

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**Vulnerabilidade relacionada às infecções sexualmente
transmissíveis em pessoas com deficiência física**

Jamilly da Silva Aragão

Campina Grande/PB

2015

Vulnerabilidade relacionada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física

Jamilly da Silva Aragão

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Orientador (a): Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

Campina Grande/PB

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A659v Aragão, Jamilly da Silva.

Vulnerabilidade relacionada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física [manuscrito] / Jamilly da Silva Aragão. - 2015.

72 p.

Digitado.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2015.

"Orientação: Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França, Departamento de Enfermagem".

1. Infecções Sexualmente transmissíveis. 2. Vulnerabilidade. 3. Sexualidade. 4. Pessoa com deficiência. I. Título.

21. ed. CDD 616.951

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jamilly da Silva Aragão

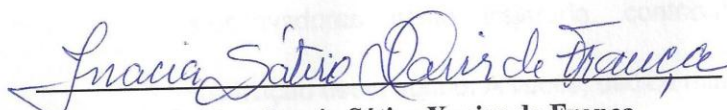
**Vulnerabilidade relacionada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas
com deficiência física**

Orientadora: Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção ao título de Mestre em Saúde Pública; Área de Concentração: Saúde Pública; Linha de pesquisa: Avaliação de Programas, Tecnologias e Serviços de Saúde.

Aprovado em 19 de novembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França
(Universidade Estadual da Paraíba/UEPB)



Profa. Dra. Carla Campos Muniz Medeiros
(Universidade Estadual da Paraíba/UEPB)



Profa. Dra. Bertha Cruz Enders
(Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN)

Dedico esta dissertação a Deus meu guia, aos meus pais, e ao meu noivo Alexsandro, por serem meus fiéis incentivadores nesta trajetória, contribuindo para a realização deste sonho. A vocês, dedico minha vitória!

Agradecimentos

A conclusão do mestrado junto à dissertação foi possível de ser realizada graças ao incentivo, apoio e disponibilidade de várias pessoas as quais manifesto os meus sinceros reconhecimentos e agradecimentos, em particular aos meus pais **Maria e José**, meu noivo **Alexsandro Coura**, minhas irmãs **Rafaella e Jaqueline**, minha orientadora **prof. Inacia Sátiro**, minha amiga **Virgínia Albuquerque**, aos amigos de turma, em especial **Micheline Dutra, Vanessa Giuliana, Patrícia Regina e Renata Cardoso**, á todos que fizeram parte do **quadro docente** e **Lidiane Melo**, as professoras que compuseram a banca de defesa, **prof. Bertha Enders** e **prof. Carla Muniz**, ao grupo de pesquisa **Gepasc, Silmara, Aldenice, Carol, Géssica, Thaise, Hellen, Daiane, Edvaildo, Jéssika e Verônica** e aos participantes do estudo.

A todos muito obrigada!

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

RESUMO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem um problema de saúde pública, visto que no mundo, a cada ano, 340 milhões de pessoas são acometidas por algum tipo destas infecções. Em se tratando dos casos de HIV/aids o controle da incidência/prevalência não é total, sendo as iniciativas de prevenção e tratamento classificadas como parcialmente exitosas. Portanto se faz necessário uma maior atenção à prevenção a fim de evitar o desenvolvimento de novos casos ou que os existentes possam evoluir para quadros mais graves. Para que os níveis de prevenção configurem-se de forma eficaz, é necessário o conhecimento sobre as condições de vulnerabilidade, que contribuem para o aparecimento de doenças e de outras complicações, principalmente em pessoas com deficiência, pois estas convivem em constantes situações que podem expô-las ao aumento da vulnerabilidade. Nesta perspectiva buscou-se analisar as condições que potencializam as dimensões de vulnerabilidade relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. Estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em 2015, em uma organização associativa do estado da Paraíba para pessoas com deficiência de Campina Grande/PB, Brasil. Participaram 98 sujeitos que responderam um formulário sobre as dimensões de vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis. Realizaram-se os testes de Qui-quadrado, Fisher e Coeficiente de contingência. Verificou-se associação entre a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis com o número de parceiros ($p=0,020$), acreditar em poucos parceiros como prevenção ($p=0,044$), acreditar na má higiene como fator de risco, idade ($p=0,007$), tipo de deficiência ($p=0,007$) e realização de consulta com urologista ($p=0,030$). Conclui-se que as infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física foram associadas às condições das três dimensões de vulnerabilidade. Por meio da caracterização das condições de vulnerabilidade é possível traçar uma prevenção específica atrelada a sua realidade individual, social e de saúde.

Descritores: Pessoas com Deficiência; Sexualidade; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

Sexually Transmitted Infections (STI) constitute a global public health problem. Each year, 340 million people are affected by some kind of STI. Incidence and prevalence control of HIV/aids cases is not complete and prevention, and treatment initiatives have been classified as partially successful. Therefore, a greater emphasis on awareness is necessary so as to prevent the development of new or existing cases and to avoid progress to more severe conditions. For which levels of prevention configure effectively, it is necessary to have knowledge about the vulnerable conditions that contribute to the onset of diseases and other complications. Considering that disabled people live in constant situations that might expose them to increased vulnerability. Therefore, there has been a search to analyze the conditions that increase dimensions of vulnerability related to sexually transmitted infections in disable individuals. In a transversal study with meaningful approach held in 2015 in an Association for the Disabled in Campina Grande/PB, Brazil, 98 individuals participated, thus answering a form on the dimensions of vulnerability to sexually transmitted infections. We conducted the chi-square test, Fisher and contingency coefficient and prevalence ratio. We identified association was found among the occurrence of sexually transmitted infections with the number of partners ($p = 0.020$), believing to have few partners as prevention ($p = 0.044$), believing low hygiene to be as a risk factor, age ($p = 0.007$) kind of disability ($p = 0.007$) and being conducted to medical appointment with urologist ($p = 0.030$). This study concluded that sexually transmitted infections in people with physical disabilities were associated with the conditions of the three dimensions of vulnerability. By characterizing vulnerable conditions, it is possible to follow a specific prevention linked to their individual, social and health reality.

Descriptors: Disabled Persons; Sexuality; Sexually Transmitted Diseases; Health Vulnerability.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
4. MÁTERIAL E MÉTODO.....	32
4.1 TIPO DO ESTUDO E LOCAL.....	32
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	33
4.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	33
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	34
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	37
5. RESULTADOS.....	38
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
7. REFERÊNCIAS	
APÊNDICES	
ANEXOS	

LISTA DE SIGLAS

ANPPS - Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde

ASDEC - Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema

CONADE - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

HPV - *Human Papiloma Virus*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IVS – Índice de Vulnerabilidade Social

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU – Organizações das Nações Unidas

PcD - Pessoas com deficiência

PNIPPD - Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

PRONAS/PcD – Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência.

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Variáveis do instrumento utilizadas na entrevista. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.....	33
Quadro 2. Distribuição das características sociodemográficas e de acesso ao serviço de saúde das pessoas com deficiência física, segundo escores/categorias de verificação, Campina Grande/PB, Brasil 2015.....	34
Quadro 3. Distribuição dos fatores de risco para infecção sexualmente transmissível das pessoas com deficiência física, segundo escores/categorias de verificação, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.....	35
Quadro 4. Caracterização das variáveis conforme dimensões de vulnerabilidade. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de pessoas com deficiência física. Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.....	43
Tabela 2. Frequência de relações sexuais e infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.....	44
Tabela 3. Associações entre a dimensão individual de vulnerabilidade e a ocorrência de infecção sexualmente transmissível em pessoas com deficiência física. Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.....	45
Tabela 4. Associações entre a dimensão social de vulnerabilidade e a ocorrência de infecção sexualmente transmissível em pessoas com deficiência física. Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.....	46
Tabela 5. Associações entre a dimensão programática de vulnerabilidade e a ocorrência de infecção sexualmente transmissível em pessoas com deficiência física. Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.....	47

1 INTRODUÇÃO

A Infecção Sexualmente Transmissível (IST), internacionalmente negligenciada, configura-se ainda como uma epidemia global, e para reduzir seu impacto na população são necessárias ações e práticas de saúde, que envolvam não somente os aspectos biológicos da doença, mas ações que influenciem os aspectos sociais, econômicos e culturais dos indivíduos que possuem a infecção e/ou a doença e os que estão em situações de vulnerabilidade^{1,2}.

Apesar da mudança no perfil epidemiológico que ocorreu no mundo, com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e decréscimo das doenças infecciosas, estas ainda constituem um problema de saúde pública. Em se tratando dos casos de HIV/aids o controle da incidência/prevalência não é total, sendo as iniciativas de prevenção e tratamento classificadas como parcialmente exitosas^{3,4}.

De acordo com dados oriundos da Organização Mundial de Saúde (OMS) a incidência de IST, no âmbito mundial, é de aproximadamente 340 milhões de novos casos⁵. Ademais sua prevalência também é elevada, agravando o problema, pois via de regra, tais enfermidades acabam facilitando a transmissão do HIV⁴. Nesse contexto, é mister o desenvolvimento de ações preventivas com o propósito de impactar no surgimento de novos casos e no agravamento daqueles já instalados. Nessa perspectiva, conhecer as condições de vulnerabilidade que influenciam no surgimento e na evolução das IST é fundamental para o processo preventivo^{6,7}.

A vulnerabilidade e o risco podem ser muitas vezes atrelados às noções de carências e de exclusão. Algumas pessoas, famílias e comunidades são vulneráveis por não disporem de recursos necessários para o enfrentamento dos riscos a que são ou estão submetidos, nem de capacidades para adotar ações e estratégias que lhes possibilitem o alcance oportuno de segurança pessoal e coletiva⁸.

O conceito de vulnerabilidade refere-se à suscetibilidade de um indivíduo que o expõe ao adoecimento, considerando aspectos denominados dimensões de vulnerabilidade individual, que compreende os aspectos biológicos, cognitivos e atitudes dos indivíduos; da vulnerabilidade social incluindo fatores sociais, culturais e econômicos; e da vulnerabilidade programática que faz menção aos recursos que são necessários para a proteção e a qualidade de vida dos indivíduos⁹.

A deficiência incide da perda ou deformidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, podendo resultar ao indivíduo redução da capacidade funcional que os leva a déficits nas habilidades, dificuldades no desempenho de atividades, como atividades da vida diária e o autocuidado, bem como, pode acarretar ao indivíduo consequências de “desvantagem”, ocasionando limitações no comportamento social^{10,11}. Neste contexto as pessoas com deficiência convivem em constantes situações que podem expô-las ao aumento da vulnerabilidade¹²

Segundo a OMS, em nível mundial, cerca de um bilhão de indivíduos evolui com algum tipo de deficiência. Esse segmento social acaba enfrentando dificuldades relacionadas com a acessibilidade devido às construções inadequadas e transportes sem adaptações, barreiras atitudinais arraigadas no preconceito e na discriminação, bem como problemas nos serviços de saúde, verificando-se falhas no oferecimento de cuidados qualificados para essa demanda¹³. No Brasil, 45,6 milhões relatam algum tipo de deficiência, destes 13.265.599 de casos correspondem a deficiência física. O Estado da Paraíba ocupa o segundo lugar entre os estados brasileiros no ranking de pessoas com deficiência (PcD)¹⁴. Sendo, portanto, uma demanda que necessita ser alvo das políticas públicas de saúde¹⁵. Sobre dados de IST em PcD, sabe-se que no Brasil, 38% das mulheres e 35% dos homens já tiveram algum tipo de ISTs⁴.

No concernente a sexualidade de PcD física, geralmente estas pessoas sofrem o preconceito social de que elas não namoram, não têm relação sexual, não se casam, não podem ter filhos e que não são estupradas^{16,17}. Resultados do relatório do Banco Mundial em conjunto com a Universidade de Yale sobre HIV/aids e deficiência demonstra que mulheres com deficiência têm três vezes mais risco de serem estupradas que as mulheres sem deficiência¹⁸. Esta representação errônea acerca da sexualidade de PcD, além de contribuir no processo de discriminação, contribui para o aumento de sua vulnerabilidade frente as situações relacionadas às ISTs⁴.

Referente à acessibilidade das PcD física, estudos demonstram que enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde da atenção primária devido as barreiras arquitetônicas nos serviços de saúde, além de dificuldades de descolamento em transportes públicos, falta de materiais, equipamentos, sistemas que possam amenizar as limitações destas pessoas, e permitir o exercício das atividades do dia a dia e da participação na vida escolar, profissional, cultural e social¹⁹⁻²⁰. Além disso, esses indivíduos apresentam baixa renda, poucos anos de estudo, em alguns casos pouca capacitação profissional e, portanto, a

maioria é desempregada, fatores esses que comprometem o seu desenvolvimento humano e social^{21,22,23}.

Deste modo, dificuldades nas condições sociais, educação, saúde e trabalho²⁴, o preconceito frente à sexualidade, bem como os diferentes tipos de barreiras que dificultam o acesso das PcD as estratégias e ações resolutivas, centradas em informações adequadas e corretas sobre direitos sexuais/reprodutivos, podem favorecer às condições de vulnerabilidade às ISTs em PcD física.

Medidas que influenciem na socialização do conhecimento sobre a saúde sexual de PcD física devem ser ampliadas. Além disso, ações ligadas ao campo da saúde, integradas aos aspectos sociais (econômico, político, cultural), uma vez que a saúde é determinada socialmente^{25,26}, devem ser ampliadas.

Nessa perspectiva, considerando os fatores que podem expor as PcD física à vulnerabilidade para ISTs, pretende-se, com esse estudo, buscar resposta para a seguinte indagação: Quais condições potencializam as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática, relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física?

Por meio da investigação, o estudo poderá contribuir na prevenção de ISTs em PcD física, uma vez que, através da caracterização da situação de vulnerabilidade é possível traçar uma prevenção específica atrelada a sua realidade individual, social e de saúde. Além disso, poderá contribuir para definir novas ações e programas que serão desenvolvidos focando a saúde de PcD física. Além de contribuir na reflexão de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, saúde sexual e saúde reprodutiva à saúde de PcD²⁷.

Acredita-se também que o conhecimento da caracterização da vulnerabilidade em PcD física poderá auxiliar os profissionais de saúde na orientação e planejamento de ações preventivas e qualidade da assistência à saúde destas pessoas.

Além disso, justifica-se pela temática das PcD estar contida na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), um importante instrumento da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil, permitindo que prioridades de pesquisa em saúde estejam em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e comprometido nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais. Para o estudo, a referida agenda apresenta como prioridade sobre o item a Saúde das Pessoas com Deficiência: Saúde e reabilitação, Prevalência das IST e aids, Deficiência, gênero e sexualidade²⁸.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as condições que potencializam as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática, associadas às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as condições de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática de pessoas com deficiência física.
- Avaliar a associação entre as condições de vulnerabilidade e a ocorrência de infecção sexualmente transmissível.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Ao longo da história a vivência da PcD é marcada por lutas e principalmente por superação de sua invisibilidade. Seu percurso histórico apresentou diferentes visões frente à deficiência. Desde a antiguidade, consideradas pessoas “sub-humanas”, ou criaturas malignas, que eram abandonadas e condenadas à morte, pois eram vistas como uma espécie de punição de Deus²⁹, visão erradicada, principalmente pelo advento do Cristianismo; e ao passar dos séculos foram galgando maior visibilidade, após a revolução industrial, passaram a ter maior reconhecimento e vagas no mercado de trabalho (Lei nº 8.213, 1991)³⁰, assim como o surgimento de Decretos e Leis que levaram a maior valorização de seus direitos. Entretanto, nos dias atuais, estas pessoas ainda enfrentam discriminação referente à sua cidadania e seus direitos humanos³¹.

O conhecimento do conceito de deficiência é essencial para que a sociedade comece a enxergar a inclusão como a principal maneira de conviver com as diferenças. No concernente a origem de terminologias, pode-se afirmar que o termo “deficiente” é derivado da palavra latina “deficiens”, o qual apresenta significados negativos semelhantes e relacionados à insuficiência, mediocridade e/o algo insatisfatório. Uma pessoa que tem diminuição de sua capacidade física ou intelectual³⁰.

A Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes declara que o termo "pessoas deficientes" “refere-se a qualquer pessoa com redução da capacidade de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais”³³.

No que se refere à deficiência física, este tipo de deficiência é definida como uma “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física. De consequência adquirida ou congênita pode ser ocasionada por acometimentos no aparelho locomotor, osteoarticular, muscular e o nervoso”³⁴. A lesão pode afetar o indivíduo levando-o a um quadro de limitações físicas de grau e gravidade variáveis. Em algumas situações, a PcD física possui dificuldade de desenvolver

determinadas habilidades, impedindo-a de ir de um lugar para outro, manipular objetos, trabalhar, ser autônoma e independente³⁴

Segundo o Decreto n. 5.296 (2004, Cap. II) que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência (termo em desuso) ou com mobilidade reduzida, conceitua deficiência física como uma “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo, comprometendo a função física que pode se apresentar sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparésia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membros, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidades congênitas ou adquiridas”³⁵.

A deficiência física pode ser caracterizada pela:

- Paraplegia: Perda total das funções motoras dos membros inferiores.
- Paraparesia: Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores.
- Monoplegia: Perda total das funções de um só membro inferior ou superior.
- Monoparesia: Perda parcial das funções de um só membro inferior ou superior.
- Tetraplegia: Perda total das funções motoras dos membros superiores e inferiores.
- Tetraparesia: Perda parcial das funções motoras dos membros superiores e inferiores.
- Triplegia: Perda total das funções motoras de três membros.
- Triparésia: Perda parcial das funções motoras de três membros.
- Hemiplegia: Perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo.
- Amputação: Perda total de um determinado segmento de um ou mais membros.
- Paralisia Cerebral: Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central.
- Ostomia: Abertura abdominal para a criação de um trajeto de drenagem.
- Nanismo: Retardo no crescimento.
- Deformidades congênitas ou adquiridas: Alterações que acometem o sistema muscular e esquelético.

Ao longo dos anos e das transformações na sociedade, a terminologia para caracterizar uma PcD foi evoluindo. Inicialmente, eram denominadas como “invalidas”, considerada “pessoa sem valor”, depois se utilizou o termo “incapacitados”, considerado “pessoa sem capacidade”, sendo evoluído mais tarde, para “pessoa com capacidade residual”, no intuito de diminuir a ligação da deficiência ao indivíduo. Posteriormente, foram conhecidos como “defeituosos”; deficientes sendo relacionados ao tipo de deficiência, por exemplo: deficientes físicos; “pessoa portadora de deficiência”; “pessoas com necessidades especiais”³⁶ e atualmente sugerido pela ONU desde 2006 o termo passou a ser “pessoa com deficiência”.

Entretanto, a exemplo do IBGE, a mídia, o CONADE (Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência) e políticas de saúde, utilizam termos como pessoa portadora de deficiência e/ou pessoa portadora de necessidades especiais³⁷.

Segundo o Censo Demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 45,6 milhões de pessoas declararam algum tipo de deficiência, o que corresponde a 23,91% da população brasileira (190.732.694 pessoas). Sendo a maioria, residentes da área urbana, do sexo feminino, e com faixa etária de 40 a 59 anos. A média da taxa de incidência de pessoas com deficiência no Brasil foi estimada em 23,9%. Tal medida variou entre os estados brasileiros, sendo contatadas maiores taxas no Rio Grande do Norte com 27,76%, seguido da Paraíba com 27,58%. As PcD física correspondem a 13.265.599 de casos¹⁴.

No caso específico da saúde, as dificuldades de acesso aos bens e serviços costumam ser tema de pesquisadores atuantes na área da deficiência física³⁸. Esses autores relatam as barreiras arquitetônicas e atitudinais que dificultam o acesso das PcD aos serviços de saúde.

Para assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça, foi criada a Constituição Federal de 1988, um conjunto de normas que garantem certos direitos para as pessoas. Em se tratando da saúde, a Constituição de 1988 é a primeira carta constitucional que enfatiza, quanto à atenção à saúde, à proteção e garantia das PcD. O art.23, inciso II preceitua: “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”³⁴.

Diante disso, foram sendo instituídos avanços, estes implementados para garantir direitos pautados nos princípios da universalidade, integralidade e equidade propostos pelo SUS, regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde 8.080/90, visando à promoção, prevenção e reabilitação da saúde bem como a organização e o funcionamento dos serviços relacionados à saúde³⁹.

A exemplo, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, estabelecida pela Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, que tem como objetivo erradicar a desigualdade na assistência à saúde neste grupo e como diretrizes: promoção da qualidade de vida, prevenção de deficiências, atenção integral à saúde, melhoria dos mecanismos de informação, capacitação de recursos humanos, organização e funcionamento dos serviços; proporcionando um melhor acesso das PcD aos serviços de saúde e garantindo melhor qualidade de vida⁴⁰.

Além disso, para melhor suprir a necessidade da PcD, a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (PNIPPD) foi constituída, objetivando

assegurar às PcD os direitos relativos à saúde, educação, habitação, esporte, previdência social, assistência social, transporte, edificação pública, reabilitação, trabalho, cultura, turismo e lazer^{41,42}.

Desde os últimos 25 anos o SUS vem se desenvolvendo e junto a ele as políticas públicas de saúde estão sendo aperfeiçoadas. Durante essa trajetória histórica evidencia-se que apesar da evolução e melhoria do sistema de saúde brasileiro, ainda urge a necessidade de superar desafios no tocante a garantia dos princípios de igualdade e universalidade. Nesse contexto o Estado lançou mão de uma nova peça jurídica que, somada as demais, objetiva fortalecer os direitos das pessoas com deficiência, a qual foi denominada de Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PcD). Nessa perspectiva, o ministério da saúde busca fomentar as atividades de instituições ligadas à causa desse segmento social, sejam elas públicas, privadas ou de administração mista, por meio de incentivos fiscais em troca de investimentos nos projetos que beneficiem as pessoas com algum tipo de deficiência⁴³.

Outrossim, as políticas citadas no estudo, tentam diminuir as diferentes condições que podem gerar as desigualdades, que impedem determinados grupos sociais de participarem totalmente da vida comunitária e social, caracterizando-se como prioritárias na busca pela equidade em saúde¹³.

3.2 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As ISTs têm acometido pessoas de todos os níveis sociais e ambos os sexos⁴⁴. Historicamente as ISTs eram chamadas de doenças venéreas em alusão a Vênus, a “Deusa do Amor”⁴⁵. Ao longo dos anos com o avanço da ciência e o advento das pesquisas, em microscopia e técnicas genéticas, foram sendo identificados microrganismos que compreendiam as ISTs⁴⁶. No início do século XX Fritz Richard Schaudinn identificou o agente etiológico causador da sífilis⁴⁷. Somente na década de 80 surgiram os primeiros casos de aids, o primeiro diagnóstico ocorreu nos Estados Unidos em 1981 e no Brasil, em 1983.

A epidemia se desenvolveu inicialmente em relações homossexuais masculinas e usuários de drogas ejetáveis, sendo denominados: “grupo de risco”. Após, descobriu-se outro grupo de risco que foram os hemofílicos que recebiam sangue contaminado em transfusões. Advindos alguns anos, começaram a surgir casos de contaminação em relações

heterossexuais, causando um grande impacto no comportamento sexual da humanidade e atualmente, considerado um grande problema para a saúde pública³.

As ISTs são transmitidas através do contato íntimo com a pessoa infectada e podem ser provocadas por microrganismos como, bactérias, vírus e parasitas. Sua transmissão pode ser facilitada pelas condições de vulnerabilidade dos indivíduos. Estudo demonstra que pessoas com IST e infecções genitais de características ulcerativas têm risco aumentado de 18 vezes de se infectarem pelo HIV⁴⁸.

3.2.1 SÍFILIS

Doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum* (T. pallidum), manifesta-se em três estágios: sífilis primária, sífilis secundária e sífilis terciária, esta pode atingir o sistema cardiovascular e nervoso, sendo: neurosífilis e sífilis cardiovascular, respectivamente⁴⁹. As duas primeiras fases são caracterizadas pelo aparecimento dos principais sintomas, período em que a doença é mais contagiosa. No Brasil existem 937.000 casos de sífilis⁴⁴.

A sífilis é transmitida pela via sexual; chamada sífilis adquirida e verticalmente, apontada como sífilis congênita, pela placenta da mãe para o feto; bem como por objetos contaminados e transfusão sanguínea⁴⁻⁵⁰.

Os sinais iniciais se caracterizam pelo surgimento de feridas na vagina ou pênis e anus, mesmo que ainda com lesões de pequeno diâmetro. Ademais as virilhas podem apresentar tumorações como sintoma primário. Caso a doença evolua sem tratamento o quadro passa a apresentar características mais sistêmicas com o aparecimento de manchas em outras localizações topográficas, bem como alopecia. Em seguida, é possível que o desaparecimento das manchas possa mascarar a enfermidade, que no estágio seguinte já trás graves sequelas para os sistemas neurológico e cardiovascular, com complicações que podem evoluir para o óbito⁴⁴.

Para o diagnóstico são necessários exames adequados, que por sua vez deverão considerar a fase da doença. É utilizado o diagnóstico laboratorial bacteriológico: Pesquisa direta do T. pallidum na linfa e testes sorológicos⁵¹. Sendo também o tratamento á depender de cada estágio, contudo a penicilina ainda é o principal tratamento⁴⁴.

3.2.2 LINFOGRANULOMA VENÉREO

Infecção crônica causada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*. Esta atinge os genitais e os gânglios da virilha, sua maior incidência ocorre em países como, partes da África, Ásia, América do Sul e Caribe, e raramente em países industrializados⁵². Na Europa foi identificado que o linfogranuloma tem acometido homens brancos, com idade menor de 35 anos e com práticas de homossexualismo⁵³.

Os primeiros sintomas ocorrem por volta do 7º ao 30º dia após a exposição à bactéria. Inicialmente surge uma ferida ou nódulo pequeno nos locais da pele que tiveram contato com a bactéria (pênis, vagina, boca, colo do útero e ânus). Pode ocorrer, ainda, edema nos gânglios da virilha com considerável processo algico, o qual pode evoluir subitamente, transformando-se em lesões purulentas. Além da possibilidade de deformidades locais, surgem sinais e sintomas de caráter sistêmico como algia articular, mal estar e temperatura elevada. Com relação ao tratamento a implementação da antibioticoterapia apresenta bom prognóstico⁴⁴ e um acompanhamento até o desaparecimento dos sinais e sintomas. Os gânglios inflamados podem exigir aspiração através da pele intacta ou incisão e drenagem para evitar as fístulas e ulcerações femorais⁵⁴.

3.2.3 DONOVANOSE

Infecção ulcerosa originada pela bactéria gram-negativa *Klebsiella granulomatis*, que afeta a pele e mucosas da região genital, virilha e ânus. Sendo mais frequente no Norte do Brasil e em pessoas com baixo nível socioeconômico e higiênico⁴⁴.

Clinicamente, a infecção inclui lesão lentamente progressiva e altamente vascular de característica indolor e coloração avermelhada⁵⁴. Tal ferida é indolor, dificultando o processo de diagnóstico precoce. Geralmente, a procura pelos serviços de saúde ocorre quando as lesões já atingiram severamente a pele, com ferimentos em áreas extensas, facilitando a contaminação por outros microorganismos⁴⁴.

No tratamento, vários esquemas antimicrobianos têm sido eficazes⁵⁵. Nesta fase é necessário um acompanhamento clínico e abstinência sexual até que os sinais e sintomas desapareçam e o tratamento seja concluído⁵³.

3.2.4 CANCRO MOLE

O cancro mole também chamado de cancro venéreo, popularmente chamado de “cavalo” é causado pela bactéria *Haemophilus ducreyi*, é mais frequente nas regiões tropicais, como o Brasil⁴⁴. O cancro mole constitui um fator de risco para a transmissão de infecção por HIV⁵⁶.

Os sintomas primários se caracterizam pela presença de cefaléia, fraqueza e temperatura elevada, os quais podem aparecer no intervalo de dois a quinze dias depois da infecção. Em seguida, podem surgir lesões na vagina ou pênis e anus com presença de pus. Após duas semanas surgem novas feridas ainda mais dolorosas, hiperemiadas, além de nódulos na virilha. Tais condições acabam evoluindo para o surgimento de sangue e secreção esverdeada nas feridas e dificuldade de deambulação⁵³.

Nos homens, as feridas aparecem na glande. Nas mulheres, na vagina e/ou no ânus, provocando dispareunia e tenesmo. O tratamento com antibióticos como Azitromicina e Ceftriaxona oferece a vantagem de dose única⁵⁴.

3.2.5 CLAMÍDIA

No Brasil, 1.967.200 de casos de infecção pela Clamídia são relatados⁴⁴. Nos EUA é a infecção mais frequente, com prevalência elevada em pessoas com idade ≤ 24 anos, seu agente etiológico é a *Chlamydia trachomatis*, que pode infectar homens e mulheres e ser transmitida da mãe para o feto pelo canal vaginal, durante o parto⁵⁴.

O tratamento previne complicações na saúde reprodutiva, na transmissão sexual, reinfeção e infectar outros parceiros e deve ser fornecido imediatamente para todas as pessoas com teste positivo para infecção⁵³. Estudo de ensaios clínicos randomizados demonstrou que o tratamento com Azitromicina e Doxiciclina possuía, respectivamente, 97% e 98% de eficácia na cura da infecção⁵⁷.

3.2.6 GONORREIA

A Gonorreia também conhecida como gonococo é uma infecção bacteriana cujo agente etiológico é a *Neisseria gonorrhoeae*. Compreende como segunda infecção

transmissível comumente relatada. No Brasil a cada ano são 1.541.800 de casos⁴³. Nos Estados Unidos estima-se 820.000 de novos casos⁵⁸.

A gonorreia pode causar sérios problemas caso evolua aos estágios avançados sem tratamento, podendo infectar desde os órgãos genitais até áreas mais distantes topograficamente como olhos e garganta. Dessa maneira, dentre as principais complicações, encontram-se a gravidez ectópica, o processo algico na realização do coito e a infertilidade⁵⁴.

Os sinais e sintomas nas mulheres são dor ao urinar ou no baixo ventre, aumento de corrimento que passa a ter cor amarelada e odor desagradável, sangramento fora da época da menstruação, dispareunia podendo ocorrer sangramento. Entretanto, é muito comum não ter sintoma algum. Para o sexo masculino, ocorre, via de regra, dores durante a eliminação urinária e nos testículos. Ademais é possível a presença de secreção com pus e corrimento na região peniana. O diagnóstico ocorre por meio da consulta clínica e laboratorial com amostra de secreção no microscópio por meio da técnica coloração de Gram. É preconizada a procura de um profissional de saúde para o diagnóstico correto e indicação do tratamento adequado com o uso de antibióticos específicos⁴⁴⁻⁵⁴.

3.2.7 DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Compreende uma desordem inflamatória do trato genital feminino superior: útero, trompas e ovários. A maioria dos casos tem ocorrido em mulheres com outra IST, principalmente gonorreia e clamídia não tratadas. Todavia, a literatura indica que biópsia na região uterina ou os procedimentos de curetagem ou implantação de dispositivo intra-uterino (DIU), configuram-se como procedimentos que podem causar a doença inflamatória pélvica (DIP)⁴⁴.

Os sinais e sintomas da DIP causam grande desconforto no paciente, pois além de temperatura elevada, corrimento vaginal e fadiga, podem ocorrer dores abdominais e nas costas, processo algico durante as relações sexuais e vômitos. No tratamento é recomendado o uso de analgésicos, antiinflamatórios e antibióticos, abstinência de relações sexuais e repouso⁵⁹.

3.2.8 HERPES GENITAL

Infecção viral crônica, causada pelos vírus HSV-1 e HSV-2. A maioria dos casos de herpes genital recorrente é causada pelo vírus HSV-2. Estima-se que no mundo a cada ano 19 milhões de pessoas são infectadas por esse vírus, a prevalência mais alta foi estimada na África, seguida pelas Américas⁶⁰.

O herpes causado pelo vírus HSV-1 por muitas vezes não tem sintomas, ou os sintomas são leves, não sendo notados na maioria das vezes. Quando os sintomas ocorrem, é caracterizado por uma ou mais úlceras genitais ou anais, bolhas ou feridas abertas. Depois de um episódio inicial os sintomas recorrentes podem ocorrer, porém menos frequentes em relação ao herpes causado pelo vírus HSV-2. O herpes causado pelo vírus HSV-2 provoca o aparecimento ocasional de úlceras genitais dolorosas que acarretam consequências negativas sobre o bem-estar mental de uma pessoa e as relações pessoais. Infecção em recém-nascidos com HSV-2 é rara, mas tem um alto risco de mortalidade e morbidade. O tratamento com antivirais podem ajudar a reduzir a gravidade e frequência dos sintomas, entretanto não podem curar a infecção⁶¹.

3.2.9 VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

O vírus da imunodeficiência humana, conhecido internacionalmente pela sua sigla em inglês de *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), é o agente etiológico da síndrome da deficiência humana, a qual é conhecida por *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS). Dentre as ISTs o HIV se encontra em uma posição de destaque, pois tais afecções aumentam o nível de suscetibilidade por esse microorganismo⁶².

No tocante a sua fisiopatologia o HIV destrói os linfócitos CD4⁶³, e se multiplica alterando o material genético dessas células. Portanto, essa síndrome é caracterizada pelo enfraquecimento do sistema imunológico, o qual tem a função de combater os microrganismos causadores de doenças⁶⁴.

Todavia, nem sempre quem tem o HIV pode ser diagnosticado com aids, pois esse retrovírus pode permanecer por muito tempo sem se manifestar de acordo com as seguintes fases: 1. Fase de infecção aguda (ocorre a incubação do HIV, produção de anticorpos e aparecimento de sintomas como febre e mal-estar); 2. Fase assintomática (mutação acelerada

do vírus com interação junto às células brancas); e 3. Fase sintomática (o organismo fica vulnerável as doenças oportunistas)⁶⁵.

A transmissão ocorre pelo contato com sangue, sêmen, leite materno e/ou secreção vaginal, principalmente pelo compartilhamento de seringas e relações sexuais sem preservativo. Ademais o aumento da pobreza, da promiscuidade sexual e da dificuldade de acesso aos testes sorológicos podem influenciar diretamente na incidência e prevalência da aids⁶⁶.

No que concerne ao tratamento e prevenção de complicações vários avanços foram conquistados devido às descobertas dos anti-retrovirais⁶⁷. No entanto, considerando uma visão mais ampliada de promoção da saúde, é preciso educação em saúde para incentivar o não abandono no uso dos medicamentos, prática de sexo com preservativo, cuidados com alimentação, bem como acompanhamento espiritual e/ou psicológico⁶⁸⁻⁵⁴.

3.2.10 VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO

O Vírus do Papiloma Humano, mais conhecido como *Human Papiloma Virus* (HPV) é composto por uma molécula de DNA duplo que pode atingir tecidos cutâneos ou mucosos⁶⁹. Ademais é um grave problema de saúde pública, pois é o principal causador do câncer de colo do útero, tendo sido identificados mais de 100 tipos que atingem o ser humano^{70,71}.

Os sinais e sintomas englobam a formação de verrugas, sendo mais comum na cabeça do pênis e no ânus, nos homens; e na vagina, anus e útero, nas mulheres. Porém, tal afecção também pode ficar assintomática por algum tempo, o qual ainda não está bem determinado, razão pela qual é importante a realização de consultas periódicas⁶⁴.

No que se refere à transmissão do HPV, indica-se as relações sexuais como a principal via de contaminação. Quando existe a presença de lesões e o contato direto o risco é eminente, sendo agravado ao considerar que mesmo o uso do preservativo não previne totalmente a infecção⁷².

Com relação à prevenção, para além das ações educativas relacionadas à sexualidade e ao sexo, a vacina contra o HPV mostra-se eficaz contra os principais tipos do vírus que causam o câncer de colo do útero. A quadrivalente com três doses é a mais recomendada segundo o Centers for Disease Control and Prevention⁵⁴.

3.2.11 TRICOMONÍASE

A Tricomoníase é uma doença resultante de infecção pelo protozoário *Trichomonas vaginalis*, ocorrendo com mais frequência no colo do útero, na vagina e na uretra. Nos homens a região mais afetada é o pênis⁶⁴⁻⁷³.

A fisiopatologia dessa afecção revela que a Tricomoníase causa inflamação da mucosa, ocorrendo infiltração de células brancas, como os linfócitos T CD4+, bem como os macrófagos. Outrossim, quando instalado esse protozoário degrada o inibidor da protease leucocitária secretória e pode causar hemorragia, permitindo o acesso de outros microrganismos na corrente sanguínea⁷⁴.

Os sintomas mais frequentes são o processo álgico durante a relação sexual, desconforto para eliminação urinária e coceira no pênis e na vagina⁷⁵. Portanto, a maneira mais eficaz de prevenção é fazendo uso do preservativo masculino ou feminino durante qualquer tipo de relação⁶⁴⁻⁷³.

3.3 FATORES DE RISCO PARA AS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

No concernente aos fatores de risco para as IST, estes compreendem iniciar precocemente a atividade sexual, apresentar abuso de álcool e drogas, compartilhamento de seringas, múltiplos parceiros sexuais, promiscuidade sexual, não uso do preservativo, histórico de IST, compartilhar objetos íntimos, abuso sexual, falta de conhecimento adequado sobre prevenção e as IST⁷⁶⁻⁵⁵.

Acerca da idade, estudo revela que adolescentes constituem um grupo vulnerável às IST, uma razão para isto é por iniciarem precocemente a atividade sexual⁷⁷. Uma pesquisa desenvolvida na atenção primária de São Paulo, Brasil, com 818 mulheres, identificou associação estatística entre as IST e idade menor que 20 anos, indicando que é mister desenvolver ações de rastreamento para esse público no âmbito das unidades de saúde da atenção básica brasileira⁷⁸.

Com relação ao uso de álcool, este quando associado ao comportamento sexual mostra ser um fator de risco para disseminação das IST, pois quando o “sexo é praticado sob seu efeito, os indivíduos tendem a ter múltiplos parceiros e a não utilizar preservativo”⁷⁹. Outro estudo indicou a utilização do preservativo como um fator de proteção para o

desenvolvimento de IST⁷⁸. Assim como o uso de drogas, que está relacionado à prática sexual desprotegida, múltiplos parceiros sexuais, troca de sexo por droga ou dinheiro e violência sexual⁸⁰.

A violência sexual também se configura como fator de risco, uma vez que pode trazer como consequência, ação invasiva de microrganismos causadores das IST, através do agressor. Estudo com mulheres constatou que a vulnerabilidade das vítimas de abuso sexual para IST é decorrente de fatores como a susceptibilidade pessoal para as IST, a infectividade do microrganismo que foi transmitido, o tipo de contato sexual, o número de ofensores e a presença de lesões genitais e anais⁸¹.

No tocante ao segmento das PcD os fatores de risco são agravados, pois tais sujeitos apresentam dificuldade de obter conhecimento e informações, bem como de acessar os serviços de saúde. Ademais, existe um mito de que esses indivíduos não possuem sexualidade e a possibilidade de formar uma relação afetiva, tendo filhos e constituindo família. Essa negação social causa uma barreira atitudinal que aumenta a vulnerabilidade das pessoas com deficiência de evoluírem para uma IST⁶⁶. Um estudo realizado na cidade de São José do Rio Preto/SP, Brasil, com 31 mulheres sobre o conhecimento acerca do HPV, identificou que 68% não sabem o significado do HPV e 58% acreditam que usar o preservativo se constitui uma proteção total contra tal vírus⁸². Já uma pesquisa com cegos em uma cidade do nordeste brasileiro constatou que o conhecimento, a atitude e a prática sobre IST são inadequados⁸³.

2. 4 ABORDANDO O TERMO VULNERABILIDADE

O comportamento de risco para IST é abordado na literatura científica como frequente na população em geral. Porém, em população específica PcD física, ocorre uma abordagem mínima, podendo estar sujeitos a um maior risco.

O conceito de risco em epidemiologia segundo a literatura refere-se à “probabilidade de ocorrência de uma patologia em uma dada população, sendo expresso pelo indicador paradigmático de incidência”⁸⁴. Este conceito vem sendo aplicado para o planejamento e implementações de ações que visam à redução e erradicação de situações que comprometem a saúde. No entanto, apenas uma caracterização por grupos ou comportamento de risco pode ocasionar uma série de questões como o estigma e a negligência, além de induzir intervenções inespecíficas e uma culpabilidade individual, bem como obstáculos na efetividade metodológica⁸⁵.

Apesar das similitudes é preciso destacar que os conceitos de risco e vulnerabilidade apresentam particularidades diferentes. O risco se refere à probabilidade, no âmbito epidemiológico, de coletividades aos diversos agravos à saúde. Por sua vez a vulnerabilidade está associada muito mais aos indivíduos, como unidade de análise, susceptíveis para algumas condições de saúde. Contudo, ressalta-se que existe uma relação entre vulnerabilidade e risco⁸⁶. “A vulnerabilidade opera apenas quando o risco está presente; sem risco, vulnerabilidade não tem efeito”⁸⁶.

Referente à relação entre vulnerabilidade e risco, alega-se que, frente a situações adversas, o “comportamento dos sujeitos perante seus eventos depende de sua vulnerabilidade”, ou seja, há uma predisposição ou mesmo resposta pouco apropriada à situação⁸⁷.

O termo “vulnerável” é derivado da palavra latina “vulnerare”, a qual se atrela significados semelhantes a penetrar ou ferir. Epistemologicamente, o termo vulnerabilidade é comumente utilizado em menção à predisposição a desordens ou de susceptibilidade^{88,89}. Na área da saúde, o termo surge no começo da década de 1980, na perspectiva de compreender a epidemia da aids⁹⁰. Portanto compreende-se que o comportamento do indivíduo é o determinante final da vulnerabilidade à infecção⁹¹.

Na perspectiva de ampliação conceitual do termo vulnerabilidade, indica-se como sendo “à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, não apenas em uma perspectiva individual, mas o indivíduo e suas relações com o coletivo”⁹².

A vulnerabilidade analisa cada pessoa ou populações quanto à chance de contaminação, considerando aspectos individuais, sociais, que apresentem importância para alterar a exposição à infecção. No que tange a vulnerabilidade para IST, as três dimensões (individual, social e programática) devem ser consideradas, pois existe uma gama de fatores contextuais que influenciam esse fenômeno, tais como: valores morais, meio ambiente, desigualdade social e econômica, bem como as barreiras no acesso a informação e a cultura^{93,94}.

Dessa forma, a vulnerabilidade é influenciada por meio de aspectos que extrapolam o nível individual, sendo determinada por macro características sociais e políticas que se combinam e resultam em facilidades ou dificuldades para o acesso aos meios de informação, a educação de qualidade e a confiança nas ações governamentais⁸².

A vulnerabilidade resulta de condições individuais e coletivas. Com relação às individuais deve-se considerar o comportamento e a consciência do sujeito. No tocante às ações que são prerrogativas do Estado, empresas privadas e da sociedade plural, considera-se

seu potencial para reduzir a probabilidade de desfecho patológico. Por fim, a determinação dos fatores sociais de acesso aos bens e serviços essenciais é basilar para a compreensão do quanto determinado indivíduo está em situação de vulnerabilidade. Neste contexto a vulnerabilidade é analisada em três dimensões, dimensão individual, dimensão social, e dimensão programática⁹⁵.

A dimensão individual é determinada por condições cognitivas, relacionadas com o conhecimento dos sujeitos; e comportamentais, relacionadas com a vontade e potencial para mudar hábitos⁸⁹. Nesta dimensão, a vulnerabilidade está relacionada ao grau e qualidade da informação de que o indivíduo dispõe acerca do problema, da sua capacidade de agrupar e incorporar estas informações, na perspectiva de mudanças de suas práticas⁸⁵.

"No plano individual, a avaliação da vulnerabilidade ocupa-se, basicamente, dos comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea e transmissão vertical). Considera-se, entretanto, que os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como decorrência imediata da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que estes indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência"⁹⁵.

O plano individual faz referência à importância do indivíduo ser reconhecido em seus direitos, visto como um ser em constantes relações. Diante disso a vulnerabilidade individual implica na vulnerabilidade social e programática. Incumbindo o direito dos indivíduos de receber informações adaptadas em seu nível de escolaridade, assim como sobre direito à prevenção e o acesso à medicação⁹⁶.

Em relação à dimensão social pode-se caracterizá-la como aquela relacionada ao acesso de bens e serviços, tais como: moradia, bens de consumo e liberdade para expressar o pensamento e posicionamentos^{9,85}.

“Na dimensão social, a vulnerabilidade vem sendo avaliada através de aspectos como: acesso à informação; quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais; acesso e qualidade dos serviços de saúde; comportamento de indicadores epidemiológicos, como o coeficiente de mortalidade infantil; aspectos sócio-políticos e culturais, como a situação da mulher (menores salários, ausência de legislações de proteção específica, exposição à violência, restrições de exercício de cidadania, etc.); grau de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade desses sujeitos fazerem-se ouvir nas diversas esferas decisórias; grau de prioridade

política e econômica dada à saúde; condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo”⁹⁵.

A dimensão programática é caracterizada pelo acesso as ações e serviços de saúde. Portanto, deve ser considerada a maneira em que o sistema de saúde está organizado, as ações de prevenção e proteção em saúde, o relacionamento com os profissionais, bem como os recursos disponíveis na área de saúde⁸⁹.

“O plano programático refere-se à existência de ações institucionais especificamente voltadas para o problema da aids, e a vulnerabilidade é apreendida aqui por aspectos como: compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema; ações efetivamente propostas por estas autoridades; coalizão interinstitucional e inter-setorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho) para atuação específica; planejamento das ações; gerenciamento dessas ações; capacidade de resposta das instituições envolvidas; financiamento adequado e estável dos programas propostos; continuidade dos programas; avaliação e retroalimentação dos programas”⁹⁵.

De acordo com este panorama, no Brasil, é utilizado o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) como um indicador que permite aos governantes um detalhamento sobre as condições de vida das camadas mais pobres do Brasil, identificando e localizando as pessoas com maiores necessidades, a fim de criar e incluí-las em programas para reinserção na sociedade⁹⁷.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), no nordeste brasileiro, 47,7% das cidades estão classificadas na faixa IVS alto e, 32,4%, na faixa de alta vulnerabilidade social. Verificou-se ainda, que capitais importantes como Teresina, Natal, Aracajú e João Pessoa estão inseridas na faixa de baixo IVS. No entanto, apenas a cidade de Fernando de Noronha apresentou escores que indicam muito baixa vulnerabilidade⁹⁸.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO E LOCAL

Estudo analítico, com delineamento transversal, com abordagem quantitativa, que realizou-se de abril de 2014 a novembro de 2015, no âmbito da Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema (ASDECB) de Campina Grande/PB, Brasil.

A ASDECB, fundada em 2003, é uma organização não governamental civil, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica própria. Tem a finalidade de caráter representativo, reivindicatório, educativo e social. Em seu cadastro constam 335 associados da cidade de Campina Grande, distribuídos em diversas faixas etárias, todos com algum tipo de deficiência, seja ela física, visual, auditiva ou mental. Atualmente está localizada na Rua Floriano Peixoto, Centro, Campina Grande/PB.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi identificada pelos indivíduos com deficiência física do tipo congênita ou adquirida, devidamente cadastrados e que frequentavam as atividades assiduamente da ASDECB em Campina Grande/PB. Diante disso a população foi composta por 130 indivíduos.

Para estimar o tamanho da amostra, de maneira tal que a mesma seja representativa para a população supracitada, utilizou-se a seguinte fórmula: $n = N \cdot Z^2 \cdot P(1-P) / (N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot P(1-P)$, onde: n = Valor da amostra; N = Valor da população; Z = Intervalo de confiança = 1,96; P = Prevalência=50%; e = Erro tolerado = 0,05. Dessa forma, por meio do processo de amostragem probabilística pela técnica aleatória simples com sorteio dos participantes, a amostra foi composta por 98 PcD física. Por falta de contato na residência de alguns participantes selecionados, outros sorteios foram realizados até completar a amostra.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Fez parte do estudo pessoas entre a faixa etária de 18 a 59 anos de idade; que apresentam deficiência física congênita ou adquirida, e frequentam as atividades da instituição selecionada. Foram excluídos da amostra os participantes que apresentaram outro tipo de deficiência, além da deficiência física.

4.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS

A coleta foi realizada por meio de uma entrevista com formulário estruturado (APÊNDICE B).

A coleta dos dados do formulário foi possível através da visita domiciliar. O primeiro contato ocorreu na Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema em Campina Grande/PB, que assinou o termo de concordância institucional (APÊNDICE C) e após consentir visita o pesquisador foi à residência do participante para esclarecer sobre a pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida após concordância do participante foi realizado o preenchimento do formulário.

As variáveis do instrumento foram agrupadas conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 - Variáveis do instrumento utilizadas na entrevista. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Parte do Instrumento	Variáveis
Parte 1: Dados socioeconômicos	Tipo de deficiência, sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, principal fonte de renda, ocupação principal, religião.
Parte 2: Acesso ao Serviço de Saúde	Acesso ao serviço de saúde, tipo de serviço utilizado com maior frequência, frequência de consulta com ginecologista e consulta com urologista.

Parte 3 Conhecimento sobre IST e pensamento de risco	Conhece IST; Conhece os fatores de risco; conhece sobre as atitudes de prevenção de ISTs; pensamento de risco de adquirir uma IST; meio pelo qual busca informações sobre IST.
Parte 4 Comportamento e situações de risco (Fatores de risco para ISTs)	História de consumo de álcool, consumo de drogas, história de relação sexual, idade de início de relações sexuais, número de parceiros na vida, frequência do uso de preservativo, transfusão de sangue, histórico de IST, compartilhamento de objetos íntimos; orientação de profissionais de saúde quanto à prevenção.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram implantados em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para Windows e apresentados por meio de tabelas.

Para análise dos dados as variáveis foram dicotomizadas conforme o quadro 2:

Quadro 2 - Distribuição das características sociodemográficas e de acesso ao serviço de saúde das pessoas com deficiência física, segundo escores/categorias de verificação, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Variáveis sociodemográficas e de acesso ao serviço de saúde	Categorias de verificação/Escore
Sexo	Masculino (0) Feminino (1);
Idade	≤ 42 anos (0); > 42 anos (1)*
Religião	Católico (0); Não católico (1)
Escolaridade	≤ 10 anos de estudo (0); > 10 anos de estudo (1)
Estado civil	Com companheiro (0); Sem companheiro (1)
Renda	≤ 1 Salário Mínimo*1 (0); > 1 Salário Mínimo (1)

Trabalha	Sim (0); Não (1)
Tipo de auxílio	Auxílio previdenciário (0); Remuneração (1)
Tipo de deficiência	Congênita (0); Adquirida (1)
Acesso serviço Saúde	Sim (0); Não (1)
Tipo de serviço acessado	Nível secundário e/ou terciário (0); Nível primário (1)
Realização de consulta Ginecológica/Urológica	Sim (0); Não (1)
Frequência de consultas com o Ginecologista/Urologista	Periodicamente (Uma ou mais de uma consulta no mesmo ano) (0) Não periodicamente (Mais de um ano sem realizar consulta) (1)

*Categorização em duas classes sendo o ponto de corte a Média.

Quadro 3 - Distribuição dos fatores de risco para infecção sexualmente transmissível em pessoas com deficiência física, segundo escores/categorias de verificação, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Variáveis para a avaliação de vulnerabilidade	Categorias de verificação/Escore
Conhecimento sobre IST e fatores de risco	Sim (0); Não (1)
Conhecimento sobre prevenção de ISTs	Sim (0); Não (1)
Pensamento de risco	Acredita ser possível adquirir uma IST (0) Acredita ser impossível adquirir uma IST (1)
Acesso à informação	Sim (0); Não (1) (1) lendo jornais (2) lendo revistas (3) ouvindo rádio (4) assistindo TV (5) na internet
Uso de álcool	Sim (0); Não (1)
Uso de droga	Sim (0); Não (1)
Relação sexual	Sim (0); Não (1)
Idade da primeira relação sexual	≤de 18 anos (0); > 18 anos (1)

Quantidade de parceiros	≤10 parceiros (0); > 10 parceiros (1)
Uso do preservativo	Sim (0); Não (1)
Frequência do uso do preservativo	Sempre (0); Às vezes/Não usa (1)
Transfusão de Sangue	Sim (0); Não (1)
Histórico de IST	Sim (0); Não (1) Qual infecção?
Higiene após relação sexual	Sim (0); Não (1)
Compartilha objetos íntimos	Sim (0); Não (1)
Orientação de profissionais da saúde sobre IST	Sim (0); Não (1) Quem orientou?

Fonte: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2015).

Para análise das variáveis foram agrupadas seguindo o conceito de Ayres⁹ para as dimensões de vulnerabilidade:

Quadro 4. Caracterização das variáveis conforme dimensões de vulnerabilidade. Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Dimensões de Vulnerabilidade		Variáveis
Dimensão individual	Cognitivo	Acesso á informações; conhecimento sobre os fatores de risco; e conhecimento das atitudes de prevenção de IST; pensamento de risco de pegar uma IST.
	Comportamentais (Fatores de risco para IST)	História de consumo de álcool; consumo de drogas; história de relação sexual; idade de início de relações sexuais; número de parceiros na vida; frequência do uso de preservativo; transfusão de sangue; histórico de IST; compartilhamento de objetos íntimos.
Dimensão social	Social	Idade; sexo; renda; escolaridade; religião, tipo de deficiência.
Dimensão programática	Acesso ao serviço de saúde	Possui acesso ao serviço de assistência à saúde; tipo de serviço utilizado com maior frequência; frequência de consultas médicas (ginecologista/uropologista); orientação de profissionais de saúde quanto à prevenção de Infecção Sexualmente Transmissível.

Fonte: AYRES (2006).

Para análise dos dados sociodemográficos, foi utilizada a estatística descritiva, sendo calculadas: frequência absoluta e relativa, média, e desvio padrão.

Para verificar as associações entre as variáveis foi utilizado o Teste de Qui-quadrado (X^2), exceto quando o requisito estatístico de inexistência de caselas menores que cinco não foi atendido, sendo necessário efetuar o teste de Fisher. Foi calculada a razão de prevalência e seu respectivo intervalo de confiança. O nível de significância para o estudo foi de 5%.

Para verificar a magnitude de associação entre as variáveis foi utilizado o teste do Coeficiente de Contingência e os seguintes parâmetros: $r \geq 0,750$ = associação forte; 0,500 a 0,749 = associação moderada; $\leq 0,499$ = associação fraca)⁹⁹.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Todos os critérios estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados. Sendo assim, os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), assegurando-lhes os direitos de privacidade, sigilo e de declínio na participação. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba, recebendo parecer favorável. (ANEXO).

5 RESULTADOS

O artigo apresentado na seção resultados é um estudo transversal, com abordagem quantitativa, que buscou analisar as condições que potencializam as dimensões de vulnerabilidade associadas às IST em PcD física. O estudo acrescenta conhecimento para a grande área Saúde Pública. Diante disso, será submetido à Revista Latino Americana de Enfermagem, periódico de grande impacto científico na área da Saúde Coletiva e Enfermagem com Qualis B1 e A1, respectivamente. A forma de apresentação encontra-se respaldada às normas do Programa em Saúde Pública/UEPB.

5.1 ARTIGO

**VULNERABILIDADE ASSOCIADA ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA
VULNERABILITY ASSOCIATED TO SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS
IN PHYSICAL DISABILITIES PEOPLE**

Jamilly da Silva Aragão; Inacia Sátiro Xavier de França

RESUMO

Objetivo: analisar as condições que potencializam as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática associadas às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. **Método:** estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em 2015, em uma associação para pessoas com deficiência de Campina Grande/PB, Brasil. Participaram 98 sujeitos que responderam um formulário sobre as dimensões de vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis. Realizaram-se os testes de Qui-quadrado, Fisher, Coeficiente de contingência e razão de prevalência. **Resultados:** verificou-se associação entre a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis com o número de parceiros ($p=0,020$), acreditar em poucos parceiros como prevenção ($p=0,044$), acreditar na má higiene como fator de risco, idade ($p=0,007$), tipo de deficiência ($p=0,007$) e realização de consulta com urologista ($p=0,030$). **Conclusão:** As pessoas com deficiência física possuem condições que potencializam a vulnerabilidade para infecções sexualmente transmissíveis,

atrelada às dimensões individual, social e programática. Por meio da caracterização das condições de vulnerabilidade é possível traçar uma prevenção específica atrelada a sua realidade individual, social e de saúde.

Descritores: Pessoas com Deficiência; Sexualidade; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to analyze the conditions that enhance the vulnerability of dimensions associated with sexually transmitted infections in people with physical disabilities. **Methods:** in a transversal study with meaningful approach held in 2015 in an Association for the Disabled in Campina Grande/PB, Brazil, 98 individuals participated, thus answering a form on the dimensions of vulnerability to sexually transmitted infections. We conducted the chi-square test, Fisher and contingency coefficient and prevalence ratio. **Results:** we identified association between the occurrence of sexually transmitted infections with the number of partners ($p=0.020$), believe few partners as prevention ($p=0.044$), believe poor hygiene as a risk factor, age ($p=0.007$), disability ($p=0.007$) and conducting consultation with urologist ($p=0.030$). **Conclusion:** People with physical disabilities have conditions that enhance the vulnerability to sexually transmitted infections, linked to individual, social and programmatic dimensions. By characterizing vulnerable conditions, it is possible to follow a specific prevention linked to their individual, social and health reality.

Descriptors: Disabled Persons; Sexuality; Sexually Transmitted Diseases; Health Vulnerability.

INTRODUÇÃO

Apesar da mudança no perfil epidemiológico que ocorreu no mundo, com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e decréscimo das doenças infecciosas, estas ainda constituem um grave problema de saúde pública. No tocante as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sabe-se que nos casos de HIV/aids o controle da incidência e da prevalência ainda não é total, sendo as iniciativas de prevenção e tratamento classificadas como parcialmente exitosas¹.

Nesse contexto para a redução dos casos de IST, ainda configurada uma epidemia global, são necessárias práticas de saúde, que envolvam não somente os aspectos individuais

mas ações que influenciem os aspectos sociais, econômicos e culturais dos indivíduos que possuem a infecção e/ou a doença e os que estão em situações de vulnerabilidade².

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no mundo, a cada ano, 340 milhões de pessoas são acometidas por algum tipo de IST³. Devido às complicações causadas pelas IST e principalmente por facilitarem a transmissão do HIV, faz-se necessário uma maior atenção à prevenção a fim de evitar o desenvolvimento de novos casos ou que os existentes possam evoluir para quadros mais graves. Portanto, para que os níveis de prevenção configurem-se de forma eficaz, é necessário o conhecimento sobre as condições de vulnerabilidade, que contribuem para o aparecimento de doenças e de outros agravos à saúde⁴.

A vulnerabilidade e o risco podem ser muitas vezes atrelados a noções de carências e de exclusão. Algumas pessoas, famílias e comunidades são vulneráveis por não disporem de recursos necessários para o enfrentamento dos riscos a que são ou estão submetidos, nem de capacidades para adotar ações e estratégias que lhes possibilitem o alcance oportuno de segurança pessoal e coletiva⁵.

O conceito de vulnerabilidade refere-se à suscetibilidade de um indivíduo que o expõe ao adoecimento, considerando aspectos denominados dimensões de vulnerabilidade individual, que compreende os aspectos biológicos, cognitivos e atitudes dos indivíduos; da vulnerabilidade social incluindo fatores sociais, culturais e econômicos; e da vulnerabilidade programática que faz menção aos recursos que são necessários para proteção e qualidade de vida dos indivíduos⁶.

Um segmento que convive em constantes situações que podem expor ao aumento da vulnerabilidade são as pessoas com deficiência (PcD)⁷. Segundo a OMS, em nível mundial, cerca de um bilhão de indivíduos evolui com algum tipo de deficiência. Esse segmento social acaba enfrentando dificuldades relacionadas com a acessibilidade devido às construções inadequadas e transportes sem adaptações, barreiras atitudinais arraigadas no preconceito e na discriminação, bem como problemas nos serviços de saúde, verificando-se falhas no oferecimento de cuidados qualificados para essa demanda⁸.

No Brasil, 45,6 milhões relatam algum tipo de deficiência; destes, 13.265.599 de casos correspondem à deficiência física. O estado da Paraíba ocupa o segundo lugar no ranking de PcD dentre os estados federados. Sendo, portanto, uma demanda que precisa ser alvo das políticas públicas de saúde⁹. Sobre dados de IST em PcD física, sabe-se que no Brasil, 38% das mulheres e 35% dos homens já tiveram alguma IST¹⁰.

No concernente a sexualidade de PcD física, geralmente estas pessoas sofrem o preconceito social de que elas não namoram, não têm relação sexual, não se casam, não

podem ter filhos e que não são estupradas¹¹. Esta representação errônea acerca da sexualidade de PcD, além de contribuir no processo de discriminação, aumenta sua vulnerabilidade frente a situações relacionadas às IST¹².

Referente à acessibilidade das PcD física, estudos demonstram que enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde devido as barreiras arquitetônicas, além de dificuldade em transportes públicos, falta de materiais e equipamentos para propiciar participação na vida escolar, profissional, cultural e social^{11,13}. Além disso, esses indivíduos apresentam baixa renda, poucos anos de estudo, em alguns casos pouca capacitação profissional e, portanto, a maioria é desempregada, fatores esses que comprometem o seu desenvolvimento humano e social, e aumentam sua vulnerabilidade^{14,15}.

O estudo apresenta potencial para contribuir na prevenção de IST em PcD física, uma vez que, por meio da caracterização da situação de vulnerabilidade é possível traçar uma prevenção específica atrelada a sua realidade individual, social e de saúde. Além disso, poderá contribuir para definir novas ações e programas que serão desenvolvidos focando a saúde de PcD física. Acredita-se também que poderá auxiliar os profissionais de saúde na orientação e planejamento de ações preventivas e qualidade da assistência à saúde destas pessoas. Além disso, justifica-se pela temática das PcD estar contida na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.

Nessa perspectiva, considerando os vários fatores que podem expor as PcD física a vulnerabilidade para IST, objetivou-se analisar as condições que potencializam as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática associadas às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física.

MÉTODO

Estudo analítico, com delineamento transversal, com abordagem quantitativa, que se realizou de abril de 2014 a novembro de 2015, no âmbito da Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema (ASDECB) de Campina Grande/PB, Brasil.

A ASDECB, fundada em 2003, é uma organização não governamental civil, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica própria. Tem a finalidade de caráter representativo, reivindicatório, educativo e social. Em seu cadastro constam 335 associados da cidade de Campina Grande, distribuídos em diversas faixas etárias, todos com algum tipo de deficiência.

A população foi composta por 130 pessoas com deficiência física, devidamente cadastradas, e que frequentavam as atividades da ASDECB. Para estimar o tamanho da amostra, de maneira tal que a mesma seja representativa para a população supracitada, utilizou-se a seguinte fórmula: $n = N \cdot Z^2 \cdot P(1-P) / (N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot P(1-P)$, onde: n = Valor da amostra; N = Valor da população; Z = Intervalo de confiança = 1,96; P = Prevalência=50%; e = Erro tolerado = 0,05. Dessa forma, por meio do processo de amostragem probabilística pela técnica aleatória simples com sorteio dos participantes a amostra foi composta por 98 PcD física.

Fez parte do estudo pessoas entre a faixa etária de 18 a 59 anos de idade; que apresentam deficiência física, e frequentam as atividades da instituição selecionada. Foram excluídos da amostra os participantes que apresentaram outro tipo de deficiência, além da deficiência física.

A coleta foi realizada por meio de uma entrevista com formulário estruturado. Para coletar os dados do formulário, a estratégia foi a visita domiciliar. O primeiro contato foi através da ASDECB, que assinou o termo de concordância institucional. Em seguida, após sorteio dos participantes, visita domiciliar para apresentar o Processo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceite do participante em fazer parte do estudo, foi realizado o preenchimento do formulário.

As variáveis investigadas ajustadas nas dimensões de vulnerabilidade segundo o conceito de Ayres⁶ foram as seguintes: 1. Dimensão individual de vulnerabilidade - a) Cognitivo - acesso á informações; conhecimento sobre os fatores de risco; e conhecimento das atitudes de prevenção de IST; pensamento de risco de adquirir uma IST; b) Comportamentais - história de consumo de drogas; história de relação sexual; idade de início de relações sexuais; número de parceiros na vida; frequência do uso de preservativo; transfusão de sangue; histórico de IST; compartilhamento de objetos íntimos; 2. Dimensão social de vulnerabilidade - idade; sexo; renda; escolaridade; religião, estado civil, tipo de trabalho e tipo de deficiência; 3. Dimensão programática de vulnerabilidade - acesso ao serviço de assistência à saúde; tipo de serviço utilizado com maior frequência; frequência de consultas médicas (ginecologista/uropologista); orientação de profissionais de saúde quanto à prevenção de IST.

Os dados coletados foram implantados em um banco de dados eletrônico e analisados por meio do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 para Windows e apresentados por meio de tabelas. Para análise dos dados sociodemográficos, foi utilizada a estatística descritiva, sendo calculadas: frequência absoluta e relativa, média e

desvio padrão. Para verificar as associações entre as variáveis foi utilizado o Teste de Qui-quadrado (X^2), exceto quando o requisito estatístico de inexistência de caselas menores que cinco não foi atendido, sendo necessário efetuar o teste de Fisher. Foi calculada a razão de prevalência e seu respectivo intervalo de confiança. O nível de significância para o estudo foi 5%.

Para verificar a magnitude de associação entre as variáveis foi utilizado o teste do Coeficiente de Contingência e os seguintes parâmetros: $r \geq 0,750$ = associação forte; 0,500 a 0,749 = associação moderada; $\leq 0,499$ = associação fraca)¹⁶.

Todos os critérios estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados. Sendo assim, os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram um Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando-lhes os direitos de privacidade, sigilo e de declínio na participação. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), recebendo parecer favorável, sob CAAE nº 28723614.6.0000.5187.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

Conforme apresentado na Tabela 1, a maioria dos sujeitos é do sexo masculino, com uma proporção de 1,4 homens para cada mulher; com credo religioso (98,9%), com até o ensino médio incompleto (65,3%), sem companheiro (57,2%), vive com renda de até um salário mínimo (87,7%) e está desempregado (59,2%). A maior parcela recebe auxílio previdenciário (50%), o qual foi concedido, em maior parte, pela deficiência adquirida (83,7%). A média de idade atual foi de 42,28 anos ($\pm 9,25$; $X_{\min}=20$; $X_{\max}=59$).

Tabela 1 - Aspectos sociodemográfico de pessoas com deficiência física. Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Variáveis		n	%
Sexo	Masculino	57	58,2
	Feminino	41	41,8
Idade	18 - 31 anos	15	15,3
	32 - 45 anos	44	44,9
	46 - 59 anos	39	39,8
Religião	Católico	61	62,1
	Evangélico	32	32,6
	Outras	3	3,1
	Kardecista	1	1,1

Escolaridade	Sem credo	1	1,1
	Sem escolaridade	4	4,1
	Fundamental incompleto	37	37,8
	Fundamental completo	7	7,1
	Médio incompleto	16	16,3
	Médio completo	26	26,5
	Superior incompleto	4	4,1
	Superior completo	4	4,1
Estado civil	Solteiro	43	43,9
	Casado	30	30,6
	União estável	12	12,2
	Divorciado	11	11,2
	Viúvo	2	2,1
Renda per capita	<1 salário mínimo*	16	16,3
	1 salários mínimo	70	71,4
	2-5 salários mínimos	12	12,3
Trabalho	Sim	40	40,8
	Não	58	59,2
Tipo de vínculo/benefício	Benefício da previdência	45	45,9
	Carteira assinada	30	30,6
	Autônomo	9	9,2
	Aposentadoria	4	4,1
	Contrato temporário	1	1,1
Tipo de deficiência	Congênita	16	16,3
	Adquirida	82	83,7

Fonte: Dados da pesquisa. n=98; *Salário mínimo = R\$: 788,00.

Frequência de relações sexuais e IST

Na Tabela 2 estão apresentados os dados referentes a realização de práticas sexuais, a ocorrência de IST e o tipo da doença.

Tabela 2 - Frequência de relações sexuais e infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Frequência	n	%
Relação Sexual		
Presente	90	91,8
Ausente	8	8,2
IST		
Sim	15	15,3
Não	83	84,7
Tipo de IST		
Gonorreia	4	26,6
HPV	2	13,3

Tricomoníase	1	6,7
Herpes Vaginal	1	6,7
Candidíase	1	6,7
Sífilis	1	6,7
Não identificada	5	33,3

Fonte: Dados da pesquisa; IST = infecções sexualmente transmissíveis.

Associações com a dimensão individual de vulnerabilidade

Na Tabela 3, observa-se associação entre a ocorrência de IST com o número de parceiros ($p=0,020$), acreditar em poucos parceiros como prevenção ($p=0,044$) e acreditar na má higiene como fator de risco, configurando-se um número inferior a 10 parceiros como fator de proteção.

Tabela 3 - Associações entre a dimensão individual de vulnerabilidade e a ocorrência de infecção sexualmente transmissível em pessoas com deficiência física. Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Dimensão individual de vulnerabilidade	Ocorrência de IST				<i>p</i>	RP IC	<i>c</i>
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Conhecimento sobre IST							
Sim	15	15,5	82	84,5			
Não	0	0	1	100			
Conhecimento sobre FR					0,405*		
Sim	11	14,3	66	85,7			
Não	4	19	17	81			
Acreditar na má higiene como FR					0,025*	4,65 (1,91-11,3)	0,277
Sim	3	60	2	40			
Não	12	12,9	81	87,1			
Conhecimento sobre Prevenção							
Sim	15	16,3	77	83,7			
Não	0	0	6	100			
Acreditar em poucos parceiros como prevenção					0,044*	3,20 (1,25-8,18)	0,225
Sim	4	40	6	60			
Não	11	12,5	77	87,5			
Relação sexual							
Sim	15	16,7	75	83,3			
Não	0	0	8	100			
Idade da primeira relação					0,569*		
≤ 18 anos	10	15,6	54	84,4			
> 18 anos	4	16,7	20	83,3			
Número de parceiros					0,020	0,31 (0,12-0,82)	0,244
≤ 10	8	11,3	63	88,7			
> 10	5	35,7	9	64,3			
Uso de preservativo					0,396		
Sim	6	13,3	39	86,7			
Não	9	20	36	80			
Higiene após a relação sexual							
Sim	15	17,9	69	82,1			

Não	0	0	5	100	
Compartilha objetos íntimos					
Sim	14	18,7	61	81,3	0,094*
Não	1	4,5	21	95,5	
Histórico familiar de IST					
Sim	3	18,8	13	81,2	0,707*
Não	12	14,6	70	85,4	
Orientação profissional de IST					
Sim	8	16,3	41	83,7	0,779
Não	7	14,3	42	85,7	
Uso de droga					
Sim	1	14,3	6	85,7	0,709*
Não	14	15,4	77	84,6	
Uso de álcool					
Sim	6	23,1	20	76,9	0,199
Não	9	12,5	63	87,5	
Transfusão sanguínea					
Sim	2	8	23	92	0,231*
Não	12	16,9	59	83,1	

Fonte: Dados da pesquisa; RP=razão de prevalência; IC=intervalo de confiança (95%); c=coeficiente de contingência; FR=fator de risco. *Utilizado o teste de Fisher.

Associações com a dimensão social de vulnerabilidade

Verificaram-se associações entre a ocorrência de IST e a idade ($p=0,007$), bem como o tipo de deficiência ($p=0,007$). Os participantes com deficiência congênita apresentaram 3,42 vezes mais IST em comparação aos sujeitos que adquiriram a deficiência ao longo da vida (Tabela 4).

Tabela 4 - Associações entre a dimensão social de vulnerabilidade e a ocorrência de infecção sexualmente transmissível em pessoas com deficiência física. Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Dimensão social de vulnerabilidade	Ocorrência de IST				p	RP IC	c
	Sim n	%	Não n	%			
Sexo							
Masculino	9	15,8	48	84,2	0,875		
Feminino	6	14,6	35	85,4			
Idade							
≤ 42 anos	2	4,5	42	95,5	0,007*	0,18 (0,04-0,79)	0,260
> 42 anos	13	24,1	41	75,9			
Religião							
Católica	10	16,4	51	83,6	0,779		
Não católica	5	13,5	32	86,5			
Escolaridade							
≤ 10 anos	14	15,6	76	84,4	0,646*		
> 10 anos	1	12,5	7	87,5			
Estado civil							

Com companheiro	7	16,7	35	83,3	0,746		
Sem companheiro	8	14,3	48	85,7			
Renda							
≤ 1 salário	13	15,1	73	84,9	0,583*		
> 1 salário	2	16,7	10	83,3			
Trabalho							
Sim	6	15	34	85	0,944		
Não	9	15,5	49	84,5			
Tipo de vínculo/benefício							
Auxílio previdenciário	8	16	42	84	0,846		
Remuneração	7	14,6	41	85,4			
Tipo de deficiência							
Congênita	6	37,5	10	62,5	0,007	3,42	0,310
Adquirida	9	10,9	73	89,1		(1,41-8,26)	

Fonte: Dados da pesquisa; RP=razão de prevalência; IC=intervalo de confiança (95%); c=coeficiente de contingência. *Utilizado o teste de Fisher.

Associações com a dimensão programática de vulnerabilidade

Conforme apresentado na Tabela 5, verificou associação entre a ocorrência de IST com a realização de consulta com urologista ($p=0,030$).

Tabela 5 - Associações entre a dimensão programática de vulnerabilidade e a ocorrência de infecção sexualmente transmissível em pessoas com deficiência física. Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema, Campina Grande/PB, Brasil, 2015.

Dimensão programática de vulnerabilidade	Ocorrência de IST						
	Sim		Não		<i>p</i>	RP IC	<i>c</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Acesso serviço de saúde							
Sim	12	15,4	66	84,6	0,636*		
Não	3	15	17	85			
Tipo de serviço acessado							
Nível secundário e/ou terciário	2	9,1	20	90,9	0,278*		
Atenção primária em saúde	10	17,9	46	82,1			
Dificuldades de acesso							
Não precisou	3	20	12	80			
Transporte, companhia ou tempo	0	0	5	100			
Realização de consulta							
Ginecologista/Mulher							
Sim	6	16,2	31	83,8			
Não	0	0	4	100			
Realização de consulta							
Urologista/Homem							
Sim	6	31,6	13	68,4	0,030*	4,00	0,293
Não	3	7,9	35	92,1		(1,12-14,2)	
Frequência da consulta							
Ginecologista/Mulher							

Periodicamente [†]	3	12	22	88	0,432*
Não periodicamente [#]	12	16,4	61	83,6	
Frequência da consulta					
Urologista/Homem					
Periodicamente [†]	1	14,3	6	85,7	0,696*
Não periodicamente [#]	8	16	42	84	

Fonte: Dados da pesquisa; RP=razão de prevalência; IC=intervalo de confiança (95%); c=coeficiente de contingência. *Utilizado teste de Fisher. † Uma ou mais de uma consulta no mesmo ano. #Mais de um ano sem realizar consulta.

DISCUSSÃO

Acerca dos aspectos sociodemográficos a identificação de maioria do sexo masculino, e faixa etária de 32 a 45 anos, diverge da literatura sobre PcD no Brasil, visto que estimativas do IBGE indicam a maioria do sexo feminino, com idade acima de 45 anos⁹. Acredita-se que esse fato se deva em decorrência do objetivo principal da ASDECB que é a defesa de direitos sociais, notadamente trabalhistas, evidenciando que, na sociedade latino-americana, o homem adulto jovem, no geral, ainda está arraigado ao preceito de ser o mantenedor financeiro da família e o membro que mais trabalha fora do lar¹⁷, sendo a maior parcela dos que buscam se associar nesse tipo de instituição.

No tocante ao estado civil e ao nível de escolaridade o estudo corrobora a literatura. Uma investigação transversal, com 120 participantes, realizado na cidade de João Pessoa/PB, Brasil, identificou que 62,4% vivem sem companheiro e 63,3% não completaram o ensino fundamental¹⁸. Outra pesquisa, envolvendo jovens do sexo masculino de todo o Brasil, apontou a baixa escolaridade associada ao menor conhecimento sobre IST, indicando para a necessidade de ações educativas visando à diminuição dessa situação de vulnerabilidade¹⁹.

Com relação ao credo religioso a constatação da maioria frequentar alguma organização religiosa tem seu significado importante, visto que valores e crenças, entre eles a religião, compõem elementos que podem interferir na percepção de vulnerabilidade às IST, sobretudo na adoção de métodos de sexo seguro, como é o caso da utilização de preservativos, além de valores relacionados ao casamento e quantidade de parceiros²⁰.

No concernente as características de ocupação laboral identificadas, percebeu-se que mesmo com a existência de peças jurídicas para garantir os direitos de inserção no mercado de trabalho das PcD, esse segmento social ainda não desfruta de equidade nas oportunidades. Havendo ainda dificuldades de inclusão social das PcD no mercado de trabalho²¹. Ademais, o desafio é garantir que essas pessoas além de ingressarem no mercado de trabalho tenham a

sua disposição condições propícias para desempenharem suas funções dentro de suas habilidades e competências. Portanto, urge ainda enfatizar que para além das condições materiais e logísticas é preciso romper com os percalços atitudinais pautados no preconceito e na discriminação¹¹.

A considerável presença de relações sexuais em PcD identificadas nesse estudo, demonstra que o pensamento errôneo da sociedade em atribuir ou restringir a sexualidade ao aspecto físico necessita ser desvinculado. Nessa perspectiva, o mito de que estas pessoas não exercem sua sexualidade, gera falta de informação e isto é um fator condicional de vulnerabilidade¹⁹, pois o grau de qualidade das informações que o indivíduo possui pode aumentar ou diminuir sua vulnerabilidade às IST, traduzindo em práticas ou atitudes insatisfatórias²².

As condições que potencializam a vulnerabilidade individual em PcD física foram evidenciadas por associações entre características cognitivas e comportamentais e a ocorrência de IST. Acreditar que a má higiene é um fator de risco - compreensão correta - ter ocorrido com maior frequência em pessoas que evoluíram à IST, induz ao pensamento que os indivíduos têm a informação, porém a ação concretizada nem sempre é condizente com o conhecimento. Estudo no Ceará, com PcD, identificou limitações para a realização das atividades de vida diárias como, cuidar da higiene pessoal²³. Diante disso, no tocante as pessoas com algum tipo de limitação física, é necessário um plano de cuidados, articulando a família na busca de práticas mais eficazes, na perspectiva de auxiliar no desenvolvimento do autocuidado²⁴.

Outra situação análoga a anteriormente mencionada é o fato das pessoas que acreditam em poucos parceiros como fator de prevenção, possuem, com maior frequência, mais de um parceiro, fatores estes que estiveram associados à ocorrência de IST. Por se tratar de um estudo transversal, não existindo um acompanhamento dos indivíduos, o conhecimento sobre o risco de múltiplos fatores pode ter ocorrido a posteriori. Estudo realizado com jovens com deficiência na Etiópia demonstrou alta atividade sexual entre jovens com deficiência física e comportamento sexual de risco, considerando que 59% dos entrevistados sexualmente ativos tiveram múltiplos parceiros sexuais durante a vida²⁵.

Um estudo realizado em um serviço especializado em moléstias infecciosas em ginecologia e obstetrícia do Estado de São Paulo, com 824 mulheres com HPV identificou maior probabilidade para soropositividade devido aos fatores como múltiplos parceiros e prostituição. As mulheres que tinham de cinco a 10 parceiros apresentaram maior probabilidade de ter HIV relacionada às mulheres que tinham de um a cinco parceiros; e

aquelas com mais de 10 parceiros apresentaram 3.487 maior probabilidade para ter a infecção²⁶.

Já as condições que potencializam a vulnerabilidade social em PcD física foram constatadas por associações entre fatores sociais, econômicos e demográficos e a ocorrência de IST. Os resultados demonstram associação de IST com a idade acima ou igual a 42 anos, corroborando com uma investigação sobre o perfil sociodemográfico de pessoas com HIV/aids em Ambulatório de Controle de DST/aids, a qual constatou idade média de 43 anos²⁷. Contudo é mister considerar que a maior proporção das PcD física do estudo que apresentaram uma IST indicaram idade menor que os 18 anos no momento da primeira relação sexual. A vivência amorosa na adolescência é caracterizada por início precoce da vida sexual, bem como a multiplicidade de parceiros sexuais, o que constitui possibilidades maiores de acometimento por infecções e até mesmo gravidez não planejada²⁸.

O tipo de deficiência física também foi associado com a ocorrência de IST, sendo a proporção de PcD congênita que desenvolveu alguma doença, maior do que aquela com agravo adquirido. A existência de uma deficiência física leva um indivíduo a ter uma capacidade física reduzida e ter que enfrentar barreiras impostas pela sociedade. As limitações e barreiras como falta de acesso a transportes, preconceito e medo das outras pessoas podem reduzir a tomada de decisões e comportamentos como, procurar serviço de saúde assim como relatar sua vida sexual, tornando-os mais vulneráveis^{12,13-29}. Estudo exploratório realizado em São Paulo/SP indicou que além de barreiras arquitetônicas enfrentadas pelas pessoas com deficiência, os serviços especializados não estão capacitados para recebê-los²⁹.

As condições que potencializam a vulnerabilidade programática em PcD física foram indicadas por associações entre variáveis de acesso aos serviços de saúde e a ocorrência de IST. A associação identificada entre ter maior frequência de consulta com urologista e ocorrência de IST parece contraditória, porém pode estar relacionada à causalidade reversa, típica dos estudos transversais. Ademais, muitos homens buscam um atendimento em saúde, apenas quando estão com sinais e sintomas de alguma doença em detrimento da promoção da saúde e práticas preventivas. Outros fatores que contribuem para a não procura são a dificuldade em se reconhecerem doentes e o medo da descoberta de alguma doença grave³⁰.

As PcD enfrentam falta de acesso aos serviços de saúde e reabilitação pela privação de recursos materiais que as impede de obter equipamentos que garantem maior autonomia, falta de investimento em sua educação e habilitação/reabilitação profissional⁷. Mesmo nesse contexto, não foram identificadas outras associações no grupo das condições de vulnerabilidade programática, todavia acredita-se que com uma amostra composta por um

número maior de pessoas que já tiveram IST isso possa ocorrer, considerando a forte influência da determinação social sobre o processo saúde-doença.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as pessoas com deficiência física possuem condições que potencializam a vulnerabilidade para IST atrelada as dimensão individual, social e programática. A dimensão individual é potencializada pelo fator de risco, possuir múltiplos parceiros. Quanto mais parceiros sexuais, maior é o risco de exposição às IST. A dimensão social é potencializada pelo fator, idade e deficiência congênita. O envelhecimento e pessoas com deficiência congênita vêm apresentando limitações que podem restringir a capacidade de enfrentamento para a vulnerabilidade. Já a dimensão programática é potencializada pela consulta especializada. Buscar um serviço de saúde somente com objetivo de tratamento, pode comprometer os níveis de prevenção.

As condições de vulnerabilidade podem ser minimizadas para ocorrência de IST, para isto é necessário que os profissionais de saúde e setores de saúde, adotem ações de prevenção específica atreladas a realidade individual, social e de saúde da PcD. Apesar das limitações o estudo permitiu encontrar informações úteis, que poderão ser testados em análises futuras. O estudo contribui com os programas e redes de apoio que focam a saúde de PcD física. Assim, é necessária uma maior atenção, evidenciando fatores de prevenção e promoção da saúde, visando estratégias de controle e erradicação das IST no Brasil e no mundo. Ademais os dados do estudo podem dar subsídio a gestores de serviço de saúde assim como unidades básicas de saúde regionais, na determinação de prioridades e atenção a saúde de PcD física.

As limitações do estudo são evidenciadas pelo tamanho amostral e por não avaliar todas as condições de vulnerabilidade bem como o nível de vulnerabilidade. Deste modo sugere-se pesquisas que abordem os índices de vulnerabilidade aplicados as PcD, bem como estudos longitudinais para entender a relação entre os diferentes domínios da vulnerabilidade ao passar dos anos.

REFERÊNCIAS

1. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RAA, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *Saúde no Brasil*. 2011; 3: 47-60.

2. Ministério da Saúde (BR). Brasil reafirma compromisso pelo fim de epidemias até 2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
3. World Health Organization (WHO). Global Strategy for the Preventions and Control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015. Genebra: WHO; 2007.
4. Guanilo MCTU, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Assessing the vulnerability of women to sexually transmitted diseases STDS/ HIV: construction and validation of markers. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2014; 48(spe): 152-9.
5. Carneiro CBL; Veiga, L. O conceito de inclusão, dimensões e indicadores. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social (Pensar BH/Política Social, 2); 2004.
6. Ayres J, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Jr I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.
7. Nicolau SM, Schraiber LB, Ayres JRCM. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2013; 18(3): 863-72.
8. World Health Organization (WHO). *Disability and Health*. Genebra: World Health Organization; 2011.
9. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. *Cartilha do Censo 2010*. Brasília: SDH-PR/SNPD; 2012.
10. Ministério da Saúde (BR). *Pessoas com Deficiência e DST/aids*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Ferreira WB. Vulnerabilidade à Violência Sexual no Contexto da escola Inclusiva: Reflexão sobre a Invisibilidade da Pessoa com Deficiência. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación.* 2008; 6(2): 120-36.
12. França ISX, Pagliuca LMF, França EG, Coura AS, Souza JA. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63 (6): 964-70.
13. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Accessibility to health services by persons with disabilities. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45(1): 99-105.
14. França ISX, Pagliuca LMF. Social inclusion of disable people: achievements, challenges and implications for the nursing area. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43(1): 178-85.

15. Coura AS, França ISX, Enders BC, Barbosa ML, Souza JRS. Functional disability of adult individuals with spinal cord injury and its association with socio-demographic characteristics. *Rev. latinoam. enferm.* 2012; 20(1): 84-92.
16. Field, A. *Descobrimo a Estatística usando o SPSS*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
17. Pedrero Nieto M. Uso del tiempo e inequidades de género. Algunas evidencias en tres países latinoamericanos. *Acta colomb. psicol.* 2013; 16(2): 55-62.
18. Holanda CMA, Andrade FLJP, Bezerra MA, Nascimento JPS, Neves RF, Alves SB, et al. Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. *Ciênc. saúde coletiva.* 2015; 20(1): 175-84.
19. Miranda AE, Ribeiro D, Rezende EF, Pereira GFM, Pinto VM, Saraceni VA. Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro. Brasil, 2007. *Ciênc. saúde coletiva.* 2013; 18(2): 489-97.
20. Hoga LAK, Tiburcio CA, Borges ALV, Zoboli ELCP, Chavez-Alvarez RE. Counseling Regarding Sexual and Reproductive Behavior: Principles and Practices of Catholic Priests. *Rev. latinoam. enferm.* 2010; 18 (6): 1237-45.
21. Maia ACB, Ribeiro PRM. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. *Rev. bras. educ. espec.*, 2010; 16 (2): 159-76.
22. Andrade SSC, Zaccara AAL, Leite KNS, Brito KKG, Soares MJG, Costa MML. Knowledge, attitude and practice of condom use by women of an impoverished urban area. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2015; 49 (3): 364-72.
23. Moura GN, Nascimento JC, Lima MA, Frota NM, Cristino VM, Caetano JA. Atividade de vida de pessoas com deficiência segundo modelo de enfermagem de Roper-Logan-Tierney. *Rev. RENE.* 2015; 16 (3): 317-26.
24. Vasconcelos AS, França ISX, Coura AS, Sousa FS, Souto RQ, Cartaxo HGO. Nursing interventions on the needs of people with spinal cord injury: an integrative review. *Online Braz J Nurs [Internet]*. 2010 [cited 2012 Sept 16];9(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-285.2010.3000/674>
25. Kassa TA, Priv-Doz TL, Birru SK, Riedel-Heller SG. Sexuality and Sexual Reproductive Health of Disabled Young People in Ethiopia. *Sex Transm Dis.* 2014; 41 (10): 583-8.
26. Gaspar J, Quintana SM, Reis RK, Gir EL. Sociodemographic and clinical factors of women with HPV and their association with HIV. *Rev. latinoam. enferm.* 2015; 23 (1): 74-81.

27. Bertoni RF, Bunn K, Silva J, Traebert J. Socioeconomic and demographic profile of patients with HIV/ aids of Ambulatory de DST/aids of São José, SC. ACM arq. catarin. med. 2010; 39(4):75-9.
28. Cruzeiro ALS, Souza LDM, Silva RA, Pinheiro RT, Rocha CLA, Horta BL. Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. Ciênc. saúde coletiva. 2010; 15(Sup11):1149-58.
29. Paula AR; Sodelli FG; Farias G, Gil M, Regen M, Meresman S. Pessoas com deficiência: pesquisa sobre sexualidade e vulnerabilidade. Temas desenvolv. 2010; 17 (98): 51-65.
30. Vieira KLD, Gomes VLO, Borba MR, Costa CFS. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2013; 17 (1): 120-7.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as pessoas com deficiência física possuem condições que potencializam a vulnerabilidade para IST atrelada as dimensão individual, social e programática. A dimensão individual é potencializada pelo fator de risco, possuir múltiplos parceiros. Quanto mais parceiros sexuais, maior é o risco de exposição às IST. A dimensão social é potencializada pelo fator, idade e deficiência congênita. O envelhecimento e pessoas com deficiência congênita vêm apresentando limitações que podem restringir a capacidade de enfrentamento para a vulnerabilidade. Já a dimensão programática é potencializada pela consulta especializada. Buscar um serviço de saúde somente com objetivo de tratamento, pode comprometer os níveis de prevenção.

As condições de vulnerabilidade podem ser minimizadas para ocorrência de IST, para isto é necessário que os profissionais de saúde e setores de saúde, adotem ações de prevenção específica atreladas a realidade individual, social e de saúde da PcD.

O estudo contribui com os programas e redes de apoio que focam a saúde de PcD física. Assim, é necessária uma maior atenção, evidenciando fatores de prevenção e promoção da saúde, visando estratégias de controle e erradicação das IST no Brasil e no mundo. Ademais os dados do estudo pode dar subsídio a gestores de serviço de saúde assim como unidades básicas de saúde regionais, na determinação de prioridades e atenção a saúde de PcD física.

As limitações do estudo são evidenciadas pelo tamanho amostral e por não avaliar todas as condições de vulnerabilidade bem como o nível de vulnerabilidade. Deste modo sugere-se pesquisas que abordem os índices de vulnerabilidade aplicados as PcD; longitudinais para entender a relação entre os diferentes domínios da vulnerabilidade ao passar dos anos. Apesar das limitações o estudo permitiu encontrar informações úteis, que poderão ser testados em análises futuras.

7 REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Brasil reafirma compromisso pelo fim de epidemias até 2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Damasceno DO, Moura FMJSP, Nery IS, Batista OMA, Araújo OD, Moura LJP. Representações sociais das dst/aids elaboradas por gestantes. *Texto Contexto Enferm.* 2009; 18(1): 116-23.
3. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA A, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *Saúde no Brasil.* 2011; 3: 47-60.
4. Ministério da Saúde. Pessoas com Deficiência e DST/aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. World Health Organization. Global Strategy for the Preventions and Control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015. Genebra: WHO; 2007.
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2009.
7. Guanilo MCTU, Takahashi RF, Bertolozzi MR. Assessing the vulnerability of women to sexually transmitted diseases STDS/ HIV: construction and validation of markers. *Rev. esc. enferm.* 2014; 48(spe): 152-9.
8. Carneiro CBL; Veiga, L. O conceito de inclusão, dimensões e indicadores. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social (Pensar BH – Política Social, 2); 2004.
9. Ayres J, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Jr I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva.* São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.
10. Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, tradutor. São Paulo: EDUSP; 2003.
11. Girondi JBR, Backes MTS, Argenta MI, Meirelles BHS, Santos SMA. Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras. *Rev. Eletr. Enf. [Internet].* 2010;12(1):20-7.
12. Nicolau SM, Schraiber LB, Ayres JRCM. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2013; 18(3): 863-72.

13. World Health Organization. *Disability and Health*. Geneva: World Health Organization; 2011.
14. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. *Cartilha do Censo 2010*. Brasília: SDH-PR/SNPD; 2012.
15. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA A, Barata RB, Rodrigues LC. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. *Saúde no Brasil*. 2011; 3: 47-60.
16. Ministério da Saúde. *Direitos sexuais e reprodutivos de pessoas com Deficiência: Desafios para o Sistema Único de Saúde*. 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
17. Ferreira WB. Vulnerabilidade à Violência Sexual no Contexto da escola Inclusiva: Reflexão sobre a Invisibilidade da Pessoa com Deficiência. *Revista Eletrônica Iberoamericana sobre a Calidad, Eficacia y Cambio em Educación*. 2008; 6: 120-36.
18. Groce NE, Trasi R, Yousafzai AK. *Diretrizes para a Inclusão de Pessoas com Deficiência nas Campanhas Contra o HIV/aids*. London: Yale University, 2006.
19. França ISX, Pagliuca LMF, França EG, Coura AS, Souza JÁ. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(6): 964-70.
20. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar C LG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saude Pública*. 2011; 45(1): 99-105
21. França ISX, Pagliuca LMF. Utilitarianism, poverty and development of disabled people. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2007; 15(spe): 857-63.
22. França ISX, Pagliuca LMF. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. *Rev. esc. enferm.* 2009; 43(1): 178-85.
23. Coura AS, França ISX, Enders BC, Barbosa ML, Souza JRS. Functional disability of adult individuals with spinal cord injury and its association with socio-demographic characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(1): 84-92.
24. Coura, AS. França ISX, Enders BC, Barbosa ML, Souza JRS. Functional disability of adult individuals with spinal cord injury and its association with socio-demographic characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(1): 84-92.
25. Gontijo DT. Determinantes Sociais de Saúde: uma perspectiva para a compreensão das relações entre processos de exclusão social e equidade em saúde. *Eletr. Enf.* 2010; 12(1): 8.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

27. Ministério da Saúde. Direitos Sexuais e Reprodutivos na Integralidade da Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
28. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
29. Silva, OM. Epopéia Ignorada - Historia da Pessoa Deficiente no Mundo de Ontem e Hoje. São Paulo: CEDAS; 1987.
30. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1991. [cited 2015 oct 09]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm
31. França ISX, Baptista RS, Abrão FMS, Coura AS, Franca E.G, Pagliuca LMF. O des-cuidado lesado medular na atenção básica: desafios bioéticos para as políticas de saúde. Rev. bras. enferm. 2012; 65(2): 236-43.
32. Maranhão, RO. “O portador de deficiência e o direito ao trabalho”. São Paulo: Ed. LTr; 2005.
33. Ministério da Educação e cultura. Declaração dos direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília: Ministério da Educação e Cultura; 1975.
34. Ministério da Saúde: Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
35. Brasil. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2004. [Cited 2015 oct 09]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm
36. Sasaki, RK. Como chamar as pessoas que têm deficiência. In: Sasaki, RK. Vida independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR; 2003.
37. Brasil. Terminologia adequada para designar as pessoas com deficiência. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos; 2009.
38. França, ISX; Pagliuca, LMF. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. RENE. 2008; 9(2): 129-37.
39. Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990. [cited 2015 out 10]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

40. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
41. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
42. França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS. Política de Inclusão do Portador de Deficiência: Possibilidades e Limites. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(1): 112-6.
43. Ministério da Saúde. Informações sobre o PRONON E O PRONAS/PCD. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
44. Brasil. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
45. Barraviera, SRCS. Barraviera, B. Doenças Sexualmente Transmissíveis. São Paulo: EPUB; 2003.
46. Eleuterio Junior, J. Doenças Sexualmente Transmissíveis. São Paulo: Contexto; 2002.
47. Souza EMde. Há 100 anos, a descoberta do *Treponema pallidum*. *An. Bras. Dermatol.* 2005; 80(5): 547-48.
48. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect.* 1999; 75: 3-17.
49. Avelleira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle Syphilis: diagnosis, treatment and control. *An Bras Dermatol.* 2006; 81(2): 111-26.
50. Garnett GP, Aral SO, Hoyle DV, Cates Jr W, Anderson RM. The natural history of syphilis. Implications for the transmission dynamics and control of infection. *Sex Transm Dis.* 1997; 24: 185-200.
51. Azulay MM, Azulay DR. Treponematoses. In: Azulay e Azulay. *Dermatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
52. Collins L, White JA, Bradbeer C. Lymphogranuloma venereum. *BMJ* 2006;332:66.
53. Van de Laar M. The emergence of LGV in Western Europe: what do we know, what can we do?. *Euro Surveill.* 2006; 11(9): 146-8.
54. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Center for Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports. 2015; 64(3): 1-135.
55. O'Farrell N. Donovanosis. *Sex Transm Infect.* 2002; 78: 452-7.

56. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections*. 1999; 75(1): 3-17.
57. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis* 2002; 29: 497–502.
58. Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates 2008. *Sex Transm Dis*. 2013; 40: 187–93.
59. RIBAS, Taisa Roberta. Doenças Sexualmente Transmissíveis: Por que preveni-las? Paraná: Secretaria do Estado da Educação, 2008. p.59.
60. Looker KJ, Magaret AS, Turner KME, Vickerman P, Gottlieb SL, Newman LM (2015) Correction: Global Estimates of Prevalent and Incident Herpes Simplex Virus Type 2 Infections in 2012. *PLoS ONE*. 2015; 10(5): e114989.
61. World Health Organization (WHO). Herpes simplex virus. Geneva: WHO; 2015.
62. World Health Organization (WHO). Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015. Geneva: WHO; 2007. p.1-60.
63. Damião EO. Desmistificando a SIDA/aids: reflexões. In: França ISX, Lopes MEL (Orgs). Fios que tecem as malhas da história e da vida das mulheres. João Pessoa: Idéia; 2002; p. 149-65.
64. Brasil. Ministério da Saúde. aids. O que é HIV. 2015 [citado 2015 abr 29]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>>.
65. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
66. Sousa FS, Baptista RS, Coura AS, França EG, Pagliuca LMF, França ISX. Sexuality of disabled people and vulnerability to aids: systematic literature review. *Online braz j nurs*. (online). [Internet]. 2009 Oct [citado 2015 Oct 12]; 8 (3) [about 10p]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2566>.
67. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adherence to Antiretroviral Therapy (HIV/aids): Factors Associated and Adherence Strategies. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16(4): 261-278.
68. Griboski RA, Guilhem D, Castello Branco JD. Adolescência, Sexualidade e Situações de Vulnerabilidade: Um Estudo qualitativo. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2008 [Cited 2009 Oct 08] 7(2) [about 13.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.1061/240>
69. Münger K, Howley PM. Human papillomavirus immortalization and transformation functions. *Virus Res*. 2002; 89(2): 213-28.

70. Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, et al. Classification of papillomaviruses. *Virology*. 2004; 324: 17-27.
71. Nakagawa JTT; Schirmer J, Barbieri M. Vírus HPV e câncer de colo de útero. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2010 Apr [cited 2015 Oct 12]; 63(2):307-311.
72. World Health Organization (WHO) [homepage na internet]. WHO/ ICO Information Centre on Human Papilloma Virus (HPV) and Cervical Cancer. Genebra: World Health Organization; 2010.
73. Bravo RS, Giraldo PC, Carvalho NS, Gabiatti JRE, Val ICC, Giraldo HPD, et al. Tricomoníase Vaginal: o que se Passa? *DST - J bras Doenças Sex Transm.* 2010; 22(2): 73-80.
74. Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004; (1): CD 000218.
75. Leher MW, Alderete JF. Biology of trichomonosis. *Curr Opin Infect Dis.* 2000; 13: 37-45.
76. Albuquerque ACC, Silva DM, Rabelo DCC, Lucena WAT, Lima PCS, Coelho MRCD et al . Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19(7): 2125-2132.
77. Araújo TME, Monteiro CFS, MG, Alves ELM, Carvalho KM, Monteiro RM. Fatores de risco para infecção por hiv em adolescentes. *Rev. enferm.* 2012; 20(2): 242-7.
78. Luppi CG, Oliveira RLS, Veras MA, Lippman SA, Jones HJCH, et al. Diagnóstico precoce e os fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em mulheres atendidas na atenção primária. *Rev. bras. epidemiol.* 2011; 14(3): 467-477.
79. Cardoso LRD, Malbergier A, Figueiredo TFB. O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/aids. *Rev. psiquiatr. clín.* 2008; 35(Suppl 1): 70-75.
80. Nappo AS, Sanches ZM, Oliveira LG, Santos AS, Coradete Junior J, Pacca JCB, Lacks V. Comportamento de Risco de Mulheres Usuárias de Crack em relação às DST/aids. São Paulo: CEBRUD; 2004.
81. Reis JN, Martin CCS, Bueno SMV. Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis sex offenses, vulnerability and sexually transmitted diseases. *DST J bras Doenças Sex Transm.* 2001; 13(4): 40-45.
82. Bertolin DC, Ribeiro RCHM, Cesarino CB, Silva DC, Prado DO, Parro ES. Knowledge of women who have sex with women about human papillomavirus. *Cogitare enferm;* 2010; 15(4): 730-35.
83. Sousa FS, Baptista RS, Coura AS, França EG, Pagliuca LMF, França ISX. Sexuality of disabled people and vulnerability to aids: sistematic literature review. *Online braz j nurs* [Internet]. 2009 Oct [cited 2015 Oct 12]; 8 (3): [about 12p]Avaliable from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2566>

84. Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009.
85. Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-39.
86. Yunes MAM, Szymanski H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: Tavares J, organizador. *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez; 2001. p. 13-42.
87. Reppold CT, Pacheco J, Bardagi M, Hitz CS. Prevenção de problemas de comportamento e o desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: Hultz, CS. et al. *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
88. Janczura R. Risco ou vulnerabilidade social?. *Tex. & Cont.* 2012; 11(2): 301-8.
89. Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(Esp 2): 1326-30.
90. Busso G. La vulnerabilidad social y las políticas sociales a início del siglo XXI: una aproximación a sus potencialidades y limitaciones para los países latino americanos. Santiago: CEPAL/Celad; 2001.
91. Mann, J. et al (Orgs.). *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p. 321
92. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.
93. Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker R. *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.
94. Ayres JRCM. *Sobre o risco para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec; 1997. 327p.
95. Ayres JRCM. et al. *aids, vulnerabilidade e prevenção*. Rio de Janeiro, ABIA/IMS-UERJ, II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de aids; 1997. p. 3-4.
96. Ayres JRCM, Paiva V, França Júnior I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/aids. *Am J Public Health*. 2006; 96(6): 1001-1006.
97. Drachler ML, Lobato MAO, Lermen J I, Fagundes S, Ferla AA, Drachler CW et al. Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19(9): 3849-58.

98. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Brasil reduziu vulnerabilidade social em 27% entre 2000 e 2010. Brasília: Ipea; 2015.
99. Field A. Descobrimo a Estatística usando o SPSS. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****PESQUISA: VULNERABILIDADE RELACIONADA ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA**

PESQUISADOR: Inacia Sátiro Xavier de França, docente da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

O projeto tem como objetivo geral: analisar as condições que potencializam as dimensões de vulnerabilidade associadas às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. Este projeto justifica-se por trazer benefício às pessoas com deficiência física, a partir da identificação dos fatores de risco e caracterização da vulnerabilidade nestas pessoas. Assim como, o poder de auxilia na orientação e planejamento de ações preventivas e qualidade da assistência à saúde destas pessoas. Garantir igualmente os direitos sexuais e reprodutivos, saúde sexual e saúde reprodutiva à saúde de pessoas com deficiência. Assim como, subsidiar o planejamento em saúde dos gestores municipais e estadual e as estratégias e ações no âmbito das instituições de saúde.

A coleta de dados será feita através de um formulário. Os riscos serão mínimos para os sujeitos da pesquisa. De acordo com a Resolução 466/12 do CNS e baseando-se nos princípios basilares da Bioética (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) fica assegurado total sigilo sobre as informações coletadas, como também a privacidade de cada participante e o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa.

Campina Grande, ____/____ de 2015.

Pesquisadora

Telefone para contato: (83) 9623-3150

Eu _____

declaro que dou meu consentimento para participação e publicação dos resultados da pesquisa: VULNERABILIDADE RELACIONADA ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA que será realizada no município Campina Grande-PB, com as pessoas com deficiência que frequentem, a Associação dos Deficientes do Compartimento da Borborema (ASDECB), localizado em Campina Grande/PB.

Participante

APENDICE B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA QUESTIONÁRIO I

Pesquisa: **VULNERABILIDADE RELACIONADA ÀS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA**

Em todo o mundo, as infecções sexualmente transmissíveis são um problema de saúde pública. Precisamos saber quais as informações que as pessoas têm sobre as doenças sexualmente transmissíveis para ajudar a prevenir essas doenças. Por isso, faremos perguntas que são íntimas e se você se sentir constrangido com alguma delas, você não é obrigado a responder.

COORDENAÇÃO: Inacia Sátiro Xavier de França

Nome do Entrevistador: _____

Data da Entrevista ____ / ____ / _____

Parte 1 - ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS DO(A) ENTREVISTADO(A):

1. Nome do entrevistado: _____

Pseudônimo do Entrevistado: _____

Endereço (Rua, Av.) _____

Bairro _____

CEP _____

Cidade _____

Telefone _____

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Idade: anos

4. Religião

() Sem credo religioso

() Católico

() Evangélico

() Kardecista

() Umbandista

() Outras

5. Estado civil: () solteiro(a) () casado(a) () viúvo(a) () União estável

() Separado(a) ou divorciado(a)

6. A sua escolaridade corresponde a:

() Não estudou

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

7. Você trabalha

() com carteira assinada

- como autônomo
- Está desempregado
- Recebe benefício

8. A sua renda mensal é:

- menos de um salário mínimo
- o salário mínimo
- dois a cinco salários mínimos
- seis salários mínimos ou mais

Parte 2 - ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

9. O Sr.(a) tem acesso ao Serviços de Assistência a Saúde?

- Sim
- Não

Se afirmativo, Qual o serviço que o(a) Senhor(o) (a) mais utiliza?

- Consultório
- Rede Hospitalar
- Ambulatório
- Unidade Básica de Saúde
- Centro de Saúde

Se negativo,

- porque não precisou
- porque tem dificuldade de locomoção/transporte*
- porque tem dificuldade de acesso (Barreiras arquitetônicas) ao serviço de saúde*
- porque tem dificuldade financeira para pagar serviços médicos
- porque não tem ninguém para levar aos serviços de saúde
- porque não precisa consultar médico há muito tempo

*Caso o senhor tenha dificuldade de acesso, recebe consulta em casa?

- Sim Não

Qual o profissional? _____

9.1. Faz exame com Ginecologista/Urologista? SIM NÃO

Qual a frequência? _____

Parte 3- CONHECIMENTO SOBRE IST

10. O(a) Sr(a) sabe o que é Infecção Sexualmente Transmissível?

- SIM NÃO

10.1 Quais os fatores de risco para as Infecções Sexualmente Transmissível o(a) Sr(a) conhece?

11. Fale sobre as formas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis

12. O Sr(a) obtém informações sobre as doenças transmitidas através da prática sexual:

- lendo jornais
- lendo revistas
- ouvindo rádio
- assistindo TV

13. Quando pensa nas doenças transmitidas pelo sexo,

- acredita ser impossível você pegar qualquer uma dessas doenças
- acredita ser possível você pegar qualquer uma dessas doenças
- acredita ser quase impossível você pegar qualquer uma dessas doenças
- acredita ser impossível você pegar qualquer uma dessas doenças

Parte 4

COMPORTAMENTO E SITUAÇÕES DE RISCO

14. O(a) Sr(a) toma bebida alcoólica SIM NÃO

15. O(a) Sr(a) usa alguma droga SIM NÃO

16. O Sr(a) já teve relação sexual? SIM NÃO

17. Qual foi a idade da primeira relação sexual? _____

18. Número de parceiros? _____

19. O(a) Sr(a) ou seu/sua parceiro/parceira usam preservativo

- Sempre Às vezes Não usam

20. Já teve alguma doença transmitida através da prática sexual?

- SIM NÃO

Se afirmativo, qual foi a doença? _____

21. O(a) Sr(a) possui antecedente familiar com Infecção Sexualmente Transmissível?

- SIM NÃO

Se afirmativo, qual a doença? _____

22. Já precisou receber transfusão de sangue? SIM NÃO

23. Acerca de alguns cuidados de Higiene corporal o Sr(a)?

- Costuma tomar banho após as relações sexuais
- Costuma ter cuidado para evitar o compartilhamento de toalha ou peças íntimas
- Realiza higiene íntima diariamente. Quantas vezes? _____
- Realiza higiene íntima semanalmente. Quantas vezes? _____

24. Orientação de profissionais de saúde quanto à prevenção de Infecção Sexualmente

Transmissível? Se afirmativo, qual(is) profissional(is)? _____

Obrigada!!

APÊNDICE C

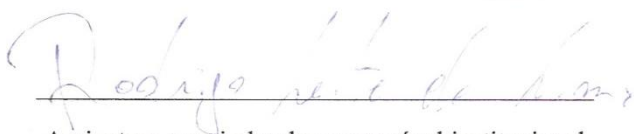
ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES DO COMPARTIMENTO DA BORBOREMA

Rua Dr João Moura, 56 São José. CEP: 58400344 - Campina Grande, PB

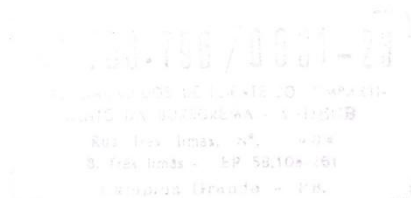
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “CONHECIMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA OU SENSITIVA SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: ESTRATÉGIA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE” desenvolvida pela aluna Jamilly da Silva Aragão do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Inacia Sátiro Xavier de França.

Campina Grande, 10 de março de 2014




Assinatura e carimbo do responsável institucional



ANEXO

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PROFESSORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Doraciça Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR.

Número do Protocolo CAAE: 28723614.6.0000.5187

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 16 de abril de 2014.

Pesquisador(a) Responsável: INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA

Situação do Projeto: APROVADO PELO CEP-UEPB

Apresentação do Projeto: O projeto denominado: CONHECIMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA MOTORA OU SENSITIVA SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: ESTRATÉGIA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, tem como objetivo geral "Investigar informação, comportamentos, atitudes e práticas de pessoas com deficiência física ou visual frente à prevenção das ISTs/aids". Será um estudo exploratório com abordagem quantiquantitativa.

Objetivo da Pesquisa: Tem como Objetivo Geral: Investigar informação, comportamentos, atitudes e práticas de pessoas com deficiência física ou visual frente à prevenção das ISTs/aids

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos participantes da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: As infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) afetam pessoas de ambos os sexos, de todas as etnias e de todos os níveis sociais, e são transmitidas por meio do contato íntimo com a pessoa infectada. Os agravos se manifestam de formas diversas, podendo permanecer assintomáticos por longos períodos e causar doenças graves como a aids. Estudo do tipo pesquisa-ação com abordagem quantiquantitativa, a ser realizado em Campina Grande-PB, no âmbito da Associação dos Deficientes do Compartmento da Borborema, e do Instituto dos Cegos de Campina Grande, objetivando investigar informação, comportamentos, atitudes e práticas de pessoas com deficiência física ou visual frente à prevenção das ISTs/aids.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador: Apresenta os termos obrigatórios.

Recomendações: Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências.