



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

da Silva Aragão, Jamilly; Sátiro Xavier de França, Inacia; Silva Coura, Alexsandro;
Campos Muniz Medeiro, Carla; Cruz Enders, Bertha
Vulnerabilidade associada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com
deficiência física

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 10, outubro, 2016, pp. 3143-3152
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63047756017>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Vulnerabilidade associada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física

Vulnerability associated with sexually transmitted infections in physically disabled people

Jamilly da Silva Aragão ¹
Inácia Sátiro Xavier de França ¹
Alexsandro Silva Coura ¹
Carla Campos Muniz Medeiros ¹
Bertha Cruz Enders ²

Abstract *Objective: to analyze the conditions that enhance the dimensions of individual, social and programmatic vulnerability associated with sexually transmitted infections in physically disabled people. Methods: this transversal study, with a quantitative approach, was conducted in 2015 in conjunction with an association for disabled people in Campina Grande, PB, Brazil. Ninety-eight individuals participated in the study and answered a questionnaire regarding the dimensions of vulnerability in relation to sexually transmitted infections. The chi-square test, Fisher's test, contingency coefficient test and prevalence ratio test were all performed. Results: an association was identified between the occurrence of sexually transmitted infections with the number of partners ($p = 0.020$); the belief that having few partners was a form of prevention ($p = 0.044$); the belief that poor hygiene was a risk factor; age ($p = 0.007$); the type of disability ($p = 0.007$); and having a consultation with a urologist ($p = 0.030$). Conclusion: physically disabled people have conditions that enhance their vulnerability to sexually transmitted infections, which are linked to individual, social and programmatic dimensions. By characterizing the conditions of vulnerability it is possible to devise specific prevention linked to the reality of the social and health conditions of individuals.*

Key words *Disabled people, Sexuality, Sexually transmitted infections, Health vulnerability*

Resumo *O objetivo deste artigo é analisar as condições que potencializam as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática associadas às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. 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. 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 ($p = 0,030$). 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 suas realidades individual, social e de saúde.*

Palavras-chave *Pessoas com deficiência, Sexualidade, Infecções sexualmente transmissíveis, Vulnerabilidade em saúde*

¹ Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba. R. Manoel Alves de Oliveira 159, Catolé. 58410-575 Campina Grande PB Brasil. jamilly_aragao@hotmail.com

² Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal RN Brasil.

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 às 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 é o das 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 na oferta de cuidados qualificados para essa demanda⁸.

No Brasil, 45,6 milhões relatam algum tipo de deficiência; destes, 13.265.599 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 à sexualidade das 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 às 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 estes 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 à 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 na 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 à 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 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 o sorteio dos participantes, a visita domiciliar para apresentar o Processo de Consentimento Livre e Esclarecido e

o 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 Ayres et al.⁶ foram as seguintes: 1. Dimensão individual de vulnerabilidade – a) Cognitivo – acesso à 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 informados sobre a pesquisa e assinaram um Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando-lhes os direitos de privacidade, de 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.

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 ($\pm 9,25$; $X_{\min} = 20$; $X_{\max} = 59$).

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.

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.

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).

Associações com a dimensão programática de vulnerabilidade

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

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
Sem credo	1	1,1
Escolaridade		
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 <i>per capita</i>		
< 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.

Discussão

Acerca dos aspectos sociodemográficos, a identificação de maioria do sexo masculino, e faixa etária de 32 a 45 anos, diverge da literatura so-

bre 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

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.

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 às 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 à 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; que segundo Ayres considera a tríade, comportamento, consciência e vulnerabilidade, em que o grau de consciência do indivíduo influencia no comportamento que irá influenciar na vulnerabilidade⁶; 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 de 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 às 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 à anteriormente mencionada é o fato das pessoas que acreditam em poucos parceiros como fator de prevenção, possuírem, com maior frequência, mais de um, fatores estes que estiveram associados à ocor-

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						
	Sim		Não		p	RP IC	c
	n	%	n	%			
Conhecimento sobre IST							
Sim	15	15,5	82	84,5			
Não	0	0	1	100			
Conhecimento sobre FR							
Sim	11	14,3	66	85,7	0,405 [*]		
Não	4	19	17	81			
Acreditar na má higiene como FR							
Sim	3	60	2	40	0,025[*]	4,65 (1,91-11,3)	0,277
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							
Sim	4	40	6	60	0,044[*]	3,20 (1,25-8,18)	0,225
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							
≤ 18 anos	10	15,6	54	84,4	0,569 [*]		
> 18 anos	4	16,7	20	83,3			
Número de parceiros							
≤ 10	8	11,3	63	88,7	0,020		
>10	5	35,7	9	64,3			
Uso de preservativo							
Sim	6	13,3	39	86,7	0,396		
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.

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		Não				
	n	%	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 (1,41-8,26)	0,310
Adquirida	9	10,9	73	89,1			

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

* Utilizado o teste de Fisher.

rência 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 em relação às 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; relacionada ao acesso de bens e serviços, tais como: moradia, bens de consumo e liberdade para expressar o pensamento e posicionamentos⁶; 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 uma

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				p	RP IC	c
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
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 (1,12-14,2)	0,293
Não	3	7,9	35	92,1			
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.

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 as barreiras como falta de acesso a transportes, preconceito e medo das ou-

tras 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; considerada segundo Ayres na 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 saúde⁶; no estudo 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 saú-

de, 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 atreladas às dimensões 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 pelos fatores 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 a ocorrência de IST, para isto é necessário que os profissionais de saúde e os setores de saúde adotem ações de prevenção específica atreladas à realidade individual, social e de saúde da PcD, bem como o avanço de políticas referentes à inclusão social destas pessoas, minimizando suas dificuldades e melhorando sua participação, integrando-as à família e sociedade. Apesar das limitações, o estudo permitiu encontrar informações úteis, que poderão ser testadas 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 à 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. Sento, também, a literatura pouco desenvolvida. Deste modo, sugere-se pesquisas que abordem os índices de vulnerabilidade aplicados às PcD, bem como estudos longitudinais para entender a relação entre os diferentes domínios da vulnerabilidade com o passar dos anos.

Colaboradores

JS Aragão colaborou na concepção e delineamento e na redação do artigo; ISX França na concepção e delineamento e na revisão crítica. AS Coura na análise e interpretação dos dados, e na revisão crítica. CCM Medeiros e BC Enders na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- 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.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Brasil reafirma compromisso pelo fim de epidemias até 2030. Brasília: MS; 2015.
- World Health Organization (WHO). *Global Strategy for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015*. Genebra: WHO; 2007.
- 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):152-159.
- 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.
- 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.
- Nicolau SM, Schraiber LB, Ayres JRCM. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Cien Saude Colet* 2013; 18(3):863-872.
- World Health Organization (WHO). *Disability and Health*. Genebra: WHO; 2011.
- Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH-PR), Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). *Cartilha do Censo 2010*. Brasília: SDH-PR/SNPD; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pessoas com Deficiência e DST/aids*. Brasília: MS; 2012.
- 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):120-136.
- 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):964-970.
- Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Accessibility to health services by persons with disabilities. *Rev Saude Publica* 2011; 45(1):99-105.
- França ISX, Pagliuca LMF. Social inclusion of disable people: achievements, challenges and implications for the nursing area. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(1):178-185.
- 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.
- Field A. *Descobrimos a Estatística usando o SPSS*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Pedrero Nieto M. Uso del tiempo e inequidades de género. Algunas evidencias en tres países latinoamericanos. *Acta colomb. Psicol* 2013; 16(2):55-62.
- Holanda CMA, Andrade FLJP, Bezerra MA, Nascimento JPS, Neves RF, Alves SB, Ribeiro KSQS. Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services. *Cien Saude Colet* 2015; 20(1):175-184.
- 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. *Cien Saude Colet* 2013; 18(2):489-497.
- Hoga LAK, Tiburcio CA, Borges ALV, Zoboli ELCP, Chavez-Alvarez RE. Counseling Regarding Sexual and Reproductive Behavior: Principles and Practices of Catholic Priests. *Rev. Latino-Am enfermagem* 2010; 18(6):1237-1245.
- Maia ACB, Ribeiro PRM. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. *Rev. bras. educ. espec.* 2010; 16(2):159-176.
- 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):364-372.
- 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):317-326.
- 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>
- 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):583-588.
- 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.
- 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):75-79.
- 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. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1149-1158.
- Paula AR, Sodelli FG, Farias G, Gil M, Regen M, Mersman S. Pessoas com deficiência: pesquisa sobre sexualidade e vulnerabilidade. *Temas desenvolv* 2010; 17(98):51-65.
- 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):120-127.

Artigo apresentado em 25/02/2016

Aprovado em 19/07/2016

Versão final apresentada em 21/07/2016