoção à saúde.

Desta forma, faz-se necessária a elaboração de estudos e pesquisas que visem a investigação da saúde sexual e reprodutiva da população ribeirinha, sobretudo das mulheres locais, para amparar políticas públicas, em consenso com as características sociais, culturais, demográficas e econômicas das comunidades ribeirinhas, para aperfeiçoamento da atenção à saúde local e, simultaneamente, contribuindo positivamente para a qualidade de vida da população da comunidade tradicional rural.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Caracterizar o perfil demográfico e social e de saúde sexual e reprodutiva de mulheres ribeirinhas habitantes da comunidade de Genipaua, no Baixo Acará, Pará (PA), Brasil.

2.2 Específicos

- a)** Identificar o perfil étnico, religioso, educacional, econômico, social e cultural das mulheres ribeirinhas locais;
- b)** Identificar o perfil ginecológico e sexual das mulheres ribeirinhas locais;
- c)** Avaliar o conhecimento sobre métodos contraceptivos e prevenção de IST;
- d)** Definir a prevalência de IST nas mulheres ribeirinhas locais;
- e)** Identificar o perfil obstétrico e reprodutivo das mulheres ribeirinhas locais;
- f)** Avaliar o conhecimento sobre planejamento familiar da comunidade do estudo

3 MATERIAL E MÉTODOS

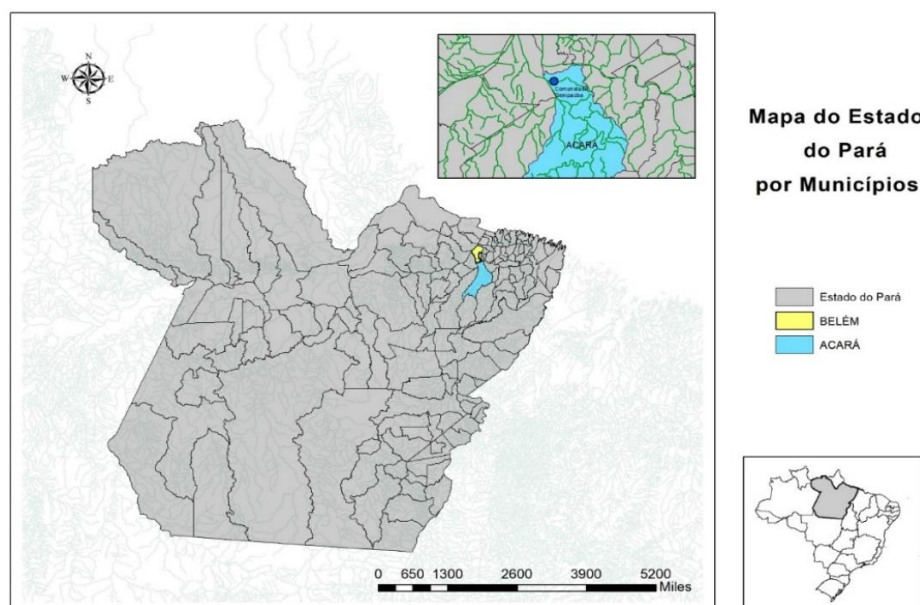
3.1 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi realizada conforme os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitando as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Rs. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde, considerando-se o dever de manter o sigilo do participante da pesquisa, amenizar e evitar qualquer tipo de risco ao participante e realizar a pesquisa apenas com o consentimento livre e esclarecido deste por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A pesquisa iniciou após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário do Estado do Pará (CEP-CESUPA) (ANEXO A).

3.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado na comunidade de Genipauba, no município de Acará, na região do Baixo Acará, com acesso pelo Rio Acará, com foz na baía de Guajará, há 250 km (aproximadamente uma hora de barco) de Belém, Pará (Figura 1).

Figura 1 – Localização geográfica da comunidade Genipauba, no município de Acará, na região do Baixo Acará, Pará, Brasil.



Fonte: Elaboração própria, 2022.

3.3 Tipo de Estudo

O estudo é do tipo epidemiológico, transversal, quantitativo e descritivo.

3.4 Instrumento Para Coleta e Fonte de Dados e Variáveis do Estudo

A pesquisa utilizou um questionário próprio (APÊNDICE B) com elaboração dos próprios pesquisadores e adaptado do estudo de Cabral et al (2020)¹.

O questionário consistiu em um formulário semiestruturado para a coleta de dados demográficos e sociais, de vida sexual e de vida reprodutivos da população feminina da comunidade Genipauba.

Os dados demográficos e sociais consistem em idade, etnia/raça (autodeclarada), religião, escolaridade, estado civil, trabalho, renda familiar (com base no salário mínimo atualmente), tipo de moradia e tempo de residência na comunidade Genipauba.

Os dados de vida sexual consistem em idade da menarca e da coitarca, número de parceiros sexuais, conhecimentos gerais e pessoais sobre o uso de métodos contraceptivos, sobre o exame PCCU e sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e antecedentes médicos pessoais e familiares de cânceres ginecológicos.

Os dados de vida reprodutiva consistem em informações sobre gestação (número de gestações, idade na primeira gestação, se foi planejada e aceita, período entre as gestações, desejo de ter mais filhos ou de ter filhos, pré-natal e complicações da gestação), sobre parto (idade gestacional no parto, via de parto e local do parto, intervenções obstétricas durante o parto), sobre abortos e sobre planejamento familiar.

3.5 Número de Registros Observados ou Número de Participantes

A pesquisa possui um número de participantes de 33 mulheres.

3.6 Critérios de Inclusão

A pesquisa incluiu pessoas do sexo feminino que residiam na comunidade Genipauba, com idade igual ou superior a 18 anos, que iniciaram a vida sexual e que

concordaram em participar do estudo e também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.7 Critérios de Exclusão

A pesquisa excluiu mulheres que não estavam em condições psíquicas e mentais plenas, que não cumpriram as regras de biossegurança para prevenção da COVID-19, que não concordaram em participar do estudo e que também não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.8 Procedimentos de Coleta de Dados

O Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA) possui o Núcleo de Inovação e Empreendedorismo Júnior (NIEJ) que coordena o “Esse Rio é Minha Rua”, um projeto de extensão universitário. O projeto possui membros docentes e discentes dos cursos de Administração, Direito, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia, Publicidade e Propaganda e Odontologia do CESUPA. O projeto possui o objetivo de contribuir para o desenvolvimento social dos habitantes das comunidades ribeirinhas do Estado do Pará por meio de ações sociais com atendimentos multiprofissionais para promoção de saúde.

O NIEJ e o projeto “Esse Rio é Minha Rua” possuem parceria com a Sociedade Bíblica do Brasil (SBB), uma instituição filantrópica sem fins lucrativos. A SBB disponibiliza o barco “Luz na Amazônia III”, barco que possui estrutura física tanto para o transporte dos membros do projeto de extensão às ilhas, quanto para as ações sociais nas comunidades ribeirinhas.

O NIEJ e os membros coordenadores do “Esse Rio é Minha Rua” previamente entraram em contato com os coordenadores da Sociedade Bíblica do Brasil. A SBB entrou em contato com os líderes da comunidade Genipauba, no Baixo Acará, informaram sobre a ação social do projeto de extensão e explicaram sobre a pesquisa dos membros pesquisadores do projeto. Os líderes locais informaram a população da comunidade ribeirinha sobre e marcaram uma data e um horário para a ação social e para a execução da pesquisa simultaneamente em um local comum na ilha para os habitantes da comunidade ribeirinha.

No dia da ação social, os membros docentes e discentes do projeto “Esse Rio é Minha Rua” e os membros coordenadores da Sociedade Bíblica do Brasil se reuniram no porto da SBB e embarcaram no barco Luz na Amazônia III. O barco amarou de Belém, navegou sobre a Baía do Guajará até o Baixo Acará, na Região das Ilhas, aterrou próximo à ilha e atracou em um trapiche na comunidade Genipauba – o líder da comunidade ribeirinha armou uma ponte pequena entre o trapiche e o barco para a entrada e saída das pessoas.

Os coordenadores do projeto e os coordenadores da Sociedade Bíblica do Brasil organizaram o barco para o atendimento em saúde e para a coleta de dados da presente pesquisa. O primeiro andar do barco foi dividido em dois locais: um local para o curso de enfermagem, em que os acadêmicos triaram os pacientes, coletando dados pessoais, aferindo os sinais vitais e a antropometria dos pacientes e registrando manualmente em prontuários individuais, e encaminharam os pacientes aos demais atendimentos em saúde; outro local com cadeiras para os pacientes aguardarem o atendimento dos outros cursos da área da saúde para abordagem dos pesquisadores da presente pesquisa. O segundo andar do barco foi dividido em consultórios individuais para os demais cursos da área da saúde, em que os acadêmicos atenderam os pacientes individualmente com base no motivo da consulta.

Para prevenção contra a infecção por Covid-19, os membros coordenadores do projeto “Esse Rio é Minha Rua” e da Sociedade Bíblica do Brasil (SBB) orientaram os pacientes a entrarem e permanecerem no barco vestindo máscara individual cobrindo o nariz e a boca – se os pacientes estivessem sem máscara, os membros coordenadores do projeto forneceriam máscara facial cirúrgica descartável. Os membros coordenadores do projeto também forneceram álcool em gel 70% para higienização das mãos antes dos atendimentos em geral. Ademais, as mesas e cadeiras possuíam demarcações com fita adesiva no chão e distância de pelo menos um metro entre si para o distanciamento social.

No local de espera, após os atendimentos dos acadêmicos do curso de enfermagem e antes dos atendimentos dos acadêmicos dos outros cursos da área da saúde, ainda no primeiro andar do barco, cada pesquisador abordou as pacientes individualmente em um local distante dos demais, com o intuito de manter o conforto e o sigilo das informações das pacientes.

Na abordagem às pacientes, os pesquisadores se apresentaram como alunos do CESUPA, acadêmicos do sexto ano do curso de Medicina e membros do projeto “Esse

Rio é Minha Rua”, falaram sobre a pesquisa, explicando os objetivos do estudo e os benefícios do estudo para as comunidades acadêmica, científica e ribeirinha, de modo simples com linguagem acessível. Seguidamente à abordagem inicial, as pacientes e os pesquisadores leram o TCLE e esclareceram dúvidas em geral. Posteriormente ao aceite do convite para participar da pesquisa e da assinatura do TCLE da participante, os pesquisadores leram oralmente as perguntas do questionário às participantes e registraram manualmente as respostas das participantes em questionários individuais.

Após a entrevista, os pesquisadores forneciam um folder (APÊNDICE C) de elaboração própria, com informações e orientações gerais sobre a saúde da mulher, como consulta médica ginecológica, o exame clínico e exames radiológicos ginecológicos e métodos contraceptivos, com textos, ilustrações e fluxogramas simples com linguagem acessível. Depois do fornecimento do folder, as participantes voltaram a aguardar os atendimentos em saúde no local de espera.

3.9 Apresentação e Análise dos Dados

Os dados coletados na ação social foram enviados para o banco de dados dos pesquisadores e divididos em dados sociais e demográficos, de saúde sexual e de saúde reprodutiva, digitalizados em banco de dados do programa Word 2016, Excel 2016 e Epi Info e, subsequentemente, analisados estatisticamente e expostos em tabelas e gráficos por meio do programa Excel 2016.

4 RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 33 mulheres. Visto isso, as mulheres ribeirinhas participantes da pesquisa possuíam idade com variação entre 18 a 60 anos, com prevalência da faixa etária adulta e predominância do intervalo de idade entre 30 a 39 anos (39,4%) com média de idade de 34,9. Sobre etnia autodeclarada, a maioria eram predominantemente pardas (69,7%), prevalentemente praticantes da religião evangélica (48,5%) e possuíam ensino fundamental incompleto (54,5%). Referente ao estado civil, a maioria estava em relacionamentos, como união estável (63,7%) e casamento (21,2%), ambos estados civis com mais de dez anos de duração (33,3% e 18,2%, respectivamente). Tangente à atividade laboral, a autônoma doméstica possui preponderância (45,5%), seguida da pesca (30,3%) e comércio (18,2%) e com renda familiar mensal inferior a um salário mínimo atual (72,2%). Concernente à moradia, predominou-se as casas de madeira (90,9%) e habitação há mais de 10 anos na comunidade Genipaubá (78,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição demográficas e sociais das mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil (continua).

	Freq. n=33	%
Idade		
18 a 24 anos	5	15.2
25 a 29 anos	6	18.2
30 a 39 anos	13	39.4
40 a 49 anos	6	18.2
50 a 59 anos	2	6.1
≥ 60 anos	1	3.0
Etnia/Raça		
Parda	23	69.7
Preta	9	27.3
Branca	1	3.0
Religião		
Evangélica	16	48.5
Católica	11	33.3
Sem religião	6	18.2

Tabela 1 – Distribuição demográficas e sociais das mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil (conclusão).

	Freq. n=33	%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	18	54.5
Ensino Fundamental Completo	5	15.2
Ensino Médio Incompleto	2	6.1
Ensino Médio Completo	7	21.2
Ensino Superior Incompleto	1	3.0
Estado civil		
Solteira	4	12.1
União estável		
< 5 anos;	5	15.2
5 - 10 anos;	5	15.2
> 10 anos.	11	33.3
Casada		
< 5 anos;	0	0.0
5 - 10 anos;	1	3.0
> 10 anos.	6	18.2
Viúva há 16 anos	1	3.0
Profissão/Atividade laboral		
Comerciante	6	18.2
Dona de casa	15	45.5
Estudante	1	3.0
Lavradora	1	3.0
Pescadora	10	30.3
Renda familiar		
< 1 Salário Mínimo	24	72.7
1 Salário Mínimo	8	24.2
> 1 Salário Mínimo	1	3.0
Auxílio/Benefício do governo		
Sim	26	78.8
Não	7	21.2
Tipo de moradia		
Alvenaria	3	9.1
Madeira	30	90.9
Tempo de residência na comunidade		
< 10 anos	7	21.2
> 10 anos	26	78.8

Fonte: protocolo de pesquisa, 2022.

As mulheres ribeirinhas entrevistadas tiveram a menarca entre 10 e 17 anos, com prevalência da faixa etária até os 15 anos (93,9%), enquanto que tiveram a coitarca entre 11 a 21 anos, com prevalência também da faixa etária adolescente, especialmente antes de 18 anos (84,9%), com variação basicamente entre um (48,5%) a dois (24,2%) parceiros sexuais na vida (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise dos antecedentes sexuais e reprodutivos de mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil.

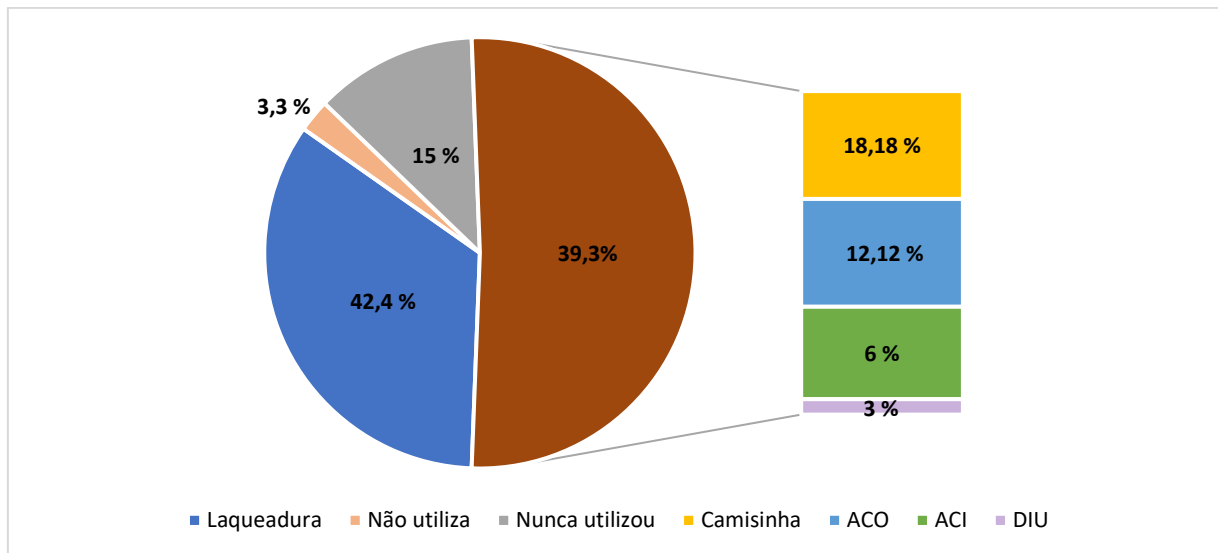
	Freq. n=33	%
Menarca		
10 a 12 anos	14	42.4
13 a 15 anos	17	51.5
16 a 17 anos	2	6.1
Coitarca		
11 a 14 anos	6	18.2
15 a 18 anos	22	66.7
19 a 21 anos	5	15.2
Nº de parceiros sexuais		
1	16	48.5
2	8	24.2
3	5	15.2
4	3	9.1
Não lembra	1	3.0
Sabe o que é método contraceptivo		
Sim	23	69.7
Não	10	30.3
Utiliza algum método contraceptivo?		
Sim	27	81.8
Não	1	3
Nunca utilizou	5	15.2

Fonte: protocolo de pesquisa, 2022.

De acordo com a tabela 2, 69% das mulheres sabiam o significado do termo “métodos contraceptivos” e 81,8% das mulheres utilizava métodos contraceptivos, em que 42,4% possuíam contracepção cirúrgica (laqueadura tubária) e 39,3% utilizavam contracepção não-cirúrgica, como a camisinha (18,18%), o anticoncepcional oral (ACO; 12,12%), o anticoncepcional injetável (ACI; 6%) e o dispositivo intrauterino

(DIU; 3%), enquanto que 15% das mulheres nunca utilizou e 3,3% não utilizava nenhum método contraceptivo no período da coleta de dados (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição da utilização de métodos contraceptivos entre mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil (n=33).



Fonte: protocolo de pesquisa, 2022.

Sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST), 66,7% das mulheres sabiam o significado do termo “infecções sexualmente transmissíveis” e da sigla “IST”. Sobre antecedentes médicos pessoais de IST, 66,7% das mulheres afirmaram não ter, 30,3% das mulheres afirmaram não saber sobre e apenas uma mulher (3%) afirmou ter – nesse caso, a sífilis gestacional, com diagnóstico e tratamento nas consultas de pré-natal (Tabela 3).

Tabela 3 – Conhecimento e antecedente pessoal de infecções sexualmente transmissíveis (IST) de mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil (continua).

	Freq. n=33	%
Sabe o que é IST		
Sim	22	66.7
Não	11	33.3
Tem antecedente pessoal de IST		
Sim – sífilis	1	3.0

Tabela 3 – Conhecimento e antecedente pessoal de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) de mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil (conclusão).

Não	22	66.7
Não sabe referir	10	30.3

Referente ao exame preventivo para o rastreio de câncer de colo de útero, a maioria das mulheres (97%) respondeu que sabia o significado e o objetivo do exame (97%) e que também fez o exame (87,9%). Ademais, todas as mulheres entrevistadas informaram não terem antecedente médico pessoal de cânceres ginecológicos, entretanto, 39,4% informaram terem antecedente médico familiar em parentes de 1º e 2º grau de cânceres ginecológico, sendo 11 casos de câncer de útero e 2 casos de câncer de mama (Tabela 4).

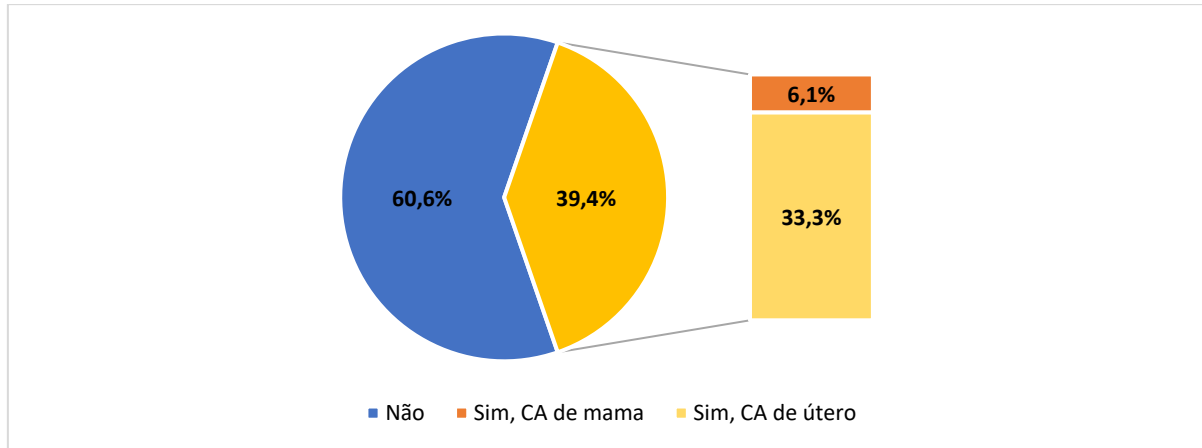
Tabela 4 – Análise do histórico pessoal e familiar de CA ginecológicos de mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil.

	Freq. n=33	%
Sabe o que é preventivo/PCCU/Papanicolau?		
Sim	32	97.0
Não	1	3
Já fez preventivo/PCCU/Papanicolau?		
Sim	29	87.9
Não	4	12.1
Antecedentes pessoais de CA ginecológico		
Sim	0	0
Não	33	100.0
Antecedentes familiares de CA ginecológico		
Sim	13	39.4
Não	20	60.6

Fonte: protocolo de pesquisa, 2022.

Dentre os antecedentes médicos familiares de cânceres ginecológico, evidenciaram-se o câncer de útero (CA de útero; 33,3%) e também o câncer de mama (CA de mama; 6,1%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição dos antecedentes médicos familiares de câncer ginecológico entre mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil (n=33).



Fonte: protocolo de pesquisa, 2022.

Sobre gestação, 32 mulheres engravidaram (97%), das quais 30 mulheres não desejavam ter mais filhos (90,9%), 27 mulheres possuíam mais de um filho (84,4%), com tempo entre as gestações entre 2 a 4 anos (63%), em que a idade da mãe à 1ª gestação era entre 18 a 29 anos (59,4%), esta gestação predominantemente não planejada (68,8%), mas totalmente aceita. Referente a parto, 84,4% dos partos foram a termo, predominantemente via vaginal (78,1%) e em hospitais (93,8%), em que 37,5% tiveram intervenção médica obstétrica com episiotomia, enquanto 62,5% não precisaram de intervenção médica (Tabela 5).

Tabela 5 – Análise dos antecedentes obstétricos de mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil (continua).

	Freq. N=32	%
Deseja mais filhos		
Sim	3	9.1
Não	30	90.9
Tem mais de um filho		
Sim	27	84.4
Não	5	15.6
Tempo entre as gestações		
≤ 1 ano	6	22.2
2 a 4	17	63.0
≥ 5 anos	4	14.8

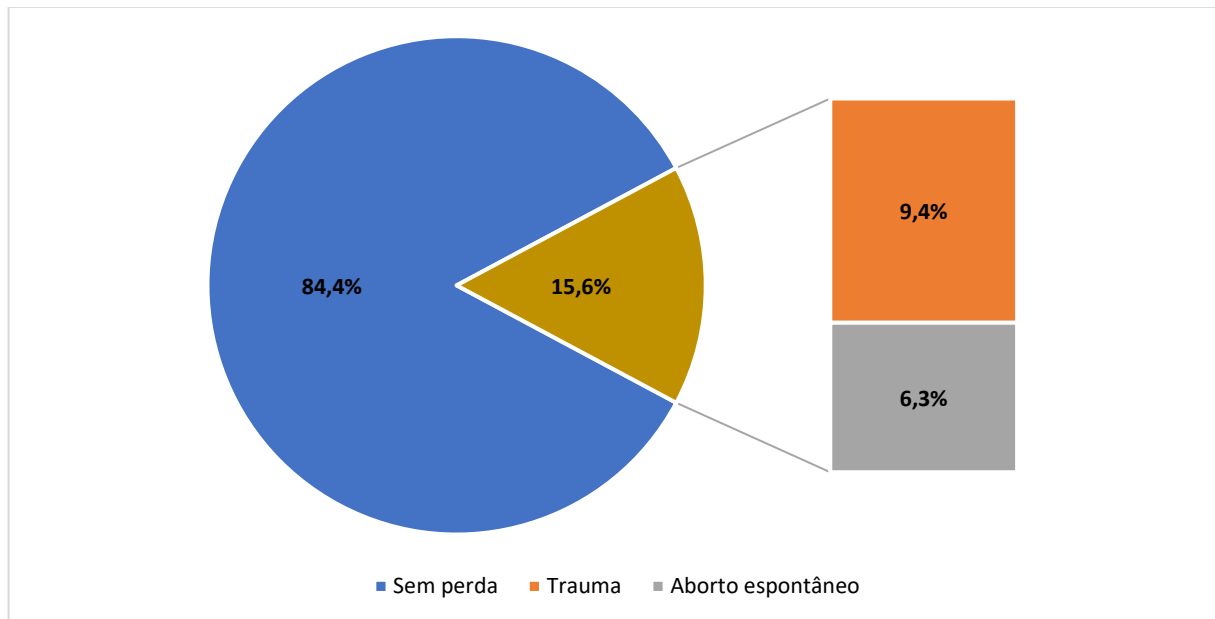
Tabela 5 – Análise dos antecedentes obstétricos de mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil (conclusão).

	Freq. N=32	%
Idade da 1ª gestação		
13 a 17 anos	13	40.6
18 a 29 anos	19	59.4
Planejada		
Sim	10	31.3
Não	22	68.8
Aceita		
Sim	32	100.0
Idade gestacional do parto		
A termo	27	84.4
Pré-termo	4	12.5
Não sabe referir	1	3.1
Tipo de parto		
Cesáreo	7	21.9
Vaginal	25	78.1
Intervenção no parto		
Sim - episiotomia	12	37.5
Não	20	62.5
Local do parto		
Casa	2	6.3
Hospital	30	93.8
Perda gestacional		
Sim	5	15.6
Não	27	84.4

Fonte: protocolo de pesquisa, 2022.

Tangente ao aborto, 27 mulheres entrevistadas negaram abortos intencionais ou não-intencionais, entretanto, 5 mulheres afirmaram abortos não-intencionais, das quais três mulheres relataram como motivo traumas durante a gravidez e duas relataram não saberem o motivo (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição das perdas gestacionais de mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil (n=32).



Fonte: protocolo de pesquisa, 2022.

Sobre planejamento familiar, 60% das mulheres entrevistadas não sabiam o significado, mas, em paralelo, a totalidade das mulheres sabiam o significado e o objetivo do pré-natal e, das mulheres entrevistadas que engravidaram, 90% fizeram pré-natal, das quais 73,3% começaram as consultas de pré-natal no primeiro trimestre da gestação e 66,7% fizeram um número superior a 6 consultas, em alternância com médicos e enfermeiros em postos de saúde (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise dos antecedentes gestacionais de mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil (continua).

	Freq.	%
Sabe o que é planejamento familiar		
Sim	13	39.4
Não	20	60.6
Sabe o que é pré-natal		
Sim	33	100.0
Não	0	0
Fez pré-natal		
Sim	30	90.9
Não	2	6.1

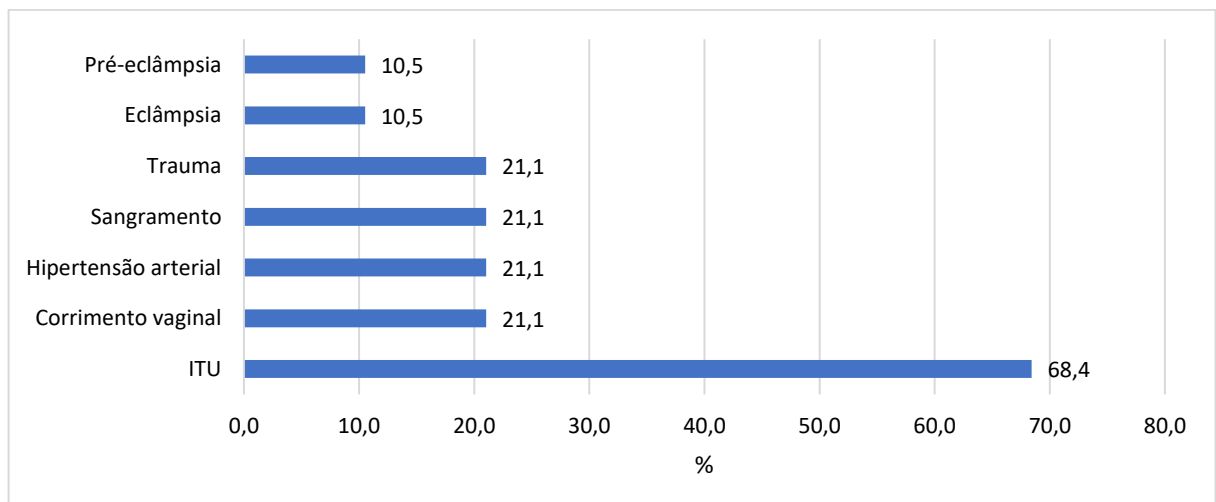
Tabela 6 – Análise dos antecedentes gestacionais de mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil (conclusão).

	Freq.	%
Se sim, começou com qual idade gestacional		
1 m	4	13.3
2 m	6	20.0
3 m	12	40.0
4 m	7	23.3
Não lembra	1	3.3
Nº de consultas pré-natal		
< 6	9	30.0
> 6	20	66.7
Não lembra	1	3.3
Complicações		
Sim	19	59.4
Não	13	39.4

Fonte: protocolo de pesquisa, 2022.

Referente às complicações na gestação, as mulheres que engravidaram que relataram complicações na gestação (59,4%) informaram também que receberam diagnóstico de Infecção do Trato Urinário (ITU; 68,4%) ou que receberam diagnóstico de Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez (SHEG; 42,1%) durante as consultas pré-natal ou atendimentos de emergências em hospitais de cidades próximas à comunidade ribeirinha (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Prevalência das complicações durante a gestação de mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil (n=19).



Fonte: protocolo de pesquisa, 2022.

5 DISCUSSÃO

As mulheres ribeirinhas da comunidade Genipauba se autodeclaram principalmente das cores parda (69,9%) e preta (27,3%). A autopercepção de raça ou etnia reflete a descendência de povos naturais indígenas juntamente à descendência e à miscigenação com povos imigrantes portugueses e africanos na colonização da Amazônia do Brasil⁵.

Sobre a escolaridade, a maioria das mulheres ribeirinhas possuía ensinos incompletos (60.6%), principalmente mulheres com idades superiores a 30 anos. A escolaridade baixa em mulheres de faixas etárias superiores possui como justificativa provável a precariedade das escolas, a inconsistência do ensino e as limitações da educação na comunidade Genipauba, como em outras comunidades ribeirinhas⁹, que influenciaram diretamente na escolaridade da população, diminuindo as perspectivas educacionais e sociais da comunidade ribeirinha. A construção de escolas novas e a contratação e estabilização de professores recentemente e a disponibilização de barcos para o transporte escolar fluvial atualmente contribuem para a interiorização da escolarização e da educação e a mudança das expectativas educacionais e sociais nas comunidades tradicionais rurais ribeirinhas⁴.

Referente à religião, a maioria das mulheres ribeirinhas possuem crenças religiosas, como a religião evangélica (48.5%) e a religião católica (33.3%). A prevalência religiosa na comunidade ribeirinha do Baixo Acará, no Pará, converge com a prevalência religiosa na comunidade ribeirinha do Médio Solimões, no Amazonas⁵. Tais características culturais refletem a história da Amazônia do Brasil, evidenciando a antecedência da colonização por Portugal com a religião católica, mas também constatando a ascendência da religião evangélica, situação que pode causar divergências e mudanças de padrões religiosos nas comunidades tradicionais rurais ribeirinhas⁶.

Tocante à profissão e atividade laboral, a maioria das mulheres ribeirinhas é autônoma, das quais a maior parte é dona de casa (45,5%), executando atividades domésticas para si mesma, mas também para outros moradores na própria residência. Apesar das mulheres se voluntariarem para as tarefas domiciliares, a realidade atual ainda ressoa a realidade passada, da sociedade patriarcal com desigualdade dos

gêneros explícita, em que as mulheres eram restringidas ao ambiente doméstico familiar, com tarefas matrimoniais e matriarcais³⁰.

Uma parte (30%) é pescadora, com pesca de peixes regionais e camarão nos rios e igapós e coleta de caranguejos em manguezais próximos à ilha. Tais pescas e coletas retratam o extrativismo animal fluvial da comunidade ribeirinha e refletem tanto histórico tradicional indígena e africano⁴, com a pesca como atividade laboral principal, quanto hábito cultural alimentar ribeirinho⁶, com o peixe como base da alimentação e a fonte principal de proteína da dieta. Outra parte é comerciante (18.2%), comercializando açaí e farinha de mandioca; tais vendas retratam o extrativismo vegetal rural e a agricultura de coivara na comunidade ribeirinha^{4,31}. A venda de açaí realça a atividade peconheira, o trabalho de utilizar a peconha, instrumento de fibras naturais, para trepar o tronco e colher o açaí do topo do açazeiro³², principalmente nos meses de junho a outubro, com menos chuvas e maior safra de açaí para venda³³. A venda de farinha de mandioca, macaxeira, frutas regionais e castanhas reflete a atividade agrícola, principalmente nos meses de dezembro a maio, com mais chuvas e menor safra de açaí, apenas para consumo próprio^{6,33}.

Tangente à renda familiar mensal, a maioria das mulheres ribeirinhas (96,6%) alegaram valores não fixos de até um salário mínimo atual (R\$1.212,00) por dependência do trabalho autônomo. Na cidade de Belém, capital do Estado do Pará, a renda familiar mensal é, em média, de três salários mínimos, segundo o IBGE³, dados que estampam a desigualdade econômica entre a área rural e a área urbana do Estado. Além disso, a maioria das mulheres ribeirinhas informou receber auxílio financeiro de programas do Governo Federal, como o Auxílio Brasil, assim como habitantes de outras comunidades ribeirinhas da região Norte do Brasil^{1,5}.

Concernente à vivenda na comunidade ribeirinha, a maioria das mulheres habita na comunidade Genipauba há mais de 10 anos (78.8%) e, referente à moradia, a generalidade das mulheres mora com membros da família em residências de madeira (90.9%). As residências de madeira são palafitas sobre várzea e igapós ou flutuantes sobre a água dos rios, sem padrão de agrupamento ou alinhamento e sem arruamento, com pontes também de madeira, nas margens dos rios, com a frente das casas voltadas para as águas^{4,6}. Tais características de moradia refletem a relação íntima e simbólica entre os ribeirinhos e os rios⁶.

Sobre menarca, 93,9% das mulheres ribeirinhas entrevistadas possuíam idade entre 10 a 15 anos à primeira menstruação. A faixa etária consente com o Consenso

da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)³⁴, que informa que a menarca ocorre normalmente em idades na faixa etária entre 10 e 16 anos, com idade média de 12,3 anos. Portanto, a idade da menarca indica o início do desenvolvimento sexual e é um parâmetro para a saúde da mulher.

Sobre coitarca, 84,9% das mulheres ribeirinhas entrevistadas possuíam idades inferiores a 18 anos à primeira relação sexual. A idade coincide com a pesquisa de Parmejiani, et al (2020)³⁵ que indica que a maioria das mulheres ribeirinhas do Norte do Brasil tiveram a primeira relação sexual antes da maioridade civil, semelhante a mulheres de área urbana, e sem métodos contraceptivos. Assim, a coitarca, que indica o início do desenvolvimento reprodutivo, à precocidade e sem preservativos, pode aumentar o risco de gravidezes não desejadas na adolescência e IST, diagnósticos que podem causar parâmetros negativos à saúde da mulher.

Quanto à contracepção, a maioria das mulheres afirmou que sabia o que eram métodos contraceptivos (69,9%) e que utilizava métodos contraceptivos atualmente (81,8%), tanto métodos cirúrgicos (laqueadura tubária; 42,4%), quanto métodos não-cirúrgicos, como os contraceptivos de barreira (camisinha masculina; 18,18%), contraceptivos hormonais (18,12%) e DIU (3%). Paralelamente, os dados do presente estudo consoam com os resultados da pesquisa de Cabral, Cella e Freitas (2020)¹, em que a maioria das mulheres ribeirinhas afirmou que utilizavam contraceptivos. Adicionalmente, as mulheres da pesquisa¹ alegaram que, entre os métodos contraceptivos, preferiam a laqueadura tubária aos métodos de barreira ou hormonais, tal qual as mulheres da comunidade ribeirinha do presente estudo.

Tanto as mulheres ribeirinhas do presente estudo quanto as mulheres ribeirinhas da pesquisa de Cabral, Cella e Freitas (2020)¹ justificaram a preferência por métodos definitivos por dificuldades para aquisição de métodos contraceptivos temporários por dificuldades no deslocamento às cidades próximas e indisponibilidade em postos de saúde locais. Tais limitações à obtenção de métodos contraceptivos temporários podem diminuir a aderência à utilização e, conseqüentemente, a eficiência dos métodos contraceptivos, situações que podem causar gravidezes indesejadas e IST, que dificultam o planejamento familiar e prejudica a saúde da mulher.

No que se refere a infecções sexualmente transmissíveis (IST), porcentagem significativa das mulheres informou que não sabiam o que são IST (33%), entretanto,

a maior parte das mulheres alegaram que não possuíam IST (66,7%) ou não sabem informar se possuíam IST (30,3%). As informações podem causar vieses de confusão, pois a ausência de conhecimentos sobre IST causam incertezas sobre a sorologia das mulheres, situação que pode favorecer transmissões entre os habitantes e complicações para a saúde da população.

O Ministério da Saúde e a Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012³⁶, orienta a Atenção Primária à Saúde (APS) a fazer testes rápidos (TR) para diagnóstico e tratamento precoce de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Entretanto, a pesquisa de Araújo e Souza (2021)³⁷ evidenciou que os TR possuem implementação com obstáculos, principalmente no treinamento de profissionais de saúde e na inacessibilidade de parte população, como a população tradicional rural, por fatores sociais e econômicos. Esses obstáculos contribuem para o atraso no diagnóstico e o tratamento precoce de IST e a interrupção da cadeia de transmissão das IST.

Uma mulher entrevistada informou que possuiu sífilis gestacional em 2019, com diagnóstico por meio de testes rápidos (TR) e tratamento com penicilina benzatina no pré-natal da gestação em Unidade Básica de Saúde (UBS). Paralelamente, a epidemiologia da sífilis no Brasil entre os anos de 2019 e 2020 indicaram diminuição da notificação da sífilis gestacional na região Norte, com 6.098 (9,9%) notificações de casos de sífilis gestacional³⁶. Assim, as informações do presente estudo e do Boletim Epidemiológico de 2021 do Ministério da Saúde podem refletir uma subnotificação dos casos de sífilis na região Norte do Brasil.

Ainda sobre a sífilis gestacional, o Ministério da Saúde e o Caderno de Atenção Básica Nº 32 para Pré-Natal de Baixo Risco preconiza a solicitação de exame sorológico para o rastreio para diagnóstico e tratamento de infecções durante o pré-natal. Contudo, a pesquisa de Paula, et al (2022)³⁸ evidencia que o Estado do Pará possui condições inadequadas para o diagnóstico e tratamento da sífilis, como indisponibilidade de profissionais da saúde, de testes rápidos (TR) e de penicilina benzatina, assim como a desigualdade na localização de postos de saúde no território nacional, principalmente entre zonas urbanas e rurais, como nas comunidades ribeirinhas. As evidências sugerem subnotificação dos casos de sífilis gestação na região Norte do Brasil e indicam que o caso de sífilis gestacional no presente estudo pode ser um caso isolado.

Sobre o exame preventivo, PCCU ou Papanicolau, a maioria das mulheres entrevistadas alegaram que sabem a definição e o objetivo do exame (97%) e que

fizeram o exame no mínimo uma vez (87,9%). Deve-se notar que a maioria das mulheres entrevistadas relataram que fizeram o exame especular com esfregaço cervical e colpocitologia oncótica meses a semanas antes da coleta de dados do presente estudo em uma ação em saúde local. Entretanto, as mulheres entrevistadas queixaram sobre a ausência dos resultados dos exames, que dificultava a continuidade do rastreio.

Nota-se que, atualmente, as universidades e os cursos da área da saúde passam por uma transição entre um modelo predominantemente teórico para um modelo predominantemente prático. Ressalta-se a necessidade ao incentivo à criação de projeto de extensão em saúde em comunidades rurais tradicionais, como comunidades indígenas, quilombolas e ribeirinhas, principalmente na região Norte do Brasil, que possui comunidades que refletem a história e a miscigenação brasileira. Os projetos de extensão geram benefícios tanto para os acadêmicos quanto para os pacientes³⁹.

Percebe-se ainda a necessidade da implementação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) fluviais. Tais embarcações, ao percorrerem os rios da Amazônia, poderiam fornecer assistência à saúde de comunidades ribeirinhas distantes, diminuindo distâncias e quebrando barreiras geográficas, sociais e econômicas entre as populações. Essa iniciativa poderia permitir a implementação do seguimento de consultas e acompanhamentos médicos, como PCCU e pré-natal.

Sobre antecedentes médicos de cânceres ginecológicos, todas as mulheres entrevistadas negaram antecedentes pessoais. Porém, 39,4% das mulheres entrevistadas afirmaram antecedentes familiares em parentes de 1º e 2º grau de câncer de mama (6,1%) e câncer de útero (33%).

O Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer (INCA), seguindo a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, preconiza que o rastreio do câncer do colo de útero com exame citológico possui indicação em mulheres com idade de 25 a 60 anos com frequência de uma vez ao ano e, após dois exames citológicos anuais consecutivos com resultado negativo, com frequência de uma vez a cada três³⁸. Aditivamente, o Ministério da Saúde, seguindo as atualizações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), iniciou a vacinação precoce contra o HPV (papiloma vírus humano) em 2014 para meninas com idades entre 9 a 13 anos para proteção contra principalmente os subtipos 16 e 18, que causam 70% dos casos de câncer de colo de útero³⁴.

Pode-se inferir que a prevalência de mulheres com antecedentes médicos familiares de câncer de colo de útero possui como causa provável uma política nacional de rastreio de cânceres ginecológicos com aplicabilidade fraca no passado, a vacinação contra HPV tardia com início apenas a partir da década de 2010 e a dificuldade de acesso a postos de saúde próximos à comunidade ribeirinha.

Entre as 33 mulheres participantes da pesquisa, 32 mulheres afirmaram que engravidaram (97%) e 39,4% recordaram que eram adolescentes, ao passo que 57,6% eram adultas à primeira gestação. Tais dados são consonantes com a pesquisa do Cabral, Cella e Freitas (2020)¹ com mulheres ribeirinhas do Estado do Amazonas, na região Norte do Brasil, que verificou que parte das mulheres participantes da pesquisa iniciaram a gravidez durante a adolescência e menoridade. Sabe-se que a mulher adolescente possui imaturidades anatômicas e fisiológicas e a gravidez na adolescência possui riscos tanto para a saúde da mulher quanto para a saúde do feto e consequências negativas individuais e coletivas familiares^{40,41}.

Sobre a gestação, a maioria das mulheres tiveram mais de uma gestação (84,4%), com intervalo de tempo entre as gestações variáveis, mas predominantemente entre a dois a quatro anos (63%). O presente estudo corrobora com o estudo de Schummers, et al. (2019)⁴² que aponta que gestações com um período de, em média, 18 meses entre si diminuem os riscos de complicações na gestação e no parto para a mãe e para o bebê.

Sobre o parto, a maioria foi a termo (84,4%), ou seja, entre a 37^a e a 42^a semana de gestação e a maioria foi do tipo vaginal (78,1%) e sem intercorrência (62,5%). Os dados diferenciam dos dados da pesquisa de Alvez, et al (2021)⁴³ e do Brasil (2019)⁴⁴, que concluíram que a maioria dos partos foram do tipo cesáreo na última década no Brasil, mas com tendência a diminuição nos últimos anos. As diferenças possuem como explicação provável as características demográficas, gestacionais e obstétricas diferentes entre as mulheres grávidas.

Entretanto, pode-se destacar a intervenção da episiotomia (37,5%) durante o parto, que as mulheres entrevistadas citavam com incômodo. O sentimento negativo das mulheres ao relembrar o episódio de episiotomia coincide com a pesquisa de Oliveira, Peralta e Sousa (2019)⁴⁵ com parteiras e parturientes ribeirinhas, que criticaram negativamente a técnica e associaram com déficits técnicos, funcionais e estéticos.

Ainda sobre o parto, a maioria dos nascimentos foram em hospitais (93,8%) de cidades próximas à comunidade, como Abaetetuba, Barcarena e Belém, no Estado do Pará. Esse dado corrobora com a pesquisa de Santos (2020)⁴⁶ que evidenciou que, em comunidades ribeirinhas do Estado do Amazonas, a maioria dos nascimentos foram também em âmbito hospitalar. Adicionalmente, a mesma pesquisa identificou que o parto e complicações na gravidez e no puerpério são motivos principais para que os ribeirinhos se encaminhem a hospitais com serviços de urgência e emergência em cidades próximas à comunidade, principalmente em períodos de cheia da maré dos rios, com a criação de atalhos entre as ilhas, que diminui o tempo de deslocamento entre os locais.

Sobre a gestação, 5 participantes (15,6%) informaram antecedente pessoal de perda gestacional na primeira metade da gestação e 3 participantes informaram que a perda gestacional possuiu como causa o trauma abdominal por queda de bicicleta, queda de rede e queda de açazeiro. As causas refletem a prática de hábitos regionais pelas mulheres ribeirinhas, mas que podem resultar em riscos para a gravidez.

Ainda sobre perda gestacional, adicionalmente, uma participante alegou que sua perda gestacional possuiu como causa a picamalácia ou alotriofagia perversão alimentar durante a gravidez (no caso, o não suprimento ao popular “desejo de grávida”). A relação entre o “desejo de grávida” e a perda gestacional podem refletir a cultura regional e a percepção da mulher ribeirinha sobre a gravidez, entretanto, deve-se frisar que não existem registros na literatura que correlacionem o transtorno alimentar na gravidez com abortos espontâneos. Ademais, deve-se citar que a pesquisa de Miao, Young e Golden (2015)⁴⁷ relacionou a picamalácia com risco maior de níveis baixos de hemoglobina, hematócrito e zinco na mulher durante a gravidez.

Sobre planejamento familiar, a maioria afirmou que não sabia a definição do termo (60,6%). Aditivamente, a maioria também informou que as gestações não foram planejadas (68,8%) e que não desejam ter mais filhos (90%). Paralelamente, a pesquisa do Parmejiani, et al. (2020)³⁵ mostrou correlações entre o desconhecimento ou desamparo ao planejamento familiar com o número de gestações não planejadas e o desejo de ter menos filhos. Pode-se considerar a relevância do investimento em políticas públicas para difundir o planejamento familiar e reprodutivo.

As mulheres ribeirinhas entrevistadas possuem conhecimentos corretos sobre a definição e os objetivos do pré-natal. A informação corrobora com a pesquisa do Pereira, et al (2018)⁴⁸, estudo qualitativo com outras mulheres ribeirinhas grávidas, na

Unidade Básica de Saúde (UBS) da Ilha do Combu, ínsula da cidade de Belém, que evidenciaram, por meio de entrevistas, os entendimentos corretos das pacientes grávidas sobre o pré-natal. Além disso, a pesquisa também constatou que os conhecimentos corretos sobre o pré-natal possuem relação diretamente proporcional à aderência ao pré-natal⁴⁸.

Entre as mulheres pesquisadas que engravidaram, em que a maior parte afirmou que fez pré-natal das gestações (90,9%) em UBS de cidades próximas à comunidade ribeirinha. Paralelamente, entre as mulheres pesquisadas, a maior parte também possui escolaridade baixa (60,6%), com ensinos incompletos. Estes dados incompatibilizam com a pesquisa do Basso, et al. (2009)⁴⁹, estudo que aponta que a escolaridade materna menor possui associação direta com menor busca por assistência à saúde da gestação.

Entre as mulheres que engravidaram e afirmaram que fizeram pré-natal, a maioria alegou que iniciou o pré-natal com idades gestacionais referentes ao primeiro trimestre de gravidez (73.3%). Ainda, a maioria reiterou também que fez seis ou mais de seis consultas de pré-natal com atendimentos com médicos e enfermeiros, intercaladamente. Essas informações corroboram com a pesquisa de Pereira, et al (2018)⁴⁸, o qual demonstrou em seu estudo que maioria das mulheres ribeirinhas também iniciou o pré-natal no primeiro terço da gravidez e também fez seis ou mais consultas de pré-natal. Os dados acordam com as recomendações sobre pré-natal do Ministério da Saúde, que preconiza início do pré-natal no primeiro trimestre de gravidez para rastreamento, diagnóstico e tratamento precoce de anormalidade maternas e fetais⁵⁰.

Sobre as complicações na gestação, prevaleceu-se a infecção do trato urinário (68,4%), dado que concorda com a literatura médica. Segundo Zugaib, Pulcineli e Francisco (2019)⁵¹, durante a segunda metade da gestação, na fase catabólica, a placenta secreta outros hormônios, como hormônio lactogênico placentário (hLP) e a prolactina, que causa gliconeogênese, lipólise e resistência periférica à insulina, que resulta em hiperglicemia e hiperinsulinemia pós-prandial.

Também segundo Zugaib, Pulcineli e Francisco (2019)⁵¹, durante a gravidez, há aumento da volemia e da taxa de filtração glomerular e diminuição da reabsorção nos túbulos renais, que causa aumento do débito urinário, diminuição da densidade da urina, alcalinização da urina, glicosúria e aminoacidúria. Ainda durante a gravidez, há também diminuição do tônus muscular do músculo liso e diminuição da motilidade

do trato urinário, que causam refluxo vesico-uretral e estase da urina e, em associação com a dextrorrotação do útero, causam disfunções no sistema urinário.

Assim, sumariamente, conforme Fernandes (2018)³⁴, as alterações na anatomia e na fisiologia da mulher grávida podem criar um meio favorável à proliferação de microrganismos no trato urinário, principalmente bactérias. Estas situações podem justificar a prevalência de infecções urinárias nas complicações da gestação das mulheres da comunidade ribeirinha.

Ainda sobre complicações na gestação, destacou-se também a síndrome hipertensiva específica da gravidez (SHEG; 42,1%). A hipertensão arterial sistêmica na gestação possui diagnóstico e tratamento nas consultas médicas do pré-natal; dessa forma, esta situação pode refletir uma inacessibilidade de mulheres ribeirinhas ao pré-natal por fatores geográficos e sociais e econômicos, como na revisão de Ca, et al. (2022)⁵². Ademais, a hipertensão arterial na gestação pode evoluir para pré-eclâmpsia e eclampsia, patologias que possuem mortalidade alta em comunidades tradicionais rurais⁵³. Tais complicações assomam a importância do pré-natal para a manutenção da saúde do binômio materno-fetal.

Ao questionamento sobre planejamento familiar, a maioria das mulheres responderam que não sabiam sobre. A afirmação gera preocupação, pois o planejamento reprodutivo é de total importância para estabelecer um desenvolvimento populacional adequado. Nele, os indivíduos ou casais são assistidos pelos profissionais da saúde e desse modo cria-se uma paternidade responsável.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo identificou o perfil sociodemográfico e de saúde sexual e reprodutiva das mulheres ribeirinhas da comunidade Genipaubá, no Baixo Acará, no Estado do Pará (PA).

Os dados demográficos identificaram que as mulheres ribeirinhas da comunidade são da faixa etária adulta com idades entre 25 e 50 anos, possuem um perfil étnico pardo e preto e perfil religioso evangélico e católico, com relacionamentos do tipo união estável e casamento, ambos com mais de uma década de duração.

Os dados sociais identificaram que as mulheres ribeirinhas da comunidade possuem um perfil educacional com escolaridades baixas e perfil econômico com trabalhos informais com faturamento mensal inferior a um salário mínimo e dependência de auxílio financeiro do Governo Federal. As mulheres ribeirinhas da comunidade moram em casas de madeira, local em que residem há mais de 10 anos.

Os dados sobre vida sexual verificaram que as mulheres ribeirinhas possuem perfil sexual com menarca em idades normais, mas com coitarca em idades precoces. Aditivamente, as mulheres ribeirinhas desconhecem o significado do termo “Infecções Sexualmente Transmissíveis” e sobre a própria sorologia para IST. Sumariamente, as mulheres ribeirinhas conhecem o significado do termo “métodos contraceptivos” e que possuem e preferem métodos contraceptivos cirúrgicos e definitivos a métodos contraceptivos não-cirúrgicos e temporários.

Adicionalmente, os dados de vida sexual verificaram que as mulheres ribeirinhas possuem antecedentes médicos familiares de 1º e 2º graus de câncer de útero.

Os dados sobre saúde reprodutiva verificaram que as mulheres ribeirinhas locais possuem perfil reprodutivo com duas ou mais gestações com intervalo igual ou superior a dois anos entre as gestações e com pré-natal correto, segundo o Ministério da Saúde. Adicionalmente, as gestações possuíram complicações que possuem prevenção e tratamento no pré-natal. Sumariamente, as gestações possuíram partos predominantemente vaginais e hospitalares com casos de episiotomia.

A maioria das mulheres ribeirinhas desconhecem o significado do termo “planejamento familiar”.

REFERÊNCIAS

1. Cabral I, Cella W, Freitas SR. Comportamento reprodutivo em mulheres ribeirinhas: inquérito de saúde em uma comunidade isolada do Médio Solimões, Amazonas, Brasil. *Saúde Debate*. 2020; 44(127): 1066-1078.
2. Sousa BC, Santos RS, Santana KC, Souza R, Leite AJM, Medeiros DS. Sexual behavior and associated factors in rural adolescents. *Rev. Saúde Pública*. 2018 [citado em 17 de abril de 2017]; 52: 39.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico de 2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/indez.php?dados=10&uf=00> (acessado em 20/maio/2021)
4. Gama ASM, Fernandes TG, Parente RCP, Secoli SR. Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [citado 2021 Abr 17]; 34(2): e00002817.
5. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP, Portugal JKA, Reis MHS, et al. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. *Rev Pan Amaz Saude*.2020;11(1):1-7.
6. Lira TM, Chaves MPSR. Comunidades Ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. *INTERAÇÕES*, Campo Grande, MS, v. 17, n.1, p. 66-76, jan;/mar. 2016.
7. Medeiros MS, Augusto LGS, Barca S, Sacramento DS, Neta ISS, Gonçalves IC et al . A saúde no contexto de uma reserva de desenvolvimento sustentável: o caso de Mamirauá, na Amazônia Brasileira. *Saude soc*. 2018 Jan [citado em 17 de abr de 2021] ; 27(1): 128-148
8. Ribeiro LL, Moreira WC, Carvalho ARB, Sousa MCP, Carvalho ML, et al. Vulnerabilidades de pescadores de comunidades ribeirinhas às Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Ver, Cubana de Enfermería*. 2017; 33(2):532-43
9. Franco EC, Santo CE, Arakawa AM, Xavier A, França ML, Oliveira NA, et al. Promoção da saúde da população ribeirinha Da região amazônica: relato de experiência. *Rev. CEFAC*. 2015; 17(5):1521-1530.
10. Silva AR, Lopes CM, Muniz PT. Inquérito do preservativo em ribeirinhos do Rio Acre: porte, acondicionamento, uso e risco de infecção pelas DSTs. *Rev Bras Enferm*.2005; 58(1):17-
11. Oliveira BFA, Mourão DS, Gomes N, Costa JMC, Souza AV, Bastos WR, et al. Prevalência de hipertensão arterial em comunidades ribeirinhas do Rio Madeira, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad Saude Publica*. 2013 ag;29(8): 1617-30.

12. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
13. Portaria Nº 2.311, de 23 de outubro de 2014.
14. Figueira MCS, Silva WP, Marques D, Bazilio J, Pereira JA, Vilela MFG et al. Atributos da atenção primária na saúde fluvial pela ótica de usuários ribeirinhos. *Saúde debate*. Jun de 2020 [citado em 17 de abril de 2021]; 44(125): 491-503
15. Kadri MR, Santos BS, Lima RTS, Schweickardt JC, Martins FM. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019 [citado em 17 de abril de 2021]; 23: e180613
16. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, Correia PC, Torres MV, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *International Journal for Equity in Health* (2020) 19(54):1-14
17. Silva LB, Rodrigues ILA, Nogueira LMV, Silva IFS, Santos FV. Conhecimento de profissionais da atenção primária em saúde sobre política de saúde para populações ribeirinhas. *Rev Bras Enferm.*2020;73(5):1-6
18. Figueira MC, Marques D, Vilela MF, Pereira JD, Bazílio J, Silva EM. Fluvial family health: work process of teams in riverside communities of the Brazilian Amazon. *Rural and Remote Health.*2020;20(3):1-9
19. Pinheiro YT, Pereira NH, Freitas GDM. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. *Cad. saúde colet.* 2019 Dec [citado em 17 de abril de 2017]; 27(4): 363-367
20. Santos RCAN, Silva RM, Queiroz MVO, Jorge HMF, Brilhante AVM. Realidades e perspectivas de mães adolescentes na primeira gravidez. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. Fevereiro de 2018 [citado em 17 de abril de 2021]; 71 (1): 65-72.
21. Pinheiro Yt, Pereira NH, Freitas GDM. Fatores associados à gravidez em adolescentes de um município do nordeste do Brasil. *Cad. saúde colet.* [Internet]. 2019 Dec [citado em 17 de abril de 2021]; 27 (4): 363-367
22. Araujo MRA, Tavares MS, Souza VRFPPF, Bezerra DO. Saúde sexual e reprodutiva na etnia Xukuru do Ororubá: diga às mulheres que avancem. *Saúde debate*. 2020 Mar [citado em 17 de abril de 2021]; 44 (124): 193-204
23. Aguiar SA, França SAS, Santana BB, Santos MB, Freitas FB, Ferreira G, et al. Human T-lymphotropic virus 1aA circulation and risk factors for sexually transmitted infections in an Amazon geographic area with lowest human development index (Marajó Island, Northern Brazil). *BMC Infectious Diseases.*2017;17(1):758-769
24. Barbosa KF, Batista AP, Nacife MBPSL, ViannaVN, Oliveira WW, Machado EL 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*. 2019 [citado de 17 de abril de 2021]; 28(2): e2018408
25. Borges MFSO, Silva IF, Koifman R. Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 Jun [citado em 17 de abril de 2021]; 25 (6): 2237-2246.
 26. Rocha DAP, Filho RAAB, Marinõ JM, Santos CMB. “Hidden” sexually transmitted infections among women in primary care health services, Amazonas, Brazil. *International Journal of STD & AIDS*. 2015;25(12):878-856.
 27. Rocha DAP, Moraes CO, Araujo AF, Beltrao ES, Santos LC, Mata L, et al. Chlamydia trachomatis infection in women living in remote areas in Amazonas, Brazil—a self-collection screening experience. *International Journal of STD & AIDS*. 2018.0(0):1–8
 28. Azevedo MJN, Nunes SS, Oliveira FG, Rocha DAP. High prevalence of Chlamydia trachomatis in pregnant women attended at Primary Health Care services in Amazon, Brazil. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 2019; 61(6):1-8
 29. Santos LM, Vieira MRMS, Oliveira JFG, Trindade JQ, rasiliense DM, et al. High prevalence of sexual Chlamydia trachomatis infection in young women from Marajo Island, in the Brazilian Amazon. *PLoS ONE*. 2018; 13(11):1-12
 30. NERI ITT., cartografia de saberes de mulheres ribeirinhas em uma classe hospitalar na amazônia paraense. 2018. Tese (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação Mestrado. Universidade do Estado do Pará. Pará, Belém, 2018
 31. Gloria P, Piperata BA. Modos de vida dos ribeirinhos da Amazônia sob uma abordagem biocultural. *Antropologia Biológica*. 2019; 1(01):45-51
 32. Martinot JF, Pereira HS, Silva SCP. Coletar ou Cultivar: as escolhas dos produtores de açaí-da-mata (*Euterpe precatoria*) do Amazonas. *RESR*. 2017. 55(04): 751-766
 33. Associação de Mulheres Pescadoras e Trabalhadoras Rurais da Ilha de Itacoãzinho, Igarapé Caixão e Igarapé Genipaúba – ASMAMI. Movimento das Peconheirase Peconheiros da Ilha de Itacoãzinho, Igarapé Caixão e Igarapé Genipaúba – Baixo Acará, Pará. 2007
 34. FERNANDES, C.E. Tratado de Obstetrícia Febrasgo. 1ª Ed. Elsevie, 2018
 35. Parmejiani EP, Queiroz ABA, Pinheiro AS, Cordeiro EM, Moura MAV, Paula MBM. Saúde sexual e saúde reprodutiva da população ribeirinha: revisão integrativa. *Rev Esc Enferm*. 2020. 55(01):1-12
 36. BRASIL. Ministério da Saúde. SIFILIS 2021. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. Número Especial. Out, 2021

37. Araújo TCV, Souza MB. Atuação das equipes de Atenção Primária à Saúde no teste rápido para Infecções Sexualmente Transmissíveis. SAÚDE DEBATE. 2021. 45(131):1075-1087
38. Paula MA, Simoes LA, Mendes JC, Viera EW, Matozinhos FP, Silva TMR. Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica. Ciências e Saúde Coletiva. 2022. 27(08): 3331-40.
39. Martins AC, Schlosser AR, Arruda RA, Klein WW, Andrade BWB, Labat ALB, et al. Ensino Médico e Extensão em Áreas Ribeirinhas da Amazônia. Revista brasileira de educação médica. 2013. 37(04): 566-572
40. Oliveira MJP, Lanza LB. Educação em saúde: doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2018. 20(03):138-41
41. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
42. Schummers, L., Hutcheon JA, Diaz SH, et al. Association of Short Interpregnancy Interval With Pregnancy Outcomes According to Maternal Age. JAMA Intern Med. 2019. 78(12):1661-1670.
43. Alvez RSS, Silva MPB, Leite AC, Ssilva ER, Cunha JA, Carvelho MM, et al. Research, Society and Development. 2021. 10(6):1-7.
44. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018: Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. 2019.
45. Oliveira RS, Peralta N, Sousa MSS. As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. Revista latino-americana. 2019. 01(33): 79-100.
46. SANTOS, ICPAM.; o “pulso das águas” e o acesso à rede de urgência e emergência da população ribeirinha na região do baixo amazonas/am. 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal Do Amazonas. Manaus, 2020.
47. Miao D, Young SL, Golden CD. A Meta-Analysis of Pica and Micronutrient Status. American journal of human biology. 2015. 27(01): 84-93.
48. Pereira AA, Silva FO, Brasil GB, Rodrigues ILA, Nogueira LMV. Percepções de gestantes ribeirinhas sobre a assistência pré-natal. Cogitare Enferm. 2018. 23 (04): 1-8
49. BASSO, B.; et al. A influência da escolaridade na busca a assistência ao pré-natal das parturientes do hospital regional de Humaita-AM-BRASIL. 8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Sexualidade, Gênero e Saúde. 2009.

50. BRASIL, Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012
51. ZUGAIB, M.; PULCINELI, R.; FRANCISCO, V. Zugaib – obstetrícia. 4ª ed. São Paulo: Manole, 2019.
52. Ca AB, Dabo C, Maciel NS, Monte AS, Sousa LB, Chaves AYL, et al. Lacunas da assistência pré-natal que influenciam na mortalidade materna: uma revisão integrativa. Rev Enferm Atual In Derme. 2022. 96(38):1-16.
53. Santos DR, Nogueira LMV, Paiva BL, Rodrigues ILA, Oliveira LF, Caldas SP. Mortalidade materna na população indígena e não indígena no Pará: contribuição para a vigilância de óbitos. Escola Anna Nery. 2017. 21(04):1-9.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO: “COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DE MULHERES RIBEIRINHAS HABITANTES DE UMA COMUNIDADE NO BAIXO ACARÁ, PARÁ, BRASIL”

SOBRE A PESQUISA

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**Comportamento sexual e reprodutivo de mulheres ribeirinhas habitantes de uma comunidade no Baixo Acará, Pará, Brasil**”. Caso aceite, você participará de uma entrevista individual que lhe questionará a respeito de aspectos reprodutivos e sexuais e do acesso a saúde, além de perguntas sobre sua idade, estado civil e nível de escolaridade.

O QUE SERÁ FEITO COM AS INFORMAÇÕES PRESTADAS

As informações obtidas serão utilizadas somente para esta pesquisa e não serão divulgadas quaisquer informações que possam lhe identificar. Também não será coletado nenhum material biológico (sangue, saliva, cabelo etc.) ou imagens (fotos). Os dados serão utilizados única e exclusivamente para o estudo, que possui o objetivo de caracterizar o perfil sexual, reprodutivo e epidemiológico de mulheres ribeirinha habitantes da comunidade de Genipaubá, no Baixo Acará, Pará (PA), Brasil, por meio de um protocolo próprio dos pesquisadores, que consiste em um formulário semiestruturado com perguntas demográficas, sociais, sexuais, ginecológicos e reprodutivos da população feminina da comunidade. Todas as fichas serão guardadas por um período de 05 anos e posteriormente serão incineradas.

RISCOS, PREVENÇÃO E BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO DA PESQUISA

Como participante, você possui o risco de vazamento de informações e exposição dos dados coletados. Para prevenir esse risco, suas informações pessoais como nome completo, endereço residencial, telefone de contato ou e-mail não serão coletados, sua identidade será um sigilo e você e seus dados serão identificados por meio de códigos numéricos, que serão armazenados em um banco de dados que apenas os pesquisadores autores do estudo terão acesso e apenas para análise estatística e divulgação em gráficos e tabelas nos resultados do estudo.

Sua participação na pesquisa contribuirá com informações estatísticas para o traçado de um perfil feminino da comunidade e acarretará em benefícios para a comunidade ribeirinha, como atividades educativas e assistenciais em saúde que interfiram no processo saúde-doença; para a comunidade científica, como estudos e pesquisas sobre comunidades tradicionais do país;

e para os pesquisadores, como conhecimento cultural e científico sobre as comunidades ribeirinhas, contribuindo para a formação acadêmica e profissional.

GARANTIAS E INDENIZAÇÕES

Você tem como garantia a liberdade de desistir e deixar de participar do estudo em qualquer momento, sem prejuízos ou danos, e os dados coletados até então serão excluídos. Em caso de dano pessoal, diretamente provocado pelos procedimentos adotados pelos pesquisadores, você terá direito às indenizações legalmente estabelecidas. Você tem direito de se manter informado a respeito da pesquisa, para isto, a qualquer momento do estudo, você, seus responsáveis e ou familiares terão acesso aos responsáveis pela pesquisa, para esclarecimento de dúvidas. Além disso, este termo será entregue em duas vias, ficando uma cópia com o participante e outra com o pesquisador.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Caso um participante precise entrar em contato com os pesquisadores Jéssica Maria Gouveia Dias (91981653053 ou jessica17250218@aluno.cesupa.br), José Lucas Dias Souza (91996127451 ou jose18250065@aluno.cesupa.br) ou Mário Roberto Cardoso Tavares de Albuquerque (mario.albuquerque@prof.cesupa.br), poderá encontrá-los de segunda a sexta-feira, pela manhã, no Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), Campus João Paulo do Valle Mentis, na Av. Almirante Barroso n.3775, bairro Souza – Belém-PA, ou pelo telefone (91) 3205-9000, ou ainda poderá entrar em contato com o Comitê de ética em pesquisa do CESUPA na Av. Gov. José Malcher n.1963, bairro Nazaré – Belém-PA. E-mail: cep@cesupa.br e telefone: (91) 4009 - 9100.

FINANCIAMENTOS

Este trabalho será realizado com recursos próprios dos pesquisadores, não tendo financiamento ou coparticipação de nenhuma instituição de pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não haverá nenhum pagamento por sua participação.

DECLARAÇÃO

Declaro que entendi as informações lidas ou que me explicaram sobre essa pesquisa e que conversei com as pesquisadoras sobre minha decisão de participar desse estudo, ficando entendido para mim quais são os objetivos da pesquisa, o que acontecerá durante a entrevista,

quais os possíveis riscos, as garantias de anonimato e de informações a qualquer momento. Ficou claro também que minha participação não será paga, nem terei gastos, mesmo se eu quiser desistir de participar da pesquisa e que se acontecerem danos posso pedir indenizações de acordo com a lei. Concordo voluntariamente em participar desse estudo podendo mudar de ideia a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem precisar explicar o porquê da desistência, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço.

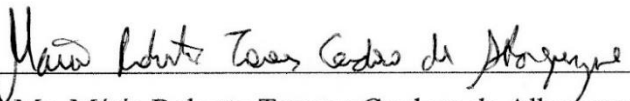
Belém, ____ de _____ de 2022

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunha A

Testemunha B

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste sujeito da pesquisa.


Prof. Me. Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque
Pesquisador Responsável
CRM-PA: 11664

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

“COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DE MULHERES RIBEIRINHAS HABITANTES DE UMA COMUNIDADE NO BAIXO ACARÁ, PARÁ, BRASIL.”

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

IDENTIFICAÇÃO

Nome (abreviação):

Data de nascimento (dia/mês/ano):

PARTE 01: DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS

Idade:

Etnia/raça:

- Branca;
 Parda/mestiça;
 Negra.

Religião:

Nível de escolaridade:

- Analfabeto;
 Ensino Fundamental incompleto;
 Ensino Fundamental completo;
 Ensino Médio incompleto;
 Ensino Médio completo;
 Ensino Superior incompleto;
 Ensino Superior completo.

Estado civil:

- Solteira;
 União estável – tempo de relacionamento:
 Casada – tempo de relacionamento:
 Viúva – tempo:

Profissão/atividade laboral:

Renda familiar (salário mínimo atual: R\$ 1.212,00):

- Sem renda;
 < 1 salário mínimo;
 1 salário mínimo;
 > 1 salário mínimo;
 Prefere não/não sabe referir.

Recebe auxílio/benefício financeiro governamental?

- Sim – qual?
 Não.

Tipo de moradia:

Tempo de residência na comunidade:

- < 10 anos;
 > 10 anos.

PARTE 02: DADOS DE VIDA SEXUAL

Idade da menarca (1ª menstruação):
Idade da coitarca (1ª relação sexual):
Número de parceiros sexuais:
Sabe o que são métodos contraceptivos? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> Não.
Quais métodos contraceptivos usa ou usou? <input type="radio"/> Métodos contraceptivos convencionais – qual(is)? <input type="radio"/> Métodos contraceptivos caseiros – qual(is)? <input type="radio"/> Esterilização feminina (laqueadura); <input type="radio"/> Esterilização masculina (vasectomia); <input type="radio"/> Não utiliza métodos contraceptivos atualmente; <input type="radio"/> Nunca utilizou métodos contraceptivos anteriormente.
Sabe o que é exame preventivo/PCCU/Papanicolau? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> Não.
Já fez exame preventivo/PCCU/Papanicolau? <input type="radio"/> Sim; → Se sim, há quanto tempo fez o último exame preventivo/PCCU/Papanicolau? <input type="radio"/> Não.
Sabe o que são Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> Não.
Tem antecedente médico pessoal de IST? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> Não; <input type="radio"/> Não sabe referir.
Se sim, qual? <input type="radio"/> HPV; <input type="radio"/> Herpes genital; <input type="radio"/> Gonorreia; <input type="radio"/> Clamídia/Linfogranuloma Venéreo (LGV); <input type="radio"/> Doença Inflamatória Pélvica (DIP); <input type="radio"/> Donovanose/granulomas, em geral; <input type="radio"/> Cancro mole; <input type="radio"/> Sífilis; <input type="radio"/> HIV; <input type="radio"/> Hepatite B; <input type="radio"/> Hepatite C; <input type="radio"/> Outra(s) – qual(is)? <input type="radio"/> Prefere não/não sabe referir.
Tem antecedente médico pessoal de câncer ginecológico? <input type="radio"/> Sim – qual(is) e qual tratamento? <input type="radio"/> Não.
Tem antecedente médico familiar de câncer ginecológico? <input type="radio"/> Sim – qual(is) e em quem? <input type="radio"/> Não.

PARTE 03: DADOS DE VIDA REPRODUTIVA
--

Já engravidou? <input type="radio"/> Sim – pretende ter mais filho(s)? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> não. <input type="radio"/> Não – pretende ter filho(s)? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> não.
Número de gestações: Se mais de uma gestação, qual o tempo entre as gestações?
Idade da 1ª gestação: A gestação foi planejada? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> não.
A gestação foi aceita? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> não.
Idade gestacional do parto: Tipo de parto:
Intervenção no parto? <input type="radio"/> Sim – qual(is)? <input type="radio"/> Não.
Local de parto: Perda gestacional: <input type="radio"/> Sim – qual motivo e com quantas semanas/meses? <input type="radio"/> Não.
Sabe o que é pré-natal? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> Não.
Fez pré-natal? <input type="radio"/> Sim; → Se sim, começou o pré-natal com quantas semanas/meses de gestação? → Se sim, quantas consultas de pré-natal? <input type="radio"/> < 6 consultas; <input type="radio"/> > 6 consultas. <input type="radio"/> Não; → Se não, qual motivo?
Complicações na gestação? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> Não; <input type="radio"/> Não sabe referir.
Se sim, qual(is)? <input type="radio"/> Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na gestação; <input type="radio"/> Pré-eclâmpsia; <input type="radio"/> Eclâmpsia; <input type="radio"/> Trombose Venosa Profunda (TVP); <input type="radio"/> Infecção do Trato Urinário (ITU) – se sim, tratou? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> não. <input type="radio"/> Diabetes Mellitus Gestacional (DMG); <input type="radio"/> Corrimento vaginal – se sim, tratou? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> não. <input type="radio"/> Sangramento na 1ª metade da gestação – se sim, qual motivo? <input type="radio"/> Sangramento na 2ª metade da gestação – se sim, qual motivo? <input type="radio"/> Trauma – qual? <input type="radio"/> Outra(s) – qual(is)? <input type="radio"/> Prefere não/não sabe referir.
Sabe o que é planejamento familiar? <input type="radio"/> Sim; <input type="radio"/> Não.

APÊNDICE C

FOLDER COM INFORMAÇÕES E ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A SAÚDE DA MULHER

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

- O QUE SÃO MÉTODOS CONTRACEPTIVOS?

Os métodos contraceptivos são formas de evitar uma gravidez não desejada – você deve conhecer alguns métodos contraceptivos mais comuns, como a caminha e o anticoncepcional oral.



- EXISTEM OUTROS QUE POSSO USAR?

Sim, com certeza! Existem muitos outros métodos contraceptivos, como o anticoncepcional injetável e o DIU – você deve procurar um médico para avaliar qual método você se sente mais segura e confortável de usar.





“O autocuidado é um ato de amor com a pessoa mais importante da sua vida: you!”





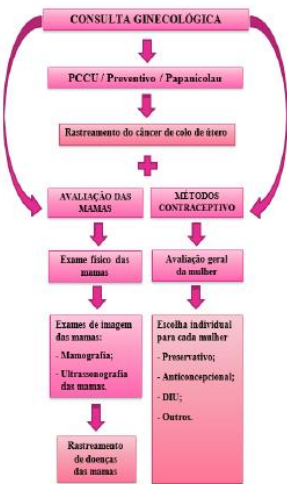
Centro Universitário do Estado do Pará
Curso de Medicina

Saúde da Mulher



O QUE É A CONSULTA GINECOLÓGICA?

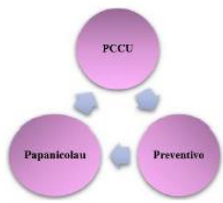
A consulta ginecológica é o atendimento médico voltado para a saúde da mulher, em que são feitos exames específicos para o rastreamento e a prevenção de doenças comuns na mulher.



EXAMES PPCU/PREVENTIVO/PAPANICOLAU


- O QUE SÃO ESSES EXAMES?

Os exames PCCU, preventivo ou Papanicolaou possuem nomes diferentes, mas, na verdade, são o mesmo exame e possuem o mesmo objetivo.



- PARA QUE SERVE O EXAME PREVENTIVO?

Os exames preventivos possuem o objetivo de avaliar o colo do útero e rastrear o câncer do colo de útero.



- QUEM DEVE FAZER ESSES EXAMES?

Mulheres que têm ou tinham vida sexual ativa, principalmente com idade entre 25 e 59 anos, e com frequência anual, ou seja, pelo menos uma vez ao ano.


EXAMES DAS MAMAS

- QUAIS SÃO OS EXAMES DAS MAMAS?

Os exames das mamas são o exame físico e a mamografia.

O exame físico das mamas é um exame comum, em que a mulher expõe as mamas e o médico avalia, por meio da inspeção e da palpação das mamas e do tórax, e procura alterações.













A mamografia é um exame de imagem, em que a mulher coloca a mama sobre um aparelho de raios-X, que pressiona a mama e fotografa a parte interna da mama, e o médico avalia a foto e procura alterações.



- QUEM DEVE FAZER ESSES EXAMES?

Exame físico das mamas: a partir de 40 anos de idade;
Mamografia: entre 40 e 74 anos de idade.

Você deve procurar um médico se possuir nas mamas os sinais ou sintomas seguintes:

 Protuberâncias:	 Veias cruzadas	 Retração
 Coceira/picorão no mamilo ou na pele	 Partidas/paqueras na pele	 Retração do mamilo
 Mudança de forma da pele, com aspecto de casca de laranja	 Veredilhado, ardor ou coceira na pele ou mamilo	 Mudanças de forma
 Acomodado	 Saída de líquido do mamilo	 Endurecimento

ANEXO A

PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPORTAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO DE MULHERES RIBEIRINHAS HABITANTES DE UMA COMUNIDADE NO BAIXO ACARÁ, PARÁ, BRASIL

Pesquisador: Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51267821.6.0000.5169

Instituição Proponente: Centro Universitário do Pará - CESUPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.103.097

Apresentação do Projeto:

As comunidades ribeirinhas são a população tradicional que vive às margens dos rios. Os ribeirinhos possuem características étnicas, culturais, sociais, demográficas e econômicas que remetem à descendência da miscigenação entre povos e que refletem o baixo índice de desenvolvimento humano local. As mulheres ribeirinhas possuem comportamento sexual e reprodutivo que refletem os resquícios patriarcais ainda existentes na sociedade contemporânea. Esse perfil local, atrelado às características próprias da comunidade, podem aumentar o índice de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e de gravidezes indesejadas, perpetuando problemáticas, diminuindo a qualidade de vida e desenvolvimento local. Dentro deste contexto, o estudo possui como objetivo caracterizar o perfil sexual, reprodutivo e epidemiológico das mulheres ribeirinhas. O estudo possui tipologia epidemiológica e transversal, quantitativa e descritiva e será efetivado em uma comunidade na região do Baixo Acará, Pará, Brasil. A coleta de dados

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA



Continuação do Parecer: 5.103.097

será feita com protocolo de autoria dos pesquisadores com perguntas sobre dados demográficos, ginecológicos e obstétricos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Caracterizar o perfil de saúde sexual, reprodutivo e epidemiológico de mulheres ribeirinhas habitantes da comunidade de Genipaua, no Baixo Acará, Pará (PA), Brasil.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- a) Identificar o perfil étnico, religioso, educacional, econômico, social e cultural das mulheres ribeirinhas locais;
- b) Identificar o perfil ginecológico e sexual das mulheres ribeirinhas locais;
- c) Avaliar o conhecimento sobre métodos contraceptivos e prevenção de ISTs;
- d) Definir a prevalência de IST nas mulheres ribeirinhas locais;
- e) Identificar o perfil obstétrico das mulheres ribeirinhas locais;
- f) Avaliar o conhecimento sobre planejamento familiar da comunidade do estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa pode acarretar em risco para os pesquisadores no que diz respeito ao deslocamento para área de estudo, portanto, a fim de resguardar a segurança dos pesquisadores, a coleta de dados acontecerá apenas nos turnos da manhã e tarde, uma vez que nesses períodos do dia a travessia de barco é mais acessível e segura. Somado a isso, acidentes no transporte durante a travessia, alta da maré e chuvas de grande volume podem causar transtornos. Considera-se que, por ser um estudo local, as conclusões expostas ao fim do projeto podem não possuir similaridade com a realidade de outras comunidades ribeirinhas. Desse modo, faz-se necessário que os pesquisadores deixem clara essa vertente para que não existam interpretações errôneas e generalizações, por parte dos leitores, após a publicação. Ressalta-se ainda que, mesmo com o pleno comprometimento dos pesquisadores envolvidos no estudo

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br



Continuação do Parecer: 5.103.097

acerca da não divulgação dos questionários utilizados para a análise de dados amostrais e o impreterível cumprimento por parte dos envolvidos, após a publicação, as mulheres participantes da pesquisa poderão sentir-se expostas por pertencerem à estatística resultante. Desse modo, os entrevistadores deixarão as cláusulas sobre confidencialidade do TCLE bem explicadas verbalmente e durante a leitura das mesmas durante a coleta de dados e, somado a isso, coletarão os dados em local reservado a fim de não expor as participantes.

Ademais, o risco para os pesquisados se apresenta no momento no qual suas informações confidenciais possam ser divulgadas. Com o objetivo de amenizar tal risco, dados como endereços residenciais e números de celular pessoais não serão expostos. Caso alguma participante deseje sanar dúvidas sobre a pesquisa, a mesma deverá procurar os pesquisadores no endereço ou contatos da instituição de ensino (CESUPA).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- 1) RISCOS: os riscos aos pesquisadores estão extensamente explorados, assim como as formas de reduzi-los. No entanto, no que diz respeito ao participante da pesquisa - o qual deve ter seus direitos assegurados por esse Comitê -, os riscos estimados formas de contorná-los são pobremente discutidos.
- 2) BENEFÍCIOS: embora não haja uma descrição de benefícios diretos para as participantes da pesquisa, o projeto descreve de maneira clara e objetiva quais benefícios serão oferecidos a população ribeirinha objeto de investigação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Anuência da Instituição: apresentada, de acordo.
- Aceite do orientador: apresentado, de acordo.
- Folha de rosto: apresentada, de acordo.
- TCLE: apresentado, de acordo.

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963	CEP: 66.060-232
Bairro: São Brás	
UF: PA	Município: BELEM
Telefone: (91)4009-9100	E-mail: cep@cesupa.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA



Continuação do Parecer: 5.103.097

RISCOS e BENEFÍCIOS: apresentados, de acordo.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

considerando-se os termos e documentos apresentado, bem como as justificativas e implementações decorrentes das pendências do parecer anterior. sou favorável a aprovação deste projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata parecer do(a) relator(a).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1816520.pdf	29/10/2021 20:24:43		Aceito
Outros	RespostaDePendencia.pdf	29/10/2021 20:22:57	Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuenciav2.pdf	29/10/2021 20:20:59	Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEv2.pdf	29/10/2021 20:20:32	Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhadov2.pdf	29/10/2021 20:20:14	Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Aceitedoorientador.pdf	30/08/2021 13:30:54	Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/08/2021 13:29:30	Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	30/08/2021 13:29:20	Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	30/08/2021 13:28:59	Mário Roberto Tavares Cardoso de Albuquerque	Aceito

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO
PARÁ - CESUPA



Continuação do Parecer: 5.103.097

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 12 de Novembro de 2021

Assinado por:
Celice Cordeiro de Souza
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Governador José Malcher, 1963

Bairro: São Brás

CEP: 66.060-232

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-9100

E-mail: cep@cesupa.br