



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

INGRID SARAIVA DE OLIVEIRA

**FATORES DE VULNERABILIDADE RELACIONADOS AO CONHECIMENTO
SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM POPULAÇÃO
PERIFÉRICA DA AMAZÔNIA BRASILEIRA**

BELÉM/PA
2020

INGRID SARAIVA DE OLIVEIRA

**FATORES DE VULNERABILIDADE RELACIONADOS AO CONHECIMENTO
SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM POPULAÇÃO
PERIFÉRICA DA AMAZÔNIA BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no contexto Amazônico.

Linha de pesquisa: Educação, formação e gestão em saúde e enfermagem no contexto Amazônico.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Lucia H.Takase Gonçalves

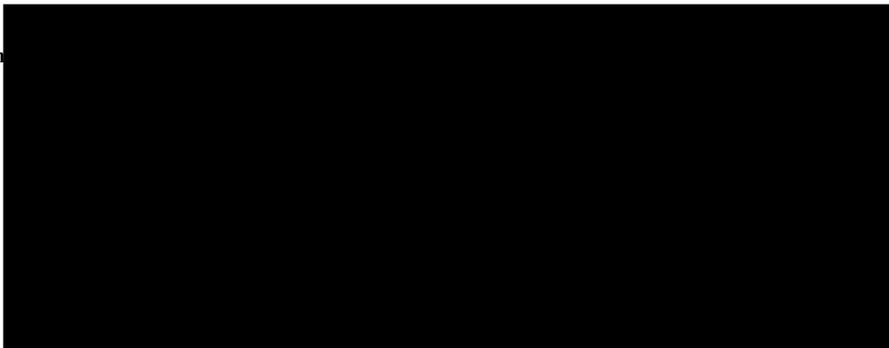
Coorientadora: Prof^ª Dr^ª. Glenda Oliveira Naiff Ferreira

BELÉM/PA

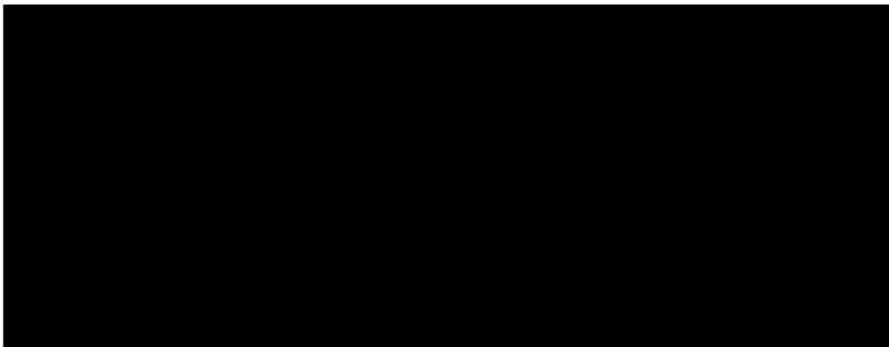
2020

Dados Intern

ersidade Federal do



Orientador(a): Prof^a. Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves
Coorientação: Prof^a. Dra. Glenda Oliveira Naiff Ferreira
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Pará, Belém, 2020.



idade. 4.

14.547

INGRID SARAIVA DE OLIVEIRA

**FATORES DE VULNERABILIDADE RELACIONADOS AO CONHECIMENTO
SOBRE INFECCÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM POPULAÇÃO
PERIFÉRICA DA AMAZÔNIA BRASILEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr.^a. Lucia H. Takase Gonçalves

Coorientadora: Prof^a Dr.^a. Glenda Oliveira Naiff Ferreira

Aprovado em: 25 /06 / 1992

Banca Examinadora

Prof^o Dra. Ana Luíza Brandão de Carvalho Lira
Instituição: UFRN – PPGENF

Prof^o Dra. Aline Maria Pereira Cruz
Instituição: UFPA – PPGENF

Prof^o Dr. Eliã Pinheiro Botelho
Instituição: UFPA – PPGENF

BELÉM/PA

2020

Dedico este trabalho a alguém que fez parte da minha vida por 24 anos, hoje se encontra na minha mente e no meu coração, mas foi quem me incentivou a ser quem hoje sou. Sem ele, não teria iniciado no Programa de Residência. A você, Fortunato Saraiva. Muito obrigada!

AGRADECIMENTOS

- 1- A dissertação " **FATORES DE VULNERABILIDADE RELACIONADOS AO CONHECIMENTO SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM POPULAÇÃO PERIFÉRICA DA AMAZÔNIA BRASILEIRA**" faz parte do estudo multicêntrico intitulado: Diagnóstico Situacional das Infecções Sexualmente Transmissíveis no Contexto Amazônico: Análise Geoespacial, Rastreamento e Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativas Educacionais e teve o apoio do Programa Nacional de Coordenação de Aperfeiçoamento Acadêmico - PROCAD, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, EDITAL PROCAD AMAZÔNIA nº 21/2018 : UFPA – Universidade Federal do Pará x EERP-USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP x Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN.
- 2- Ao meu querido Deus, pois sem ele, eu nada seria; Aos meus pais, biológicos e de criação, Maria Delma, Maria do Socorro e Enilson Cecim, pelo carinho, educação, apoio, confiança e investimento nos meus estudos e nos meus sonhos; A toda minha família; Ao meu parceiro de vida Iuri Van Basten Pinheiro Ferreira e aos amigos, que foram imprescindíveis, me apoiando e me compreendendo nas etapas mais difíceis; À minha orientadora Dra Lúcia Takase e a minha coorientadora Dra Glenda Naiff pela paciência de ambas e orientações concedida durante todo o processo de elaboração dessa dissertação; Aos professores pertencentes a Banca pela calma e paciência em revisar todo meu trabalho; A todos aqueles que, direta ou indiretamente, acreditaram e me incentivaram a iniciar e a concluir mais esta etapa.

“Portanto... plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores. E você aprende que realmente pode suportar... que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais. E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida.”

(WILLIAN SHAKESPEARE)

RESUMO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis são um problema de saúde pública mundial e estão amplamente distribuídas em diferentes populações da Amazônia Brasileira. O estado do Pará tem a segunda maior taxa de mortalidade por Aids do Brasil e um aumento crescente na incidência das infecções sexualmente transmissíveis notificáveis, sendo as pessoas com baixa escolaridade as mais acometidas. Esse contexto epidemiológico ocorre em uma capital que tem baixa cobertura de equipes de estratégia de saúde da família em territórios que carecem de infraestruturas básicas e com iniquidades sociais marcantes. Desta forma, as desigualdades sociais e de acesso a serviços de saúde pode provocar desigualdades na saúde das populações tanto no nível individual e da comunidade. Considerando esse contexto e a ausência de estudos este estudo teve como objetivo analisar os fatores de vulnerabilidade ao conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis em uma população periférica da Amazônia brasileira. Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em áreas do Bairro Montese. Participaram do estudo 300 pessoas com idade igual ou superior a 18 anos. A coleta ocorreu entre outubro e dezembro de 2019, através de aplicação de questionários nos domicílios dos participantes. Foram utilizados os Questionário americano Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire e o questionário sociodemográfico acrescido de questões relativas aos fatores de vulnerabilidade. A análise dos dados foi realizada por métodos de estatística descritiva, teste do qui-quadrado e regressão logística ordinal, nos programas Bioestat 5.3 e Minitab 18®. A média de idade dos participantes foi de 46,09 anos. Houve uma maior frequência do sexo feminino (68,4%), católico (49,1%), com filhos (82,2%), ensino médio (50,9%), cor parda (65%), casado/união estável (51,6%), reside com cônjuge (47,5%), não trabalhando (56,9%), classificação econômica C critério Brasil (51,6%), renda inferior a um salário mínimo (42,5%). Houve associação significativa entre o baixo conhecimento e a escolaridade analfabeto/fundamental, renda igual ou inferior a um salário, critério Brasil de classificação econômica C, D e E, estado conjugal solteiro, falta de orientação por profissional de saúde e não receber gel lubrificante. As faixas etárias de 28 a 37 anos e 38 a 47 anos foram associadas ao alto nível de conhecimento. Conclusão: As dimensões social e programática da vulnerabilidade foram relacionados ao baixo conhecimento, sendo necessário que as ações das políticas públicas sociais e de saúde provoquem mudanças através de intervenções em nível comunitário.

Descritores: Doença Sexualmente Transmissível. Conhecimento. Vulnerabilidade. Áreas de Pobreza.

ABSTRACT

Sexually Transmitted Infections are a worldwide public health problem and are widely distributed among different populations in the Brazilian Amazon. The state of Pará has the second highest AIDS mortality rate in Brazil and an increasing increase in the incidence of notifiable sexually transmitted infections, with people with low education being the most affected. This epidemiological context occurs in a capital that has low coverage of family health strategy teams in territories that lack basic infrastructure and with marked social inequities. In this way, social inequalities and access to health services can cause inequalities in the health of populations both at the individual and community levels. Considering this context and the absence of studies, this study aimed to analyze the vulnerability factors to knowledge about sexually transmitted infections in a peripheral population in the Brazilian Amazon. This is an observational, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in areas of Bairro Montese. The study included 300 people aged 18 years or over. The collection took place between October and December 2019, through the application of questionnaires in the participants' homes. The American Questionnaire Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire and the sociodemographic questionnaire with questions related to vulnerability factors were used. Data analysis was performed using descriptive statistical methods, chi-square test and ordinal logistic regression, in the Bioestat 5.3 and Minitab 18® programs. 300 participated in the study. The average age of the participants was 46.09 years. There was a higher frequency of females (68.4%), Catholic (49.1%), with children (82.2%), high school (50.9%), mixed race (65%), married / union stable (51.6%), lives with spouse (47.5%), does not work (56.9%), economic classification C criterion Brazil (51.6%), income below one minimum wage (42.5%). There was a significant association between low knowledge and illiterate / elementary education, income equal to or less than one salary, Brazil criterion of economic classification C, D and E, single marital status, lack of guidance by a health professional and not receiving lubricating gel. The age groups of 28 to 37 years and 38 to 47 years were associated with the high level of knowledge. Conclusion: The social and programmatic dimensions of vulnerability were related to low knowledge, making it necessary for the actions of public social and health policies to bring about changes through interventions at the community level.

Keywords: Sexually transmitted disease. Knowledge. Vulnerability. Poverty Areas

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distritos Administrativos de Belém do Pará	31
Figura 2 - Bairro de Montese (Terra Firme)	32
Figura 3 - Fluxo de estratégia de coleta de dados	37
Gráfico 1 - Nível de conhecimento sobre IST dos residentes de uma comunidade periférica de Belém	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas de adultos e idosos de uma comunidade periférica de Belém, 2019.....	40
Tabela 2 - Associação entre o nível de conhecimento sobre IST e aspectos de vulnerabilidade social, Belém, 2019	43
Tabela 3 - Associação entre o nível de conhecimento sobre IST e aspectos de vulnerabilidade individual, Belém, 2019	44
Tabela 4 - Associação entre o nível de conhecimento sobre IST e aspectos de vulnerabilidade programática, Belém, 2019	45
Tabela 5 - Regressão logística ordinal entre os fatores de vulnerabilidade e nível de conhecimento sobre IST de moradores de uma periferia de Belém, 2019.....	47

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitária de Saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
APS	Atenção Primária em Saúde
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DABEL	Distrito Administrativo de Belém
DABEN	Distrito Administrativo do Bengui
DAENT	Distrito Administrativo do Entroncamento
DAICO	Distrito Administrativo de Icoaraci
DAGUA	Distrito Administrativo do Guamá
DAMOS	Distrito Administrativo do Mosqueiro
DAOUT	Distrito Administrativo do Outeiro
DASAC	Distrito Administrativo da Sacramento
DNA	Deoxyribonucleic Acid
DST	Doença Sexualmente Transmissível
eESF	Equipe Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FURG	Fundação Universidade do Rio Grande
HBV	Hepatitis B Virus
HCV	Hepatite C Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Papiloma Virus Humano
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
HSV	Herpes Vírus Simples
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IM	Intramuscular
IST	Infecção Sexualmente Transmissível

MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCR	Proteína C Reativa
PNUD	Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento
PROAME	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PrEP	Profilaxias Pré-exposição
PSE	Programa Saúde na Escola
SESMA	Secretaria Municipal de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
STD-KQ	Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPA	Universidade Federal do Pará
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/aids
UNGASS	Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VHB	Vírus da Hepatite B
VHC	Vírus da Hepatite C
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 O contexto do estudo	15
1.2 Objetivos	19
1.2.1 Objetivo geral.....	19
1.2.2 Objetivos Específicos.....	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 As Infecções Sexualmente Transmissíveis como um problema de saúde pública na Amazônia brasileira	21
2.2 Fatores de vulnerabilidade	23
2.3 Relevância do tema conhecimento	27
3 METODOLOGIA	30
3.1 Tipo de estudo.....	30
3.2 Cenário da pesquisa	30
3.3 População e amostragem	32
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	33
3.5 Instrumentos de obtenção de dados.....	33
3.5.1 Questionário STD-KQ - Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire	33
3.5.2 Questionário sociodemográfico e dos fatores da vulnerabilidade.....	34
3.6 Teste piloto.....	35
3.7 Estratégia para coleta de dados	36
3.7.1 Etapas de pré coleta.....	36
3.8 Análise dos dados	38
3.9 Aspectos éticos	38
4 RESULTADOS.....	40
4.1 Características sociodemográficas e nível de conhecimento sobre IST	40

4.2 Associação entre o nível de conhecimento e os aspectos de vulnerabilidade	42
5 DISCUSSÃO	48
6 CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES	53
REFERÊNCIAS	54
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO STD-KQ - VERSÃO BRASILEIRA*	64
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO SUGERIDO PARA CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA*	66
ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	68
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO: IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA E VULNERABILIDADE EM IST*	69
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	74

1 INTRODUÇÃO

1.1 O contexto do estudo

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são reconhecidas como um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Devido aos seus impactos em diferentes populações vem exigindo estratégias locais, regionais e globais para controle e eliminação (WHO, 2016; OPAS, 2016; 2019). O resultado dessas ações pode ser observado nos indicadores de saúde relacionados aos *Vírus da imunodeficiência humana* (HIV), em que se observa uma redução da mortalidade e aumento do número de pessoas vivendo com HIV, incluindo o Brasil (UNAIDS, 2019; GBD, 2017).

Algumas IST não são de notificação compulsória no Brasil (BRASIL, 2016), o que dificulta o conhecimento sobre a incidência, prevalência e até mesmo mensurar o impacto das ações de prevenção e controle. Entre as IST notificáveis houve um aumento na incidência no Brasil e no Pará entre 2007 a 2018 (BRASIL, 2018a; 2018b; 2018c). Em 2018, esse Estado apresentou a segunda maior taxa de mortalidade por Aids do país, com 7,6 óbitos por 100 mil habitantes, enquanto no Brasil a taxa é de 4,4 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2019a). Verifica-se um aumento nessa taxa ao longo dos anos nesse Estado e na capital Belém (BRASIL, 2018a, UNAIDS, 2019).

No município de Belém, também se verifica um aumento na detecção das IST notificáveis. A Aids e a sífilis em gestante afetam mais pessoas com ensino fundamental incompleto; enquanto o maior percentual de detecção de todas as IST é no sexo masculino. O maior percentual de detecção da sífilis em gestantes é na idade 20 a 29 anos incompletos e no terceiro trimestre de gravidez, o que resulta no aumento da taxa de sífilis congênita observada (BRASIL, 2018a; 2018b; 2018c).

Esse cenário epidemiológico demonstra que as ações para controle das IST na Atenção Primária a Saúde (APS) não estão sendo resolutivas, sendo evidenciados tanto pelos desfechos negativos dos indicadores de mortalidade por Aids e da incidência de sífilis congênita que estão relacionadas entre outros determinantes as ações de promoção, prevenção e proteção específicas classicamente desenvolvidas pela APS e ao diagnóstico e tratamento precoce (STARFIELD, 2004; WHO, 2016a; GBD, 2017; BRASIL, 2018a; 2018b; 2018c; MELO *et al.*, 2018; BRASIL, 2019b).

No Brasil, além das ações de promoção à saúde e prevenção das IST que já eram executadas pela APS, mais recente as ações de diagnóstico com o uso de testes rápidos para essas IST foram descentralizadas para esse nível de atenção, assim como o tratamento da sífilis

por enfermeiros e o tratamento e monitoramento de adultos assintomáticos vivendo com HIV (BRASIL, 2017; COFEN, 2017; MELO *et al.*, 2018; BRASIL, 2019b).

O manejo das IST na APS, para além de outros problemas, pode enfrentar o receio da exposição e do estigma pelos usuários de ter sua sorologia revelada ou de serem acompanhados por um agente comunitário de saúde (ACS) da sua área, impondo dessa forma uma barreira (MELO *et al.*, 2018). Essa estigmatização e discriminação podem ser reduzidas quando se aumenta e fortalece o conhecimento da comunidade sobre as IST, tendo uma melhor utilização dos serviços de saúde que atendem essas infecções (WHO, 2016a).

O enfermeiro pode contribuir para melhorar esse cenário, uma vez, que inserido na APS compõem a equipe de estratégia saúde da família (eESF) cujo processo de trabalho envolve as ações de promoção e prevenção voltadas as necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade dentro dos contextos sociais e epidemiológicos do território de grupos que estão sob sua responsabilidade e vínculo (CUNHA; SOUZA, 2017).

Além destas, nas ações voltadas as IST, o enfermeiro tem competência técnica e legal para realizar aconselhamento no pré-teste e no pós-teste rápido para o diagnóstico das IST; emitir laudo; realizar a consulta de enfermagem; prescrever a assistência de enfermagem e a penicilina em caso de resultado reagente para sífilis e encaminhar os usuários a outro serviço de saúde (COFEN, 2016; COFEN, 2017). O enfermeiro, assim como médicos da APS, na primeira consulta pode solicitar exames de contagem de linfócitos T CD4⁺ e carga viral do HIV (BRASIL, 2016c).

Desta forma, a APS assume um papel central na operacionalização das ações de prevenção e controle para redução da incidência dessas infecções, especialmente em países como o Brasil. No entanto, a baixa cobertura populacional de APS em alguns estados, como o Pará, se constitui uma importante barreira ao acesso as ações de saúde, incluindo as voltadas as IST (WHO, 2016a; SAGE, 2019). Na cidade de Belém, esse problema de cobertura de eESF ocorre em todos os distritos sanitários (SAGE, 2019; IBGE, 2019). O índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) da capital é 0,746, está em 628º no ranking nacional de IDH. A renda *per capita* é baixa; 39% população tem o rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimos; 3,54% são extremamente pobres e 13% são pobres (PNUD, 2010; CARNEIRO *et al.*, 2016; IBGE, 2019). Essa condição impõe uma segregação sócio espacial com os bairros de mais baixa renda registrando os maiores índices de homicídio da cidade. Nessas áreas, uma tendência do tráfico de drogas de torná-las fonte de recursos e de reprodução dessa atividade (CORREA *et al.*, 2019; VIEIRA *et al.*, 2017).

Entre os distritos sanitários dessa cidade, os bairros que o compõem o distrito administrativo Guamá (DAGUA) compartilham baixos índices nos indicadores de saúde e sociais, além de ter a mais baixa cobertura populacional de eESF (BELÉM, 2018; IBGE, 2019). O número de homicídios também é alto nos bairros que compõem o distrito (CORREA *et al.*, 2019). Na população do Guamá, a violência também reconfigura os padrões de comportamentos, na qual as pessoas deixam de utilizar bens e serviços devido a violência (COSTA; CARDOSO, 2019). Essas características populacionais propiciam a vulnerabilidade.

Esse conjunto de aspectos coletivos que entre outros envolvem renda, escolaridade e acesso a serviços de saúde podem estar associados a suscetibilidade a IST/HIV, aumentando as chances de expansão dessa epidemia e, principalmente, dos desfechos negativos relacionados a Aids e a sífilis congênita na população de Belém. Nesse contexto dinâmico, o conceito de vulnerabilidade será usado, uma vez, que essa problemática leva a suposição que tais aspectos podem associar-se conhecimento sobre IST cuja resultante influencia nas chances de adoecimento.

O conceito de vulnerabilidade é aqui utilizado para compreender os fatores relacionados ao conhecimento em IST em uma população periférica de Belém, pelo fato deste conceito particularizar relações parte-todo identificadores de situações cujo conhecimento permita intervir sobre a suscetibilidade das pessoas ao agravo em questão (AYRES *et al.*, 2003; p. 131).

O conceito sobre vulnerabilidade foi ampliado e utilizado por pesquisadores para avaliar e compreender a evolução da doença em populações específicas (SCHAURICH, 2011; GOMES, 2013). Diante da mudança do perfil epidemiológico das IST, em especial do HIV/Aids, demonstrada pela intensificação dos processos de heterossexualização, feminização e juvenização (SCHAURICH, 2011; MOURA *et al.*, 2018) que apresentam as IST acometendo a população em geral e de escolaridade de nível médio demonstrando que a família está/ é vulnerável a elas. Faz-se importante, então, ressaltar que as famílias apresentam vulnerabilidades que estão relacionadas a elementos que compõem os planos individual, social e programático (SCHAURICH, 2011; AYRES *et al.*, 2006; MANN *et al.*, 1993)

Esses planos podem ser melhor explicados por Mann *et al.*, (1993), autor do quadro conceitual sobre vulnerabilidade, emergente a partir do surgimento da Aids e bem trabalhado por Ayres *et al.* (1996; 2003; 2006) em cujos estudos eles explicam que as dimensões de vulnerabilidade individual compreendem 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 indivíduos (AYRES *et al.*, 2006; SEVALHO 2018).

Dentre os fatores de vulnerabilidade, é necessário aprofundar a discussão sobre as comunidades periféricas, uma vez que ação entre pobreza, migração/mobilidade e vulnerabilidade ao HIV sugerem que os fatores político-econômicos que impulsionam a epidemia de HIV/Aids estão também intimamente ligados à organização social de estruturas direcionando a uma sexualidade, um subdesenvolvimento econômico e a vulnerabilidade ao HIV/Aids (PARKER, *et al.*, 2000). Essas populações têm mais fragilidade de ações intersetoriais (infraestrutura, segurança pública, saneamento básico, recolhimento de lixo e outros) (SOUSA *et al.*, 2017).

A adoção de abordagens estruturais como políticas ou programas que visem a mudança nas condições em que as pessoas vivem deve ser fortalecida no plano da prevenção de IST. A implementação e avaliação de ações programáticas em saúde, e não apenas programas pontuais e focados nos indivíduos, possibilitaria a articulação com as políticas e serviços locais no sentido de fortalecê-los e de serem sustentáveis (GONÇALVES *et al.*, 2020).

Não obstante, acentuam-se indicativos de que as condições de saúde de uma população estão relacionadas com características do contexto social e ambiental em que esta vive. Pobreza, insalubres condições de moradia, ambiente urbano inadequado, condições de trabalho insalubres são fatores que afetam negativamente as condições de saúde de uma população. Salvo exceções, a ocorrência das mais diversas doenças e problemas de saúde se agrava entre os grupos sociais que estejam vivendo em situações socialmente desfavoráveis, ou seja, entre os mais pobres, entre grupos étnicos minoritários ou grupos que sofrem qualquer tipo de discriminação. Não por acaso, os países pobres apresentam condições de saúde sempre piores quando comparadas aos que são ricos (BARRETO, 2017). Tal contexto se encaixa na população a ser estudada uma vez que se trata de uma população de periferia, a qual, suas informações acerca de seu estado socioeconômico se mostram com indicadores ruins.

O cuidado no que tange às vulnerabilidades programáticas ou institucionais está associado a programas voltados especificamente à prevenção, controle e assistência de agravos à saúde (SANTOS, 2016). Neste contexto, a assistência à saúde é primordial para a prevenção e o cuidado das IST, de tal modo que esta discussão deve ser desvelada dentro da pesquisa, principalmente no que tange o trabalho do enfermeiro.

Embora a vulnerabilidade tenha sido pauta de investigação no Brasil, a maioria dos estudos recentes relaciona a vulnerabilidades ao HIV em idosos, homens que fazem sexo com homens (HSM), e alguns poucos estudos a vulnerabilidade às IST (BEZERRA *et al.*, 2015; BRIGNOL *et al.*, 2015; ANDRADE *et al.*, 2017; CERQUEIRA; RODRIGUES, 2016; ARAGÃO *et al.*, 2016; QUEIROZ *et al.*, 2018; QUEIROZ *et al.*, 2019). Estudos também foram

conduzidos para demonstrar o pragmatismo do conceito de vulnerabilidade na atuação assistencial do enfermeiro (SOUSA *et al.*, 2011; BITTENCOURT *et al.*, 2015; SANTOS *et al.*, 2018).

Porém, somente dois estudos associaram os aspectos da vulnerabilidade ao conhecimento, ambos com um grande número de HSH do Brasil (GOMES *et al.*, 2017; GUIMARÃES *et al.*, 2019), no entanto, nenhum estudo foi conduzido considerando o conjunto de condições de vida compartilhados por uma população, em um território limitado, como em populações periféricas da região Amazônica Brasileira. Após buscas no banco de dados LILACS, Scielo e BVS, evidenciou-se uma escassez de artigos sobre níveis de conhecimento em IST de pessoas residentes em áreas de periferia de grandes cidades e seus fatores de vulnerabilidade.

A incorporação do conceito de vulnerabilidade com suas três dimensões (AYRES *et al.*, 2003) em um estudo de nível de conhecimento sobre IST, deve-se ao fato que a fundamentação teórica desse conceito possibilitar aplicações práticas de intervenção. Desta forma, analisar o contexto que envolve o baixo e o alto conhecimento fornecerá subsídios para o desenvolvimento de ações e instrumentos tecnológicos que produzam respostas sociais. A OMS recomenda que as práticas preventivas devem ser baseadas em evidências científicas, considerando a posição estratégica dessas práticas para controle e eliminação das IST e HIV como problema de saúde mundial (WHO, 2016a, WHO, 2016b). Desta forma, as intervenções preventivas funcionam melhor quando essas práticas respondem as necessidades das populações.

Considerando a expansão das IST e HIV/Aids em Belém, o contexto social dessa expansão que atinge, principalmente, principalmente estratos sociais de menor escolaridade e homens, além do elevado número de diagnóstico de sífilis gestacional no terceiro trimestre. A ausência de estudos sobre os fatores relacionados ao conhecimento em IST em populações periféricas, faz-se a seguinte questão norteadora: Qual a relação entre os fatores de vulnerabilidade e o conhecimento sobre IST?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- Analisar a associação dos fatores de vulnerabilidade ao nível de conhecimento sobre IST em uma população periférica da Amazônia Brasileira.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográficas de moradores da comunidade periférica estudada;
- Identificar o nível de conhecimento acerca das IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis - de moradores da comunidade periférica estudada;
- Identificar os fatores de vulnerabilidade nas dimensões social, individual e programática associados ao nível de conhecimento sobre IST da população estudada

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 As Infecções Sexualmente Transmissíveis como um problema de saúde pública na Amazônia brasileira

As IST causadas pela *Chlamydia trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* e *T. pallidum*, herpes simples tipo 2, papilomavírus humano e pelo *Vírus da hepatite B* (VHB) estão globalmente distribuídas, com elevada prevalência e causando impacto na vida das populações no mundo. A presença de uma IST como sífilis, gonorréia, ou infecção pelo herpes simples aumenta o risco de adquirir ou transmitir infecção pelo HIV (WHO, 2016a; WHO, 2016c).

Desde o começo da epidemia, em 1980, 74,9 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV, sendo 32 milhões de mortes por doenças relacionadas à Aids no mundo e 36,2 milhões de pessoas vivendo com HIV, apesar da redução da incidência e mortalidade que ocorreu no mundo, a incidência é mais alta em países que a população tem baixa renda (UNAIDS, 2019; GBD, 2017).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde descrevem um aumento nos índices de IST em especial referente ao HIV/Aids e sífilis. Estes dados epidemiológicos sobre a Prevalência Nacional de Infecção pelo HIV/Aids mostram que o índice de contágio dobrou entre jovens de 15 a 19 anos, passando de 2,8 casos por 100 mil habitantes para 5,8 na última década. De 2007 até junho de 2018, foram notificados 247.795 casos de infecção pelo HIV no Brasil. Em um período de dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes (BRASIL, 2018c). De 1999 a 2017, foram notificados 587.821 casos confirmados de hepatites virais no Brasil (BRASIL, 2018a) e na última década, observou-se aumento de notificações de casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita (BRASIL, 2018b).

No Brasil, a vigilância das IST está baseada em um sistema universal de notificação dos casos as vigilâncias epidemiológicas das secretarias municipais de saúde que por sua vez alimenta o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), essa notificação pode ser realizada por qualquer profissional de saúde que realizou o atendimento (BRASIL, 2017), sendo uma importante estratégia para monitoramento e avaliação das ações de controle (WHO, 2016a; WHO, 2016b). No Brasil, o painel epidemiológico das IST notificáveis é de domínio público e os dados estão prontos para auxiliar o gestor nas análises de saúde (BRASIL, 2018a; BRASIL, 2018b; BRASIL, 2018c).

No entanto, as infecções por *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, herpes simples tipo 2 e papilomavírus humano quando diagnosticadas não são de notificação

compulsória no Brasil (BRASIL, 2016). Estudos recentes realizados em diferentes populações da região Amazônica brasileira e demonstram a ampla distribuição e os fatores associados a essas IST. Esses estudos contribuem para identificar as populações que necessitam de intervenções, assim como possibilitam conhecer a magnitude das IST que não são de notificação compulsória. Abaixo estão descritos os resultados de alguns destes estudos.

A prevalência de IST causadas por *Clamídia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium* e papilomavírus humano em mulheres da região do Tapajós, Oeste do Pará, foi de 30,4% em mulheres não infectadas pelo HIV e 24,4% em mulheres infectadas pelo HIV. Os fatores de risco para IST foram idade igual ou acima de 25 anos, ser empregado ou estudante, relatar histórico de IST e ter um teste positivo de HPV (RODRIGUES *et al.*, 2019a). Nessa região, também se verifica uma alta prevalência de HPV e mais baixa do herpes simples tipo 2 em mulheres (RODRIGUES *et al.*, 2019b).

Estudos realizados demonstram que a *C. trachomatis* está amplamente distribuída na região Amazônica brasileira, nas populações urbanas, indígenas e ribeirinhos com prevalência variável e associada as características das populações estudadas (ALMEIDA *et al.*, 2019; ISHAK *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2019). Nas populações do arquipélago do Marajó, verifica-se um maior risco de infecção entre as mulheres (FERREIRA *et al.*, 2019). Nesse grupo a prevalência de genótipos de *C. Trachomatis* relacionado a transmissão sexual foi alta em jovens e pobres (SANTOS *et al.*, 2018b).

Em municípios dessa ilha, os fatores de risco para o HIV incluíam não usar preservativo durante as relações sexuais, uso de drogas ilícitas e início precoce da atividade sexual (VALLINOTO *et al.*, 2016). Em indígenas da Amazônia Brasileira, o HIV e sífilis foram mais prevalentes em grupos com maior mobilidade e com menor disponibilidade de serviços de pré-natal. A infecção por sífilis foi associada à idade, sexo masculino e mobilidade (BENZAKEN *et al.*, 2017). A sífilis também tem alta prevalência em população chave do Pará, mulheres profissionais do sexo, que trabalham em áreas de baixa renda, com baixo nível de escolaridade (de SOUZA *et al.*, 2020).

Já em mulheres grávidas residentes em Belém a prevalência de infecção pelo HIV foi de 0,3%, com 0,6% apresentando infecção aguda pelo VHB. A presença de anti-HBs foi maior em adolescentes entre 12 e 14 anos, enquanto o anti-HBc foi maior na adolescência entre 15 e 18 anos (GUERRA *et al.*, 2018). Apesar da disponibilidade e ampliação na oferta de vacina contra hepatite B (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014).

Estudos de análise espacial demonstram um padrão de distribuição de hepatite B. No Brasil há áreas com grande concentração de casos, particularmente no Norte do país e em outros

pontos distribuídos em todo o território nacional (VIVALDINI *et al.*, 2019). No Pará, foram identificados aglomerados de casos de hepatite B e C em áreas caracterizadas por grandes iniquidades sociais com baixo e médio IDH, em que ocorreu fluxo migratório com adensamento populacional (GONÇALVES *et al.*, 2019).

Desta forma, verifica-se que as IST estão distribuídas na Amazônia Brasileira, sendo importante compreender os fatores relacionados ao conhecimento sobre essas infecções dentro do contexto que as populações vivem, considerando o território como um espaço de compartilhamento de fatores programáticos e, por vezes, similares fatores sociais que se interligam. Desta forma, buscou-se um referencial teórico que possibilitasse aprofundar a discussão para além de identificação de fatores de risco.

2.2 Fatores de vulnerabilidade

No início da epidemia do HIV surgiu o termo grupo de risco que conduziu ao estigma e preconceito. A caracterização de pessoas por grupos ou comportamentos de risco pode acentuar várias questões como o estigma e a negligência, induzindo, portanto, intervenções inespecíficas e culpabilidade individual, bem como ser um obstáculo a ultrapassar na efetividade metodológica (AYRES *et al.*, 2003).

Mesmo sendo similares, é preciso destacar que os conceitos de risco e vulnerabilidade se apresentam muito singulares entre si. O risco traz a probabilidade, no âmbito epidemiológico, de coletividades aos diversos agravos à saúde. Enquanto a vulnerabilidade está intimamente associada aos indivíduos, como unidade de análise, o qual se torna suscetível às condições de saúde. Porém, é primordial mencionar que existe uma relação entre vulnerabilidade e risco, ou seja, a vulnerabilidade só acontece quando o risco está presente, sem risco vulnerabilidade não tem efeito (JACZURA, 2012).

Vulnerabilidade tem origem do latim com a conexão dos vocábulos em latim *vulnerare*, que significa ferir, lesar, prejudicar e *'bilis* – suscetível (JANCZURA, 2012). Fazendo parte da matriz discursiva da Bioética, o conceito de vulnerabilidade como condição inerente ao ser humano, naturalmente necessitado de ajuda, diz do estado de ser/estar em perigo ou exposto a grandes danos em razão de uma fragilidade em conjunto à existência individual (CARMO, GUIZARDI, 2018).

Na área da saúde o termo surge na década de 1980 quando a dimensão social, no que engloba a abordagem da redução de risco, começa nas discussões sobre prevenção e controle do HIV/Aids (GOMES *et al.*, 2013). Neste contexto, houve o apogeu de algumas teorias e

modelos de nível comunitário também reconhecidos, nos quais o comportamento humano era visto como função do indivíduo ou dos seus relacionamentos em sociedade, imediatos e como dependente de fatores estruturais e ambientais, como a comunidade e o ambiente político e econômico no campo da Saúde Pública para tratar da epidemia da Aids (BERTOLOZZI *et al.*, 2009).

O termo *vulnerabilidade*, originário do movimento dos Direitos Humanos, designava grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e/ou garantia dos seus direitos de cidadania (BERTOLOZZI *et al.*, 2009; CARMO, GUIZARDI, 2018). Ayres *et al.* (2003) aponta a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos que vão bem além do individual, englobando aspectos coletivos e contextuais, que levam ser suscetível a doença ou agravos. Esse conceito também abrange aspectos que falem sobre a disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas (SOUZA *et al.*, 2011; CARMO, GUIZARDI, 2018).

Sabe-se que a vulnerabilidade analisa cada pessoa ou população quanto a sua chance de contaminação, considerando as variáveis individuais, sociais, que tenham importância para alterar a exposição à infecção. No que se refere a vulnerabilidade para IST, as três dimensões (Individual, social e pragmática) devem ser apontado haja visto existir uma gama de fatores contextuais que influenciam esses fenômenos, esses podem ser citados como: valores morais, meio ambiente, desigualdade social e econômica, bem como as barreiras no acesso a informação e a cultura (MANN *et al.*, 1993; AYRES *et al.*, 1999).

Analisando as várias, dimensões que envolvem a prevenção do HIV, Mann *et al.* (1993) construíram uma estrutura de análise para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/Aids que incorpora três dimensões interdependentes: a vulnerabilidade social, vulnerabilidade individual e vulnerabilidade programática. Estes autores explicam que o comportamento do indivíduo é o determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Tal qual pode se justificar transversalmente de um enfoque no indivíduo, mesmo que nitidamente não seja suficiente para o controle da epidemia.

O comportamento individual é mutável quando conectado socialmente, podendo variar durante a vida da pessoa e fortemente influenciado por indivíduos-chave (família, amigos, parceiros), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religiões, estados e nações. Desta forma, é importante contabilizar outros fatores que podem influenciar a vulnerabilidade pessoal durante o curso de uma vida (MANN *et al.*, 1993; MANN & TARANTOLA, 1996; AYRES *et al.*, 2003).

Assim sendo, a *vulnerabilidade individual* envolve tanto a dimensão cognitiva quanto ao comportamental. Os fatores cognitivos estão relacionados a diversos fatores, tais quais, ao acesso às informações sobre HIV/Aids, ao grau e a qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu cotidiano. Dentre os fatores comportamentais podemos incluir o desenvolvimento emocional (percepção do risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção) e habilidades pessoais, tais como de negociar práticas de sexo seguro e uso do preservativo.

O plano individual, a avaliação de 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, entretanto, que os comportamentos associados a maior chance de exposição à infecção, adoecimento ou morte não podem ser entendidos como decorrência imediata e exclusiva da *vontade* dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que esses indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e, especialmente, ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência (AYRES, 2003, p.3).

Já a *vulnerabilidade social* alude às formas de organização de cada sociedade, sua estrutura econômica e política, suas crenças, seus hábitos, seus costumes, educação, moradia, trabalho, preconceito, discriminação, violência e capacidade de expressão. Esses fatores fazem com que pessoas que fazem parte dos diferentes grupos sociais tenham mais ou menos chances de modificar seus comportamentos e seus contextos de vida.

No plano social, a vulnerabilidade vem sendo avaliada em termos dos seguintes aspectos: a) *acesso à informação*; b) *quantidade de recursos destinados à saúde* por parte das autoridades e legislação locais; c) *acesso e qualidade dos serviços de saúde*; d) nível geral de saúde da população, mediante comportamento de *indicadores de saúde*, como o coeficiente de mortalidade infantil; e) aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos populacionais específicos, como a *situação da mulher* (menores salários, ausência de legislações de proteção específica, exposição à violência; restrições de exercício de cidadania etc.); f) *grau de liberdade de pensamento e expressão*, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade desses sujeitos fazerem ouvir suas necessidades nas diversas esferas decisórias; g) *grau de prioridade política* (e econômica) dada à saúde; h) *condições de bem-estar social*, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo, entre outros.” (AYRES, 2003, p 3).

A *vulnerabilidade Programática* refere às políticas públicas de enfrentamento do HIV/Aids, a exemplificar: compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema; ações efetivamente propostas e implantadas por essas autoridades; planejamento e gerenciamento dessas ações; financiamento adequado e estável dos programas; continuidade

dos programas; avaliação e retroalimentação dos programas; vínculos entre as instituições e a sociedade civil organizada; eliminação do estigma e da discriminação das pessoas portadoras de HIV/Aids. Esta dimensão inclui indicadores de acesso aos serviços sociais e de saúde, de organização dos serviços, do vínculo dos usuários aos serviços e aos profissionais de saúde e das ações preconizadas para a prevenção.

A vulnerabilidade de cada indivíduo está diretamente relacionada ao modo como os serviços de saúde e os demais serviços sociais, com destaque aqui para a educação, permitem que, em contextos determinados, se mobilizem os recursos ali necessários para a proteção das pessoas à infecção e ao adoecimento pelo HIV. O plano programático refere-se, portanto, à existência de ações institucionais especificamente voltadas para o problema da Aids, e a vulnerabilidade é apreendida aqui por aspectos como: a) grau e tipo de compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema; b) ações efetivamente propostas por estas autoridades; c) coalizão inter-institucional e inter-setorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho etc.) para atuação específica; d) planejamento das ações; e) gerenciamento dessas ações; f) capacidade de resposta das instituições envolvidas; g) financiamento adequado e estável dos programas propostos; h) sustentabilidade das ações; i) avaliação e retroalimentação dos programas, entre outras possibilidades (AYRES, 2003, p 4).

A adoção do conceito vulnerabilidade nos põe a traduzir a complexidade dos aspectos individuais e coletivos relacionados à Infecções Sexualmente Transmissíveis. Pode trazer substituição as noções de grupos de risco, geradoras e reprodutoras de preconceito e estigma e as de comportamento de risco, cujo foco dirigia-se aos aspectos comportamentais individuais da prevenção, em contradição as características relacionadas à construção social e cultural da epidemia (GARCIA; SOUZA, 2010).

No Brasil, desde a década de 1990 até os dias atuais, Ayres discute a aplicabilidade do conceito de vulnerabilidade (AYRES *et al.*, 2003; AYRES, 2018); estudos conduzidos ou com colaboração de Ayres demonstram a aplicabilidade do conceito na prática de saúde, tanto para diagnóstico de saúde dos grupos estudados quanto para as ações de intervenção que envolvem mobilização social, educação permanente e educação em saúde (AYRES *et al.*, AYRES, 2002; FIGUEIREDO; AYRES, 2002; ANDRADE *et al.*, 2017; AYRES, 2018).

Entre outros estudos desse autor, essa interação entre o conceito teórico e sua aplicabilidade prática foi demonstrada em um estudo-intervenção de base comunitária, buscando desenvolver e avaliar um conjunto de ações de prevenção das DST e da Aids voltadas a atingir a vulnerabilidade da população feminina de baixa renda, desenvolveu ações como: treinamento de profissionais de saúde do ambulatório local, disponibilidade de recursos preventivos (camisinha masculina e feminina), realização de grupos educativos, distribuição de materiais educativos e realização de programas na rádio comunitária. Posteriormente, as

intervenções foram avaliadas, verificando-se o aumento da demanda pela camisinha masculina e o interesse pela camisinha feminina; diferenças relevantes relacionadas a gênero e idade e à adesão às atividades propostas; e bons resultados na sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, embora com limites na manutenção de seu envolvimento com as atividades preventivas (FIGUEIREDO; AYRES, 2002).

Neste sentido, considerou-se bastante adequado o uso deste modelo teórico de vulnerabilidade para dar suporte às análises propostas neste estudo.

2.3 Relevância do tema conhecimento

Há décadas atrás era difícil obter informação sobre sexualidade, uma vez que, ainda era um assunto pouco estudado, porém Santos *et al.* (2018), afirma que hoje em dia é fácil o acesso a esta informação, principalmente no que diz respeito aos riscos que sexo sem preservativo pode oferecer, no entanto muitas pessoas iniciam a vida sexual numa idade precoce, não utilizam o preservativo, contraem IST.

A relação entre a informação e aspectos comportamentais tem sentido duplo, por exemplo, o fato de ter um grau avançado de informação sobre as vantagens do uso do preservativo, não significa que o sujeito o use numa relação sexual. (MOREIRA *et al.*, 2015).

A informação que os adultos e os adolescentes têm relativamente às IST é ambígua e que os adultos subestimam a prevalência das IST, conseguindo apresentar pouco conhecimento para além do HIV, o que o baixo conhecimento pode levar a dificuldades na avaliação do próprio risco (PINTO *et al.*, 2018). O conhecimento acerca das IST tem como primordial aspecto a informação de que muitas infecções são assintomáticas e só identificadas através de triagem. E mesmo que se tenha experiência com uma IST, não necessariamente a pessoa pode ter capacidade melhorada a capacidade para compreender os sintomas (CARMO, 2009). Mostram ainda que quando as pessoas não compreendem a definição de infecção assintomática compreender erroneamente riscos de transmissão e acreditar que conseguem dizer se um parceiro está infectado.

Das questões do questionário utilizado nesta pesquisa, as que suscitaram mais dúvidas foram “Infecções urinárias frequentes podem causar Clamídia” (65.4%) e “Existe uma vacina que previne a Clamídia” (62.9%). As questões com maior percentagem de resultados errados foram “É mais fácil apanhar VIH-SIDA se a pessoa tem outra doença sexualmente transmissível” (53.6%) e “Ter relações sexuais anais aumenta o risco de contrair Hepatite B” (32.6%). Na avaliação de conhecimento, uma pesquisa sobre a avaliação de conhecimentos no

qual foi utilizado um questionário com perguntas abertas acerca das atitudes e crenças sobre o VIH/SIDA, apurou-se que existe um desfazamento entre aquilo que os jovens conhecem sobre a doença e o que expressam nos comportamentos sexuais, já que, os jovens que tinham, em média, mais conhecimentos sobre HIV/Aids e mesmo assim não utilizavam o preservativo (SALES *et al.*, 2016).

Os autores concluíram que, para uma proteção das IST e gestão do próprio risco, é necessário possuímos informação e compreensão precisa do risco (GENZ *et al.*, 2017). O conhecimento não é suficiente, mesmo com um conhecimento completo e uma percepção exata do risco, um indivíduo pode não ter as competências comportamentais ou a motivação para implementar o comportamento protetor (ROSENTHAL *et al.*, 2000).

Vale lembrar que em junho de 2001, 189 países assinaram a Declaração de Compromisso sobre HIV/Aids, acordada durante a 26ª Sessão Extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas, entre estes, o Brasil. Essa declaração tinha como objetivo desaceleração da epidemia de HIV/Aids até 2015 (BARBOSA JÚNIOR. *et al.*, 2006). De modo que o adequado conhecimento sobre o HIV e a Aids é um pré-requisito essencial para que as pessoas adotem comportamentos que reduzam o risco de infecção. As informações corretas sobre as falsas crenças de possíveis modos de transmissão do HIV e outras IST são tão importantes quanto o conhecimento correto dos modos verdadeiros de transmissão (UNAIDS, 2008).

Estratégias governamentais foram estabelecidas para tentar reduzir o impacto dessas infecções. Em 2010, o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) foi implementado e integrando educação e saúde no ambiente escolar, contando com a participação dos estudantes, da família, profissionais da saúde e da educação. O Programa tem por objetivo central a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, visando reduzir principalmente a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às IST, à infecção pelo HIV e à gravidez não planejada. Dentre as ações incluem: formação continuada de profissionais das áreas de educação e saúde; inserção da comunidade (família, jovens) para a atuação em conjunto com seus pares; produção de materiais didático-pedagógicos, adequados à realidade local; disponibilização de preservativos (BRASIL, 2010).

Uma das estratégias da OMS recomendada para os países é a prevenção combinada que envolve garantir o acesso a informações, insumos (como preservativos e gel lubrificante) e serviços (como vacinação contra papilomavírus e hepatite B, circuncisão, testes, tratamento e cuidados). Além, das intervenções comportamentais como: o uso de preservativos em ambos os sexos combinado com lubrificantes, educação em saúde para IST, redução no número de

parceiros sexuais, aumento no número de pessoas testadas, início da atividade sexual em idade mais elevada (WHO, 2016a, WHO, 2016b). Na prevenção combinada para o HIV, inclui-se a abordagem medicamentosa das Profilaxias Pré e Pós-Exposição (PrEP e PEP) (WHO, 2016b).

Parte do enfrentamento da epidemia das IST e HIV depende da mudança de atitude individual, de práticas seguras e do apoio do sistema único de saúde, pelo acesso às informações, aos serviços de saúde e aos insumos para o autocuidado na prevenção. Ter acesso à informação se tornou peça chave para a redução do risco de transmissão da infecção, por dar oportunidade ao indivíduo de revisar suas práticas e fazer do conhecimento mentor de seus comportamentos seguros. Mesmo que haja evidências de que um adequado conhecimento sobre as IST não sejam o único determinante para a adoção de comportamentos sexuais mais seguros e que não se resume a um ato meramente cognitivo, ter conhecimento não deixa de ser um importante componente na redução da vulnerabilidade (UNAIDS, 2008).

Nesse contexto, o enfermeiro tem um papel imprescindível na prevenção e no cuidado as pessoas, principalmente referente às IST, por isso ele deve estar apto para elaborar uma proposta de capacitação eficaz, fato este corroborado por Dias *et al.*, (2018), pois seu estudo refere que o treinamento de capacitação da equipe, de modo geral, responsáveis pelo atendimento direto e/ou indireto as pessoas é primordial a nível de prevenção, diagnóstico e tratamento em tempo hábil.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal de abordagem quantitativa. Faz parte do macroprojeto de pesquisa intitulado: “Diagnóstico Situacional das Infecções Sexualmente Transmissíveis no Contexto Amazônico: Análise Geoespacial, Rastreamento e Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativas Educacionais.”, financiado pelo PROCAD Amazônia da CAPES (Programa Nacional de Cooperação Acadêmica, Edital CAPES n. 21/2018), desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPA em cooperação com os Programas de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

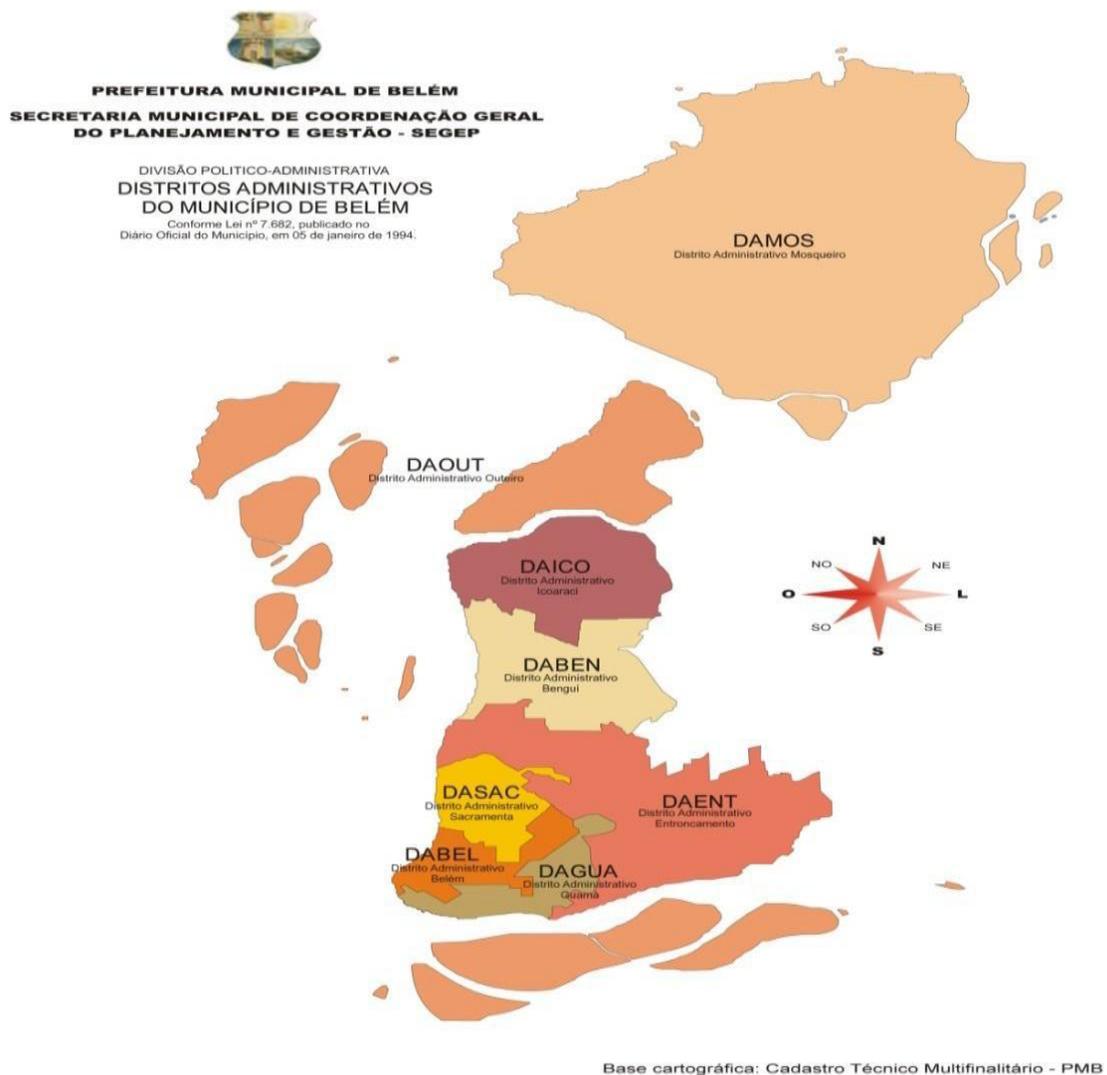
Presente pesquisa faz parte da primeira fase do macroprojeto e cujo propósito foi estudar os fatores de vulnerabilidade relacionados ao conhecimento de IST em populações periféricas da Amazônia Brasileira, mais especificamente em adultos e idosos moradores de um bairro de periferia do município de Belém, PA.

3.2 Cenário da pesquisa

O Estado de Pará possui uma população estimada de 8.513, 497 habitantes, distribuídos em um território de 1.245.759,305 km². A capital Belém, concentra cerca de 17,5% da população, com 1.433.981 habitantes (IBGE, 2019), distribuídos em 71 bairros agrupados em oito (08) distritos administrativos-sanitários: Distrito Administrativo de Belém (DABEL), Distrito Administrativo do Bengui (DABEN), Distrito Administrativo do Entroncamento (DAENT), Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA), Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO), Distrito Administrativo do Mosqueiro (DAMOS), Distrito Administrativo do Outeiro (DAOUT) e Distrito Administrativo da Sacramenta (DASAC) (BELÉM, 2018) (Figura 1).

O distrito DAGUA é o distrito mais populoso do Município, com 342.742 habitantes sendo 161.969 homens e 180.773 mulheres, vivendo em área urbana, mas que possui ilhas, segundo o Anuário Estatístico do Município de Belém. Ocupa uma área de 14,40km². Possui uma cobertura de 29,75% de Atenção Básica de Saúde, sendo a menor de Belém, e possui péssimos indicadores de saneamento, coleta de lixo e moradia (BELÉM, 2018).

Figura 1 – Distritos Administrativos de Belém do Pará.



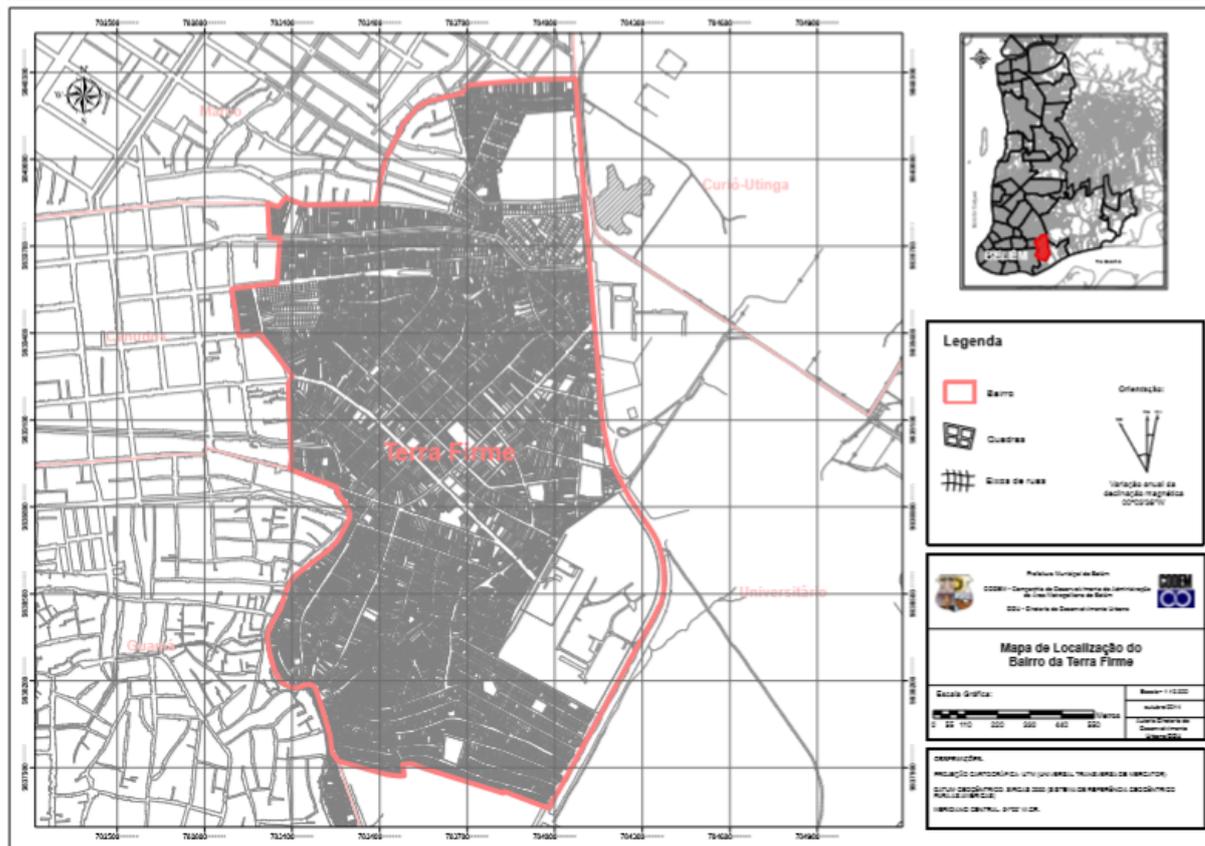
Fonte: PLANO MUNICIPAL DE SAUDE (BELÉM, 2018).

O distrito é composto dos bairros: Montese (Terra Firme), Condor e parte dos bairros do Jurunas, Batista Campos, Cidade Velha, Cremação, Guamá, Canudos, São Brás, Marco e Curió-Utinga. No contexto da Saúde da rede própria da SESMA (Secretaria Municipal de Saúde), o DÁGUA apresenta 07 UBS com eESF, 05 UBS denominadas de Unidades Municipais de Saúde (UMS), 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 01 Pronto Socorro Municipal (BELÉM, 2018)

O bairro de Montese, (Figura 2) onde o presente estudo foi desenvolvido é considerado uma comunidade periférica, suas UBS com eESF localizada neste bairro são compostas por 17 equipes e cobrem cerca de 68.000 habitantes. Este bairro foi o contexto selecionado para a

presente pesquisa, por ter a característica de ser o bairro mais populoso do distrito DAGUA e apresentar péssimos indicadores de saneamento, coleta de lixo e moradia (BELÉM, 2018).

Figura 2 - Bairro de Montese (Terra Firme)



Fonte: CINBESA, 2019.

Nesse território está localizada a UBS de Montese ou Terra Firme, a qual possui 4 eESF, sob supervisão de 4 enfermeiros, com 35 ACS. Na primeira eESF fazem parte 9 ACS, na segunda eESF fazem parte 10 ACS, na terceira eESF fazem parte 8 ACS e da quarta eESF também 8 ACS. Juntos cobrem uma grande área com mais de 16.000 pessoas.

3.3 População e amostragem

O estudo utilizou uma população finita composta por 61.439 habitantes do bairro Montese, sendo a População alvo as pessoas com idade superior a 18 anos que corresponde a subpopulação de 42.535 habitantes (IBGE, 2019).

Para cálculo da amostra foi considerado a população alvo definida. Inicialmente, utilizou-se amostragem aleatória, sendo adotado 30% de frequência esperada, grau de confiança

de 95% e margem de erro aceitável de 5% que resultou numa amostra de 320 participantes. O cálculo amostral foi realizado no programa EPI INFO Versão 7.2.2.16.

Em seguida, aplicou-se o critério de seleção intencional de UBS, sendo selecionada a UBS da Terra Firme que possui quatro eESF. A etapa seguinte foi a criação de um banco de dados no programa *Microsoft Excel*® para armazenar os dados obtidos pelo levantamento das famílias vinculadas a cada agente comunitário de saúde (ACS). Em seguida, aplicou-se uma divisão proporcional por extrato (número de famílias por ACS), sendo realizado sorteio aleatório para escolha de cada família no programa Bioestat 5.3.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos como participantes do estudo, as pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, residentes no bairro Montese e estivessem em território de uma das eESF da UBS do Montese. Foram excluídos indivíduos com deficiência auditiva que impossibilitou o processo de comunicação entre pesquisador e grupo pesquisado, os que tivessem alguma alteração cognitiva que compromettesse a coleta de informações adequadas, aqueles que não estavam cadastrados no serviço da eESF.

3.5 Instrumentos de obtenção de dados

Para avaliação do conhecimento sobre IST foi usado o questionário Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire (STD-KQ) – Versão brasileira de Conhecimento de IST (TEIXEIRA et al, 2019), (Anexo 1); Para se obter a classificação econômica foi utilizado o questionário sugerido para Classificação econômica, de acordo com o critério Brasil (Anexo 2). Para conhecer os aspectos da vulnerabilidade utilizou-se um questionário elaborado pela própria autora, baseado nos fundamentos teóricos propostos por Mann et al (1993) e Ayres (2006).

3.5.1 Questionário STD-KQ - Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire

O STD-KQ, desenvolvido por Jaworski e Carey (2007) tem por objetivo medir o conhecimento relativo às IST e explora conhecimento de mais do que uma doença sexualmente transmissível, focando em questões relativas a Clamídia, Herpes Genital, HIV, Gonorreia, Vírus

do Papiloma Humano, Hepatite B, Verrugas Genitais, incluindo também questões gerais sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Para viabilizar seu uso no Brasil, Teixeira e colaboradores (2015), pesquisadores da FURG (Fundação Universidade do Rio Grande), desenvolveram tradução, adaptação transcultural para a língua portuguesa e validação, na modalidade de aparência e de conteúdo de conhecimento em IST, além do acréscimo de mais duas questões sobre uma doença de grande importância no Brasil, a sífilis.

Esse questionário, de auto aplicação, é constituído de 28 afirmações, cujas opções de resposta são “Verdadeiro”, “Falso” e “Não Sei”. A resposta “Falso” é a correta para os itens 1, 5, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e a resposta “Verdadeiro” é a correta para os itens 2, 3, 4, 6, 8, 9, 12, 13, 26, 27 e 28. Cada resposta correta equivale a um ponto, sendo a pontuação total de 28 se todas as respostas dadas forem corretas, e a resposta incorreta ou “não sei” tem valor zero. Quanto maior for o número de respostas corretas, mais elevado será o conhecimento sobre as IST.

3.5.2 Questionário sociodemográfico e dos fatores da vulnerabilidade

O Questionário foi utilizado para caracterizar a amostra e para a vulnerabilidade. Inclui questões de escolha múltipla e de resposta breve e direta, e compreende aspectos como idade, sexo, residência, tempo de estado civil, número de filhos, religião, além questões que contém os aspectos de vulnerabilidades agrupados nas dimensões: individual, social e programática, as quais se baseiam na teoria de vulnerabilidade a partir das formulações teóricas propostas por Mann *et al* (1993) e Ayres (2006)

Estes autores lançaram o conceito de vulnerabilidade e desenvolveram uma estrutura de análise para avaliar o grau de vulnerabilidade do indivíduo ou de um determinado grupo à infecção pelo HIV, relacionado a uma série de fatores que podem aumentar ou diminuir o risco de adoecimento. Tais conceitos foram ampliados e utilizados por pesquisadores para a avaliação e compreensão da doença em população específica (GOMES *et al.*, 2017). Diante disso, o questionário versou por questões agrupadas em três fatores de vulnerabilidade:

1-Vulnerabilidade social: com questões acerca da escolaridade, cor da pele, estado conjugal, com quem mora, com o que trabalha, profissão/ocupação, renda individual, critério Brasil de classe econômica, amigos ou familiares conversam sobre prevenção ou estimulam o uso de preservativo.

2- Vulnerabilidade individual: idade da primeira relação sexual, orientação sexual, número de parceiros sexuais, utilizou lugares ou serviços para encontrar parceiros sexuais, uso de preservativo nas relações sexuais vaginais, anais ou orais, frequência de bebidas alcoólicas, uso abusivo de álcool, esquecer-se de usar preservativo com o uso de bebidas e/ou álcool, transfusão de sangue, relação sexual com ingestão de bebidas alcoólicas e com o uso de drogas ilícitas, história de IST, sentir-se triste ou deprimido.

3- Vulnerabilidade programática: participar de atividade religiosa, grupo de atividades educativas, possuir acesso ao serviço de assistência à saúde, tipo de serviço mais utilizado com maior frequência, orientação de profissionais de saúde quanto a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, fez testes rápidos para HIV e sífilis, recebeu preservativos gratuitos e gel lubrificante pelo SUS.

3.6 Teste piloto

Foi realizado um estudo piloto com a população alvo para verificar a adequabilidade dos instrumentos no mês de julho de 2019. É interessante elucidar que o instrumento STD-KQ já está validado no Brasil por meio do estudo de Teixeira (2015). A literatura sustenta que testes-piloto são importantes para verificar a acurácia de aferições, as estimativas de desfechos, a noção da população do estudo, os desconfortos da pesquisa e os vieses para a pesquisa, a tempo que se possa corrigir para melhorar a pesquisa principal (HULLEY *et al.*, 2015). A realização do teste-piloto é recomendado, em estudos com pouca experiência anterior, porque estes são uma preparação/ensaio para o estudo maior (POLIT, BECK, 2011; HULLEY *et al.*, 2015).

Participaram do teste 15 usuários da UBS Guamá, localizada no mesmo distrito administrativo do local do estudo, sendo estes escolhidos de forma aleatória conforme critério de elegibilidade e aplicado termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APENDICE B). O resultado do teste piloto demonstrou a adequabilidade do questionário, não havendo necessidades de mudanças, cujo tempo percorrido para respostas foi de 10 a 20 minutos por pessoa. Todas as questões do questionário sociodemográfico acrescido de questões sobre vulnerabilidade foram respondidas, sem intercorrências ou negação. Já o questionário STD-KQ, após serem perguntados sobre as dificuldades ou comentários acerca deste, apresentou comentários como “é muito difícil” ou “não conheço muita coisa”, porém neste não pode fazer alteração uma vez que é um questionário já validado.

3.7 Estratégia para coleta de dados

A coleta de dados de 13 de outubro a 09 de dezembro de 2019. Para executar a coleta de dados, foram necessárias realização de etapas de pré-coleta, que envolveu reuniões com ACS, mobilização comunitária e treinamento dos coletadores de campo.

3.7.1 Etapas de pré coleta

- **A reunião**

A primeira etapa da pré coleta foi a realização de quatro reuniões, sendo uma com cada Eesf. As reuniões foram realizadas entre 07 de agosto a 11 de setembro de 2019 e aconteceram na UBS, desta forma, evitou-se custos com deslocamentos e possibilitou que um maior número de ACS participassem, pois foram realizadas nos dias de funcionamento.

Na reunião, as eESF foram orientadas sobre sua participação na pesquisa como agentes de mobilização comunitária e sobre a participação durante a coleta de campo, uma vez que os coletadores acompanhavam os ACS durante a visita domiciliar, por ser uma área com altos índices de violência.

Considerando que várias famílias das microáreas de vários ACS haviam mudado de endereço devido a obras de saneamento no local, foi solicitado o levantamento das famílias de cada um e a localização das unidades amostrais, como endereços e número de família dentro de sua área coberta para possibilitar o correto cálculo de proporção da amostra. Quase todos os ACS realizaram a entregas do levantamento, até o dia 23 de setembro de 2019, no entanto, faltaram sete listas que não foram entregues por falta de colaboração, férias ou licenças. O total de famílias listado foi de 2.387.

- **O treinamento dos coletadores de campo**

Participaram da coleta de campo 09 alunos da graduação em Enfermagem, incluindo uma enfermeira, todos voluntários com exceção de uma aluna bolsista de iniciação científica da UFPA. O treinamento para aplicação dos questionários de campo foi realizado no dia 01 de novembro de 2019, na sala do mestrado do PPGENF, sendo ministrado pela mestranda sob supervisão da orientadora.

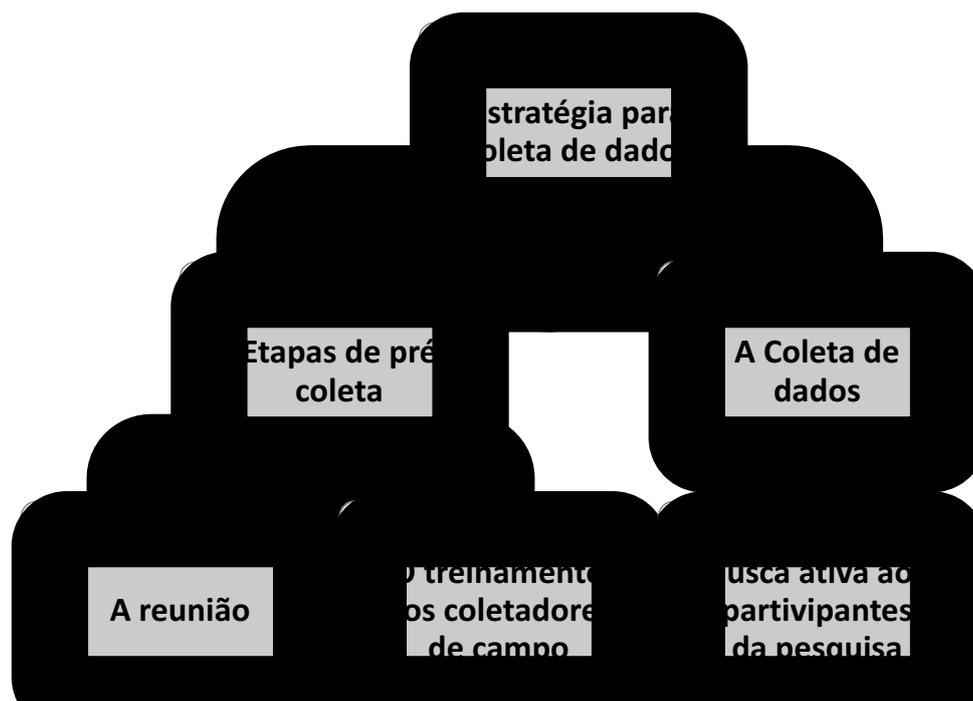
- **A Coleta de dados**

A coleta de dados se iniciou no dia 13 de outubro de 2019 e envolveu os 10 coletadores de campo e a mestrande, que para recrutamento dos participantes foram acompanhados dos ACS no momento da visita domiciliar. Durante a coleta de campo alguns ajustes foram necessários, no caso de pessoa não elegível para participação no estudo ou ausência da casa, houve busca pela casa posterior ou anterior.

A abordagem antes e durante a coleta possibilitou uma boa adesão e manutenção da privacidade no momento do preenchimento dos questionários, sendo explicado ao participante do estudo a ordem de preenchimento dos questionários 1) a aplicação assistida do Questionário STD- KQ e 2) seguida do questionário sociodemográfico incluindo as questões de fatores de vulnerabilidades.

A cada dia de coleta a pesquisadora controlava os territórios coletado para verificação do cumprimento dos critérios de amostragem executados, evitando possíveis vieses. No entanto, por tratar-se de uma pesquisa de campo em um território que está passando por transformações, algumas dificuldades foram encontradas, como informações desatualizadas ou inconsistentes onde não foi encontrada a casa sorteada; pessoas com pouca receptibilidade e pessoas que se recusaram a participar das entrevistas.

Figura 3 – Fluxo de estratégia de coleta de dados. Belém, PA, Brasil, 2019.



Fonte: Próprio.

3.8 Análise dos dados

Foi criado um banco de dados no programa EPI INFO 7.2.3.1™ específico para o estudo, sendo realizado treinamento de preenchimento no dia 10 de dezembro de 2019. A partir de então, passou-se a alimentação do banco de dados com dupla checagem.

Para realização das análises os dados foram exportados para planilhas do programa Microsoft Excel®. Foi realizada estatística descritiva para caracterizar a população do estudo. Para as variáveis categóricas foram calculadas frequências absolutas e relativas. Para as variáveis contínuas foram calculadas as medidas de tendência central.

A partir dos dados do questionário STD-KQ foram calculados os valores de acertos, desta forma foram agrupados em três categorias ordinais, seguindo uma ordem conforme a categorização: 1 a 13 acertos – baixo nível, 14 a 19 acertos – médio nível, 20 a 28 acertos - alto nível.

Considerando a natureza ordinal (baixo, médio e alto) do nível de conhecimento foi utilizado o teste do qui-quadrado de tendência linear, as categorias de análise que apresentaram $p < 0,05$ foram incluídas para a análise de regressão logística ordinal.

A regressão logística ordinal foi realizada para conhecer os fatores relacionados ao nível de conhecimento, desta forma, o nível de conhecimento e os fatores de vulnerabilidade foram codificados, atendendo aos critérios do programa Minitab®. Para as análises foram considerados o valor de $p < 0,05$, os valores de *Odds ratio* e o intervalo de confiança.

As análises por método de regressão logística ordinal foram utilizadas em estudos prévios (LINO *et al.*, 2016;; CEPEDA *et al.*, 2017) para verificar a presença de associação entre fatores e o evento de natureza ordinal, incluindo estudos sobre nível de conhecimento (GOMES *et al.*, 2017) e estado de saúde por localização do domicílio (MORAES *et al.*, 2011).

3.9 Aspectos éticos

Foram observados os princípios éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, contempladas na Resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A presente pesquisa foi submetida para aprovação pelo Conselho de Ética em Pesquisa Universidade Federal do Pará sob o número de parecer **4.134.220**. Todos os sujeitos participantes do foram esclarecidos pela pesquisadora sobre o objetivo do estudo.

A mesma fez a leitura e entrega do TCLE, o qual foi assinado em duas vias pelas duas partes (entrevistado e entrevistador), mantendo assim o sigilo da identidade do sujeito

participante e garantindo a desistência de participação na pesquisa em qualquer uma de suas fases sem qualquer dano ou prejuízo.

4 RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas e nível de conhecimento sobre IST

Participaram do estudo 320 pessoas residentes na comunidade periférica estudada. A média de idade dos participantes foi de 46,09 anos (IC 95% 44,39-47,79), desvio padrão de 15,465. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 87 anos, sendo 246 adultos e 74 idosos.

A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas dos residentes em uma periferia de Belém. Os grupos adultos e idosos foram analisados em separado, tanto as médias de idade, quanto o cálculo das frequências absolutas e relativas. Os resultados demonstram um maior percentual de participantes do sexo feminino (219; 68,4%) tanto nos adultos quanto nos idosos. A religião católica foi a mais predominante (157; 49,06%) em ambos os grupos, somente um (01; 0,4%) participante se declarou umbandista.

Em relação aos dois grupos, entre os idosos o percentual que possui filhos (89,2%) é, discretamente, superior ao dos adultos (80,1%). Ao compararmos a escolaridade, verifica-se que entre os idosos há um maior percentual de analfabetos e com ensino fundamental, enquanto nos adultos é maior em quem possui o ensino médio e superior. Verifica-se um predomínio de pessoas autodeclarada pardas, com estado conjugal casado/união estável e residentes com o cônjuge em ambos os grupos.

Ao analisarmos questões relacionadas ao trabalho, classificação econômica e renda individual, os resultados demonstram um elevado percentual de pessoas que não possuem trabalho, das classes C, D e E, com baixos salários. A média da renda individual foi de R\$ 973,9 (DP= 1.204,3; IC95%= 836.1-1.111,7). Entre os idosos verifica-se que o percentual que não trabalha é maior e encontram-se na classe D e E, no entanto, a maior parte possui renda de um (1) salário mínimo. Enquanto nos adultos, há um maior percentual que não se encontra trabalhando, da classe C, porém 52.6% possui renda inferior a um salário mínimo.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de adultos e idosos de uma comunidade periférica de Belém, PA, Brasil, 2019.

Características Sociodemográficas	Participantes				
	Adultos (n=246)		Idoso (n=74)		
Idade	Média	DP	Média	DP	
	39,5	11,785	66,4	5,579	
Sexo	N	%	N	%	
	Feminino	172	69,9	47	63,5
	Masculino	74	30,1	27	36,5
Religião					

Tabela 1 – Características sociodemográficas de adultos e idosos de uma comunidade periférica de Belém, PA, Brasil, 2019.

	Católica	110	44,7	47	63,5
	Espírita	6	2,4	1	1,4
	Protestante/Evangélica	87	35,4	23	31,1
	Umbanda	1	0,4	0	0
	Sem religião	42	17,1	3	4,1
Tem filhos					
	Não	49	19,9	8	10,8
	Sim	197	80,1	66	89,2
Escolaridade					
	Analfabeto	1	0,4	3	4,1
	Fundamental	72	29,3	50	67,6
	Médio	145	58,9	18	24,3
	Superior	28	11,4	3	4,1
Cor da pele					
	Amarela	5	2	0	0
	Branca	44	18	12	16,2
	Indígena	4	1,6	0	0
	Parda	156	63,4	52	70,3
	Preta	37	15	10	13,5
Estado conjugal					
	Casado/união estável	128	52	37	50
	Separado/divorciado	16	6,5	7	9,5
	Solteiro	96	39	19	25,7
	Viúvo	6	2,5	11	14,9
Com quem reside					
	Conjuge	117	47,6	35	47,3
	Outros	56	22,8	30	40,5
	Pais	51	20,7	2	2,7
	Sozinho	22	8,9	7	9,5
Trabalho					
	Não estou trabalhando	135	54,9	47	63,5
	Profissão/ocupação	95	38,6	19	25,7
	Outra atividade	16	6,5	8	10,8
Critério Brasil de classificação econômica					
	A-B	26	10,6	5	6,8
	C	132	53,7	33	44,6
	D-E	88	35,7	36	48,6
Renda individual*					
	Inferior a um salário mínimo	121	52,6	15	22,7
	Um salário mínimo	86	37,4	43	65,2
	Acima de um salário	23	10	8	12,1

Tabela 1 – Características sociodemográficas de adultos e idosos de uma comunidade periférica de Belém, PA, Brasil, 2019.

Não responderam**	16	8
-------------------	----	---

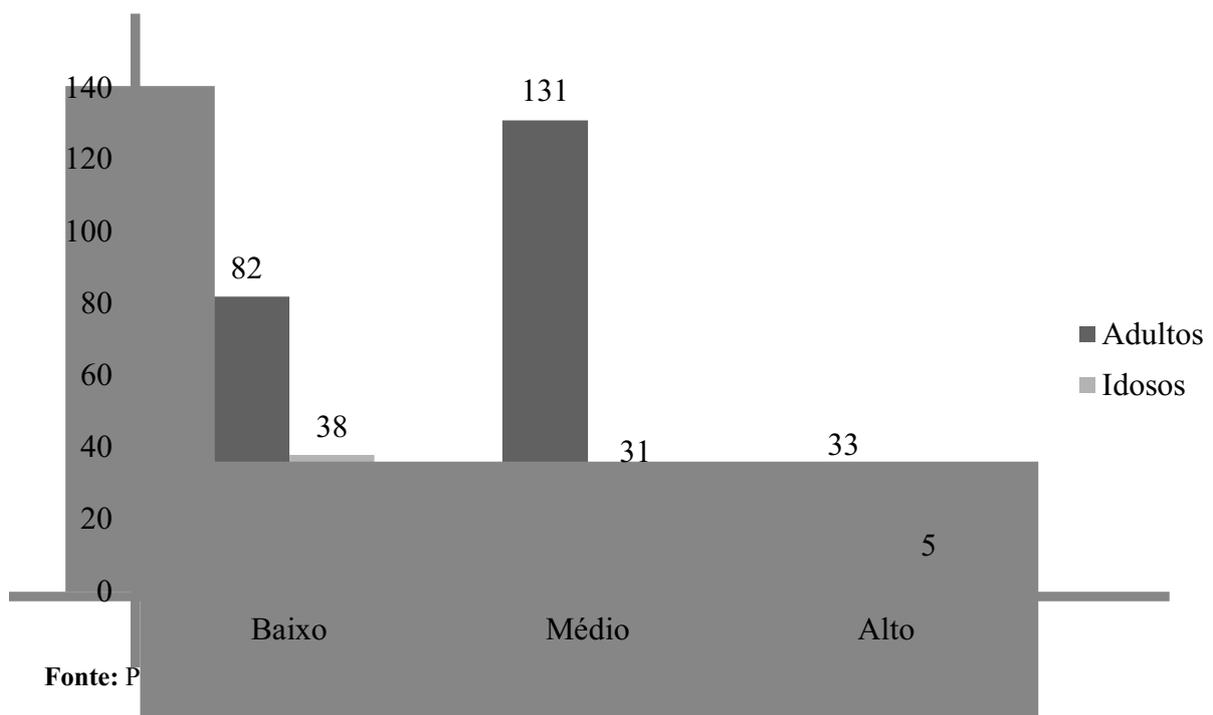
*Salário vigente em novembro de 2019. **Não considerado para cálculo percentual

Fonte: Próprio Autor

O resultado da categorização do nível de conhecimento sobre as IST identificou 120 (37,5%) participantes com baixo nível de conhecimento, 162 (50,6%) com médio conhecimento e 38 (11,9%) com alto conhecimento.

Entre os idosos 51,3% (38/74) possuem baixo conhecimento sobre IST, enquanto, 41,9% (31/74) possuem médio conhecimento e somente 6,8% (5/74) tem alto conhecimento. Já nos adultos, 53,3% (131/246) possuem médio conhecimento, 33,3% (82/246) possuem baixo conhecimento e somente 13,4% (33/246) possuem alto conhecimento sobre IST.

Gráfico 1 - Nível de conhecimento sobre IST entre adultos e idosos residentes em uma população periférica de Belém.



4.2 Associação entre o nível de conhecimento e os aspectos de vulnerabilidade

Considerando o tamanho amostral, os grupos foram analisados em conjunto para associação entre o nível de conhecimento sobre IST e os aspectos de vulnerabilidade. A Tabela 2 demonstra os resultados da associação com os aspectos de vulnerabilidade social.

Tabela 2 - Associação entre o nível de conhecimento sobre IST e aspectos de vulnerabilidade social. Belém, PA, Brasil, 2019.

Aspectos Sociais	Nível de conhecimento			χ^2	<i>p</i>
	Baixo	Médio	Alto		
Religião					
Não	16	23	6	0,14	0,70
Sim	104	139	32		
Escolaridade					
Analfabeto/Fundamental	58	62	6	11,88	0,00
Médio/superior	62	100	32		
Cor da pele					
Preta/indígena/amarela	19	33	4	0,10	0,74
Parda	80	98	30	0,39	0,53
Branca	21	31	4	1,00	
Estado civil					
Separado/divorciado/viúvo	18	18	4	2,41	0,11
Solteiro	48	60	7	5,90	0,01
Casado/união estável	54	84	27	1,00	
Trabalho atual					
Não estou trabalhando	71	92	19	1,37	0,24
Outra atividade	9	14	1	0,87	0,34
Profissão/ocupação	40	56	18	1,00	
Critério Brasil de classificação econômica					
A-B	7	15	9	1,00	
C	59	87	19	5,56	0,01
D-E	54	60	10	9,85	0,00
Renda individual *					
Igual ou menor de 1 salário	85	104	19	6,09	0,01
Maior que 1 salário	25	48	15		
Não responderam**	10	10	4		
Amigos conversam sobre a prevenção					
Poucos/minoria	90	105	26	1,85	0,17
Todos/maioria	30	57	12		

*Salário mínimo vigente em novembro de 2019. **Não considerado para cálculo estatístico.

Fonte: Próprio Autor

Os resultados demonstram que não houve associação estatística ($p > 0,05$) entre o nível de conhecimento e a religião; a cor da pele; o estado conjugal separado/divorciado/viúvo; o trabalho atual; e conversar com amigos sobre a prevenção. A associação estatística pelo qui-quadrado ($p\text{-valor} < 0,05$) foi demonstrada entre o nível de conhecimento e a escolaridade ($p\text{-}$

valor < 0,0006); a covariável solteiro referente ao estado conjugal (*p-valor*=0,0151), no critério Brasil de classificação econômica, as covariáveis classe C (*p-valor* = 0,0183) e Classes D e E (*p-valor* = 0,0017), renda individual (*p-valor*= 0,0135) (Tabela 2).

A associação entre o nível de conhecimento sobre IST e os aspectos de vulnerabilidade individual demonstrou que ocorreu associação estatística significativa entre as covariáveis idade 28 a 37 anos (*p-valor*= 0,0115), 38 a 47 anos (*p-valor*= 0,0025) e 48 a 57 anos (*p-valor*=0,0074); e a covariável ter um parceiro sexual (*p-valor*= 0,00366). Não foi demonstrado associação com as demais variáveis e suas respectivas categorias/covariáveis (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre o nível de conhecimento sobre IST e aspectos de vulnerabilidade individual. Belém, PA, Brasil, 2019.

Aspectos Individuais	Nível de conhecimento			χ^2	<i>p</i>
	Baixo	Médio	Alto		
Sexo					
Feminino	81	111	27	0,15	0,69
Masculino	39	51	11		
Faixa etária (anos)					
18 a 27	16	20	6	3,23	0,07
28 a 37	21	34	9	6,39	0,01
38 a 47	17	35	9	9,15	0,00
48 a 57	19	36	8	7,18	0,00
Igual ou superior a 58 anos	47	37	6	1,00	
Idade da 1ª relação sexual (anos)					
<14	21	34	7	1,54	0,21
15-18	58	89	22	2,88	0,08
>18	41	39	9	1,00	
Orientação sexual					
Bissexual/Homossexual/outro	6	5	2	0,08	0,77
Heterossexual	114	157	36		
Número de parceiros sexuais					
Nenhum	37	25	3	1,59	0,20
Um parceiro	66	113	34	4,37	0,03
Igual ou maior a 2	17	24	1	1,00	
Você já utilizou lugares/serviços para encontrar parceiros sexuais					
Sim	24	50	10	2,13	0,14
Não	96	112	28		
Uso de preservativo nas relações sexuais					
Irregular	80	106	29	0,55	0,45
Sempre	40	56	9		
Frequência de uso de bebidas alcólicas					
2 ou + vezes/ semana	14	22	6	0,48	0,48

Tabela 3 – Associação entre o nível de conhecimento sobre IST e aspectos de vulnerabilidade individual. Belém, PA, Brasil, 2019.

	Nunca/eventual	106	140	32		
Chances de se infectar com HIV						
	Grande/Moderada	12	25	8	3,42	0,06
	Nunca/pouca	108	137	30		
Uso abusivo de álcool						
	Sim	2	3	1	0,11	0,73
	Não	118	159	37		
Esqueceu de usar preservativo após ficar alcoolizado						
	Sim	17	25	4	0,08	0,76
	Não	103	137	34		
Relação sexual após uso e álcool e drogas ilícitas						
	Não	115	139	35	2,94	0,08
	Sim	5	23	3		
História de IST nos últimos 6 meses						
	Não	118	157	38	0,01	0,90
	Sim	2	5	0		
Já se sentiu triste ou deprimido nos últimos 6 meses						
	Algumas/muitas vezes	73	89	24	0,05	0,81
	Pouco/Nunca	47	73	14		
Tem filhos						
	Não	20	30	7	0,12	0,71
	Sim	100	132	31		
Transfusão últimos 6 meses						
	Sim	3	7	0	0,04	0,82
	Não	117	155	38		

Fonte: Próprio.

A análise da associação entre o nível de conhecimento sobre IST e aspectos de vulnerabilidade programática (Tabela 4) identificou associação estatisticamente significativa entre receber orientação de profissionais quanto a prevenção de IST (p -valor= 0,0071) e receber lubrificante (p -valor= 0,012). Não houve associação significativa com os demais aspectos da vulnerabilidade programática.

Tabela 4 – Associação entre o nível de conhecimento sobre IST e aspectos de vulnerabilidade programática. Belém, PA, Brasil, 2019.

Aspectos programáticos	Nível de conhecimento			χ^2	P	
	Baixo	Médio	Alto			
Participou de alguma atividade religiosa						
	Não	58	78	23	0,96	0,32
	Sim	62	84	15		

Tabela 4 – Associação entre o nível de conhecimento sobre IST e aspectos de vulnerabilidade programática. Belém, PA, Brasil, 2019.

Participou de alguma atividade educative						
	Não	104	146	31	0,06	0,79
	Sim	16	16	7		
Possui acesso a serviço de assistência à saúde						
	Não	13	21	4	0,03	0,84
	Sim	107	141	34		
Nível de atenção mais usado						
	Atenção primária	89	128	29	0,62	0,42
	Atenção secundária/outros	28	27	8		
	Sem resposta*	3	7	1		
Recebeu orientação de profissionais quanto a prevenção de IST						
	Não	72	74	15	7,23	0,00
	Sim	48	88	23		
Fez teste rápido para HIV e Sífilis						
	Não	64	67	19	1,26	0,26
	Sim	56	95	19		
Recebeu preservativo gratuito pelos serviços públicos						
	Não	65	62	17	3,63	0,05
	Sim	55	100	21		
Recebeu lubrificante						
	Não	106	132	27	6,31	0,01
	Sim	14	30	11		

*Não considerado para o cálculo estatístico

Fonte: Próprio.

A análise do qui-quadrado permitiu selecionar os aspectos que, posteriormente, foram introduzidos no modelo de regressão ordinal, permitindo identificar as categorias das variáveis que estavam associadas ao nível de conhecimento.

Entre os aspectos da vulnerabilidade analisados, foi possível constatar que os aspectos sociais tiveram o maior número de variáveis associadas ao nível de conhecimento. Nesse contexto, houve associação entre o baixo nível de conhecimento e as categorias analfabeto/fundamental (OR=2,07; $p=0,0001$), solteiro (OR=1,70; $p=0,024$), pessoas com critério de classificação econômica C (OR=2,46; $p=0,019$) e entre as pessoas da classe D-E (OR=3,42; $p=0,002$), renda igual ou menor a um salário mínimo (Tabela 5).

Ao analisarmos os aspectos individuais verificou-se que a idade de 28 a 37 anos (OR=0,44; $p=0,012$) e 38 a 47 (OR=0,37; $p=0,002$) anos estão associadas ao conhecimento mais alto sobre IST, quando comparados as pessoas com idade igual ou superior a 58 anos. A

regressão logística não encontrou associação do número de parceiro com o conhecimento ($p=0,060$).

Entre os aspectos programáticos, verificou-se que participantes que não receberam orientação sobre IST de profissional ($OR=1,81$; $p=0,006$) e os participantes que não receberam lubrificantes ($OR=2,05$; $p=0,013$) estão associados ao baixo conhecimento.

Tabela 5 - Regressão logística ordinal entre os fatores de vulnerabilidade e nível de conhecimento sobre IST em adultos e idosos de uma periferia de Belém. 2019.

Fatores	OR	IC 95%	P
Fatores sociais			
Escolaridade			
Analfabeto/Fundamental	2,07	1,34 -3,22	0,001
Estado conjugal			
Solteiro	1,70	1,07-2,70	0,024
Critério Brasil de classificação econômica			
Classe C	2,46	1,16-5,22	0,019
Classe D-E	3,42	1,55-7,53	0,002
Renda (\$)			
Igual ou menor que 1 salário	1,83	1,12-2,98	0,015
Fatores Individuais			
Idade			
28 a 37 anos	0,44	0,24-0,83	0,012
38 a 47 anos	0,37	0,19-0,70	0,002
Número de parceiros sexuais			
Ter 1 parceiro sexual	0,54	0,28 1,03	0,060
Fatores Programáticos			
Receber orientação profissional	1,81	1,19-2,78	0,006
Receber gel lubrificante	2,05	1,16 - 3,61	0,013

Fonte: Próprio.

5 DISCUSSÃO

A configuração sociodemográfica encontrada neste estudo representa uma amostra do perfil de uma população periférica do maior município da Amazônia brasileira em número de habitantes (IBGE, 2019). Essa configuração evidencia que se trata de uma população com desigualdades sociais e de acesso a ações e serviços de saúde, apesar de residirem em território vinculado a uma equipe de Estratégia Saúde da Família.

O presente estudo evidenciou uma elevada frequência de participantes com médio e baixo conhecimento sobre IST, estes, pessoas residentes em área periférica. Destes, mais de 50% dos idosos apresentaram baixo conhecimento. Tal resultado mostra a necessidade das ações de educação em saúde alcançar essas populações, pois a repercussão de uma IST com curso crônico, como o HIV, pode ter grandes impactos na saúde desse grupo (CERQUEIRA; RODRIGUES, 2016; KONG *et al.*, 2019).

O elevado percentual de baixo conhecimento encontrado no estudo corrobora a literatura, como a que observou somente 23,7% de alto conhecimento sobre HIV e Aids entre os 4.172 homens que fazem sexo com homens (HSH) residentes em 12 cidades brasileiras (GUIMARÃES *et al.*, 2019). Outro estudo realizado com 3.746 HSH do Brasil, somente 26% tiveram baixo conhecimento sobre HIV e Aids (GOMES *et al.*, 2017), de modo que a heterogeneidade entre as cidades pode ser o motivo pelos resultados opostos.

O instrumento aqui utilizado avaliou o conhecimento relacionado a sífilis, HIV, clamídia, HPV, hepatite B, gonorreia e herpes genital (TEIXEIRA *et al.*, 2015). Trata-se de três IST bacterianas tratáveis e curáveis, assim como quatro IST causadas por vírus, sendo disponibilizadas gratuitamente vacinas contra duas infecções virais, VHB e HPV (BRASIL, 2014). Contudo, estudos tem mostrado que o conhecimento das populações sobre as IST, incluindo HIV e Aids, está restrito aos aspectos mais comuns relacionados aos sinais e sintomas de IST vivenciados ou observados em pessoas próximas; assim como às formas de prevenção tradicionais, mas com dificuldades em responder questões relacionadas a outros meios de prevenção como profilaxias pré-exposição (PrEP); além do baixo conhecimento sobre IST como a causada por clamídia (VON ROSEN *et al.*, 2018; RIBEIRO *et al.*, 2017; ZUCCHI *et al.*, 2018; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

As associações encontradas no estudo demonstram que a baixa escolaridade e renda, estado civil solteiro, classes econômicas C, D e E, falta de orientação profissional e não receber gel lubrificante relacionam-se de forma independente ao baixo conhecimento sobre as IST.

Enquanto, as faixas etárias 28 a 37 e 38 a 47 anos da dimensão individual associaram-se com o alto conhecimento.

Estudo conduzido com HSH do Brasil encontrou associação de baixo conhecimento sobre HIV/Aids com os aspectos de baixa escolaridade, baixa renda, critério Brasil de classificação econômica C, D e E e não receber gel lubrificante. Porém, ao contrário do encontrado no presente estudo, o estado civil não teve relação com o conhecimento, no entanto, verificou-se que os HSH de idade inferior a 25 anos têm baixo conhecimento sobre o HIV (GOMES *et al.*, 2017).

A associação da idade ao alto conhecimento encontrada na população periférica deste estudo condiz com o observado em outro estudo com HSH sobre nível de conhecimento do HIV, no qual as pessoas com idade superior a 25 anos apresentavam associação com o alto conhecimento. Nesse grupo, participar de palestras ou o receber material educativo sobre IST apresentaram, estatisticamente, maiores proporções de alto conhecimento ($p < 0,001$) (GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Para além do conhecimento, a maioria dos estudos busca associar esses fatores a suscetibilidade dos grupos à infecções. Nesse sentido, a maioria dos resultados de um estudo realizado com HSH residentes em Salvador, Bahia, difere dos observados na população periférica estudada. Os fatores da dimensão social como a renda e a escolaridade não foram associados ao HIV e sífilis; enquanto, na dimensão individual a idade entre 18 a 29 anos associou-se ao HIV e sífilis; na dimensão programática também foi observado que o acesso a de gel lubrificante associa-se à infecção por HIV (BRIGNOL *et al.*, 2015).

Em pessoas com deficiência física residentes em Campina Grande, Paraíba, a ocorrência de IST não foi associada aos fatores da dimensão social, como escolaridade, renda e o estado civil; mas foram associados a idade igual ou acima de 42 anos, assim como ter maior frequência de consulta com urologista (ARAGÃO *et al.*, 2016). Enquanto, em idosos, residentes de um município do interior de São Paulo, houve relação entre IST e o sexo feminino e ter tido história de IST, um aspecto da vulnerabilidade individual e outro da programática, respectivamente (ANDRADE *et al.*, 2017).

Entre HSH que possuem 50 anos de idade ou mais, usuário de aplicativos de namoro, do Brasil, o nível educacional foi um fator de vulnerabilidade associado ao HIV, enquanto a idade e o estado civil não estavam relacionados. Nesse grupo o comparecimento a um serviço de saúde pelo menos uma vez ao ano foi um fator protetor contra o HIV (QUEIROZ *et al.*, 2019).

Nos estudos acima descritos, outros fatores também se relacionavam com a ocorrência de IST/HIV e Aids. Mas, optou-se por discutir os relacionados aos fatores associados ao conhecimento encontrados no estudo. Tais estudos demonstram os aspectos da vulnerabilidade às IST/HIV e Aids, em grupos que compartilham características de orientação sexual similar, ciclo de vida ou condição física específica, mas há heterogeneidade em relação aos contextos que essas pessoas residem (BRIGNOL *et al.*, 2015; ARAGÃO *et al.*, 2016; ANDRADE *et al.*, 2017; GOMES *et al.*, 2017; GUIMARÃES *et al.*, 2019; QUEIROZ *et al.*, 2019).

No presente estudo as dimensões sociais e programáticas da vulnerabilidade foram as que mais tiveram aspectos relacionados ao baixo conhecimento. Verificando-se que a faixa etária de 28 a 47 anos, um aspecto da vulnerabilidade individual, foi um fator protetor, por estar relacionado ao alto conhecimento. Isso revela que o contexto que essas pessoas residem tem mais relação com o baixo conhecimento das IST do que os aspectos individuais, desta forma necessitando de políticas sociais e de saúde que atinjam essa coletividade.

Essa população reside em um bairro com alto percentual de famílias com renda de meio a um salário mínimo, considerando o padrão de segregação espacial de renda observado em Belém, está cercado de bairros que compartilham dessa característica e de problemas relacionados a 1) coleta de lixo e sistema de água e esgoto irregular (precário); 2) unidades de saúde sem medicamentos e médicos; 4) falta de um hospital de atendimento de urgência e emergência; 3) poucas áreas arborizadas e de esporte e lazer (VIEIRA *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, o território na APS tem um significado diferenciado, pois é o espaço em que as pessoas vivem, sendo o ponto de partida para a organização dos serviços e das práticas de vigilância em saúde. É no contexto do território que se inicia a análise da situação de saúde, com estratificação dos grupos, mapeamento das pessoas com necessidade de saúde e se colocam em prática intervenções coletivas e individuais (CUNHA; SOUZA, 2017).

Em um estudo realizado com 328 gerentes de UBS do município de São Paulo; 176 destes eram enfermeiros, identificou marcadores de Vulnerabilidade Programática às IST/HIV/Aids relacionado a um grande problema na infraestrutura das unidades, como falta de materiais educativos, falta de testes para diagnóstico das IST e produtos como gel lubrificante e preservativos. Desta forma, o enfermeiro gerente deve agregar conhecimento científico, competência política e ética para o enfrentamento do HIV/aids e gerir cuidado com qualidade nas UBS (VAL; NICHATA, 2014). Alguns desses fatores foram relacionados ao baixo conhecimento no presente estudo, assim como em outros estudos sobre vulnerabilidade realizados anteriormente (BRIGNOL *et al.*, 2015; GOMES *et al.*, 2017; GUIMARÃES *et al.*, 2019).

Em Belém, a cobertura da APS é de apenas 23% e 29,75% no DAGUA (BELEM, 2018), território em que foi realizado o presente estudo, apresentando consonância ao estudo de Machado (2016) no qual este refere que à Rede SUS de seu município, a cobertura de realização de testes rápidos para DST/aids pela AB apresentam um alcance limitado. Segundo o plano municipal de saúde de Belém (BELEM, 2018) a implementação da Política de Atenção às IST/AIDS e Hepatites Virais no município é desenvolvida através nos três eixos: Prevenção, Diagnóstico e Assistência/Tratamento. Porém há necessidade, contudo, de avançar na política preventiva com ações educativas e outras medidas de prevenção nas UBS, nas organizações da sociedade civil, nas escolas, nas instituições/entidades de bairros e nos diversos, eventos da saúde, com vistas ao alcance de 50% da meta estabelecida nessa Política de combate às IST/AIDS/HIV.

Na dimensão programática, com o início da epidemia do HIV e Aids, se verificou uma intensificação das ações preventivas pelos governos (AYRES *et al.*, 2003). Os avanços observados nas últimas décadas na elaboração e implementação de políticas de saúde para o HIV e IST, nas ações e serviços de saúde, não incorporaram a perspectiva dos sujeitos (WHO, 2016a; WHO, 2016b; CALAZANS *et al.*, 2018). A integralidade na atenção às IST/HIV/AIDS na APS deve-se levar em consideração, investimentos e reorganização dos serviços, levar em conta as vulnerabilidades pessoais, diálogo com os atores sociais envolvidos (usuários, equipe multiprofissional, gerentes, gestores, entre outros) e avanços tecnológicos necessários à prevenção e controle dessas doenças (VAL; NICHIATA, 2014).

A utilização do conceito de vulnerabilidade propõe uma renovação das formas de construção de diagnósticos de saúde, que possibilite intervenções no campo prático, aproximando-se do conceito de cuidado em saúde (AYRES *et al.*, 2003; AYRES, 2004). No contexto pragmático da vulnerabilidade no campo da saúde coletiva, a análise do nível de conhecimento de populações de determinado território quando fundamentado na teoria de vulnerabilidade, possibilita identificar os grupos vulneráveis em um território e implementar ações para grupos que compartilham das mesmas condições (BEZERRA *et al.*, 2015; BITTENCOURT *et al.*, 2015; SOUSA *et al.*, 2017; SOUSA IV *et al.*, 2019).

Porém algumas questões necessitam de intervenções que ultrapassam a capacidade resolutive da saúde, como evidenciado nos resultados do estudo, envolvendo questões como baixa renda e baixa escolaridade que necessitam de uma atuação transdisciplinar, desde que contemplem participação dos indivíduos (MUNOZ SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; OVIEDO; CZERESNIA, 2015). No entanto, o reconhecimento das populações dos problemas que interferem nas condições de saúde possibilita o envolvimento destas com estratégias de

enfrentamento para intervir sobre o que é importante para o território e de forma contextualizada (SOUSA IV *et al.*, 2019).

Vislumbra-se a possibilidade do enfermeiro incorporar na sua prática clínica a identificação dos fatores de vulnerabilidade que associam-se ao baixo conhecimento para elaborar diagnósticos de enfermagem tanto no nível individual quanto coletivo e assim, planejar ações de educação em saúde, uma vez que a elaboração de diagnóstico de Enfermagem fundamentados na teoria da vulnerabilidade e teoria do autocuidado já foi descrito (SANTOS *et al.*, 2018), além de outros estudos com idosos (BEZERRA *et al.*, 2015; BITTENCOURT *et al.*, 2015).

Esta discussão possibilitou uma reflexão sobre a realidade de indivíduos moradores de periferias urbanas. São estigmatizados e estão suscetíveis as mais diversas vulnerabilidades, principalmente os fatores de vulnerabilidade social e programática, no que concerne a questão econômica, consequentemente sendo dependente da rede pública de saúde, onde muitas vezes estão refém da má assistência de saúde ou não valorização do trabalho à base de prevenção.

Ainda percebemos que a baixa escolaridade e renda podem afetar em todo processo de conhecimento e percepção de vulnerabilidade. Observamos, ainda, a necessidade de investimento em relação a saúde sexual desta população, eliminando antigos estereótipos e contribuindo para extinguir pensamentos que contribuem para manutenção do preconceito a respeito de sexo na terceira idade desta temática. Os resultados da pesquisa ainda mostram a importância da utilização de estratégias de identificação dos fatores de vulnerabilidade que se associam ao conhecimento sobre IST considerando o contexto do território, para que se produza respostas sociais. Ademais, trabalhar neste território demonstrou que estar sob cobertura de uma USF não necessariamente é predição de alto conhecimento, subentendendo-se alguma falha dentro das ações de educação em saúde, as quais por algum motivo não está sendo alcançada por sua população, nas campanhas sobre prevenção primária e nas foram orientações sobre a distribuição gratuita dos insumos pelos serviços de saúde, assim, presume-se que ainda há necessidade de tornar os indivíduos protagonistas por sua própria saúde, mas investindo na coparticipação do SUS por meio das instituições de saúde.

6 CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES

A população periférica estudada apresenta baixas condições socioeconômicas. Evidenciou-se maior percentual de médio e baixo nível de conhecimento sobre IST. O agrupamento das características sociodemográficas nas dimensões da vulnerabilidade permitiu identificar um maior número de fatores da dimensão social e programática associada ao baixo conhecimento.

Ou seja. No que concerne a relação entre os fatores de vulnerabilidade e o conhecimento sobre IST, fica demonstrado ampla relação, uma vez que ser analfabeto ou ter apenas o ensino fundamental, estar solteiro, ou classificação econômica em D e E e ter baixa renda pode direcionar ao baixo conhecimento. Assim como no que tange o aspecto pragmático, os que não receberam orientações de profissionais de saúde e/ou e não receberam lubrificantes. Em contrapartida, o fator de vulnerabilidade individual (idade de 28 a 37 anos 38 a 47 anos) foi o único a apresentar direcionamento positiva ao alto conhecimento.

Este estudo espera contribuir para reflexões e através de seus resultados propõe contribuir para se obter evidências científicas que possibilite a elaboração de intervenções preventivas voltadas ao público estudado. Esses resultados podem contribuir para o direcionamento, criação ou reformulação de ações em saúde, principalmente se forem utilizados como evidência científica por enfermeiros, que possuem um papel central na atenção à saúde, promoção da saúde e prevenção agravos, propiciando aos enfermeiros conhecimentos científicos, fortalecendo a prática baseada em evidências e consolidando a enfermagem como uma ciência.

Ressaltamos que este estudo, após identificar as lacunas no conhecimento sobre a temática em foco, pode vir a possibilitar à equipe de Saúde responsável pela área a elaborar uma atividade de extensão com o foco na educação em saúde voltadas para essa população e temática. Ademais, é importante a adequação estrutural das estratégias de prevenção, com abordagens e métodos que considerem contextos mais amplos, além da necessidade de investir na formação, capacitação e atualização equipes multiprofissionais para atuar em APS.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N.; QUEIROZ, M.; LIMA, S. S.; COSTA, I. B.; FOSSA, M. A. A.; VALLINOTO, A.; ISHAK, M.; ISHAK, R. Association of *Chlamydia trachomatis*, *C. pneumoniae*, and *IL-6* and *IL-8* Gene Alterations With Heart Diseases. **Frontiers in immunology**, v. 10, n. 87, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.00087>. Acesso em: 19 set. 2020.
- ANDRADE, J.; AYRES, J. A.; AGUIAR, A. R.; CASSAMASSIMO, D. M. T.; GARCIA, C. M. P. L. Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 8-15, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700003>. Acesso em: 19 set. 2020.
- ARAGÃO, J. S.; FRANÇA, I. S. X.; COURA, A. S.; MEDEIROS, C. C. M.; ENDERS, B. C. Vulnerabilidade associada às infecções sexualmente transmissíveis em pessoas com deficiência física. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3143-3152, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.20062016>. Acesso em: 19 set. 2020.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; BONFIM, J. R. A.; MINAYO, M. C. S.; AKEERMAN, M.; DRUMOND, J. M.; CARVALHO, Y. M (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. P. 375-417.
- AYRES J. R. C. M, *et al.* **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, D. FREITAS, C. M (org). Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. P. 117-38.
- AYRES, J. R.; CASTELLANOS, M. E. P.; BAPTISTA, T. W. F. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, pp. 51-60, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018000002>. Acesso em: 10 set. 2020.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 8, n. 14, p.73-92, 2004. ISSN 1414-3283. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>. Acesso em: 19 set. 2020.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA, J. I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI, F. H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso. Direitos, Identidades e Poder* Rio de Janeiro, São Paulo: IMS/UERJ, ed. 34; 1999 p. 49-72.
- BARBOSA, J. R. A.; PASCOM, A. R. P.; SZWARCOWALD, C. L.; DHALIA, C. B. C.; MONTEIRO, L.; SIMÃO, M. B. G. Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, p. 94-100, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000800013>. Acesso em: 10 set. 2020.
- BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>. Acesso em: 19 set. 2020.

BELÉM. Secretaria Municipal de Saúde de Belém. Plano Municipal de Saúde de Belém. Belém, 2018.

BENZAKEN, A. S.; SABIDÓ, M.; BRITO, I.; BERMÚDEZ, X. P. D.; BENZAKEN, N. S.; GALBÁN, E.; PEELING, R. W.; MABEY, D. HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon. **International Journal for Equity in Health**, v. 16, n. 92, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0589-8>. Acesso em: 19 set. 2020.

BERTOLOZZI, M. R.; NICHATA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I.; HINO, P.; VAL, L.P.; GUANILLO, M. C. T. U.; PEREIRA, E. G. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm**, v. 43, p. 1326-1330, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600031>. Acesso em: 19 set. 2020.

BEZERRA, V. P.; SERRA, M. A. P.; CABRAL, I. P. P.; MOREIRA, M. A. S. P.; ALMEIDA, S. A.; PATRÍCIO, A. C. F. A. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 36, n. 4, p. 70-76, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.44787>. Acesso em: 17 set. 2020.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; MOREIRA, M. A. S. P.; MEIRA, L. C. S.; NÓBREGA, M. M. L.; NOGUEIRA, J. A.; SILVA, A. O. Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/aids para construção de diagnósticos de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 68, n. 4, p. 579-585, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680402i>. Acesso em: 06 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **INDICADORES E DADOS BÁSICOS DE SIFILIS NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**. 2018b. Disponível em: <http://indicadoressifilis.aids.gov.br/>. Acesso em: 20/0219

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico HIV**. 2019. <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em: 20/0219

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Técnica Conjunta n.º 02/2013/CGPNI/DEVEP e CGDHRV/DST-AIDS/SVSE/MS. **Ampliação da oferta da vacina da hepatite B para a faixa etária de 30 a 49 anos em 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil**. Brasília, 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **INDICADORES E DADOS BÁSICOS DO HIV/AIDS NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**. 2018^a. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br/>. Acessado em: 22/06/19.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **INDICADORES E DADOS BÁSICOS DO HEPATITES NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**. 2018c. Disponível em: <http://indicadoreshepatites.aids.gov.br>. Acessado em: 22/06/19.

BRASIL. Portaria nº 204, de 14 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **DIÁRIO OFICIAL**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acessado em: 22/06/19.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, 2019b.

BRIGNOL, S.; DOURADO, I.; AMORIM, L. D.; KERR, L. R. F. S. Vulnerability in the context of HIV and syphilis infection in a population of men who have sex with men (MSM) in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1035-1048, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178313>. Acesso em: 17 set. 2020.

CALAZANS, G. J.; PINHEIRO, T. F.; AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, n. 29, p. 263-293, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.29.13.a>. Acesso em: 17 set. 2020.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>. Acesso em: 17 set. 2020.

CARMO, A. **Doenças Sexualmente Transmissíveis: Atitudes e Conhecimentos em Estudantes Portugueses no Ensino Superior – Um Estudo Epidemiológico**. Tese de Mestrado, 2009.

CARNEIRO, D. M.; BAGOLIN, I. P.; TAI, S. H. T. Determinantes da pobreza nas Regiões Metropolitanas do Brasil no período de 1995 a 2009. **Nova econ**, v. 26, n. 1, p. 69-96, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6351/2036>. Acesso em: 17 jun. 2020.

CEPEDA, J. A.; STRATHDEE, A. S.; ARREDONDO, J.; MITTAL, M.L.; ROCHA, T.; MORALES, M.; CLAIRGUE, E.; BUSTAMENTE, E.; ABRAMOVITZ, D.; ARTAMONOVA, I.; BANUELOS, A.; KERR, T.; MAGIS-RODRIGUEZ, C. L.; BELETSKY, L. Assessing police officers, attitudes and legal knowledge on behaviors that impact HIV transmission among people who inject drugs. **The International Journal on Drug Policy**, v. 50, p. 56-63, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.09.009>. Acesso em: 17 set. 2020.

CERQUEIRA, M. B. R. R.; NASCIMENTO, R. Fatores associados à vulnerabilidade de idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte (MG), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3331-3338, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.14472015>. Acesso em: 17 set. 2020.

COFEN. **Parecer de Conselheiro N° 259/2016**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016_46252.html. Acessado em: 18/03/19.

Conselho Federal de Enfermagem. **Nota Técnica COFEN/CTLN N°03/2017**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTAT%C3%89CNICA-COFEN-CTLN-N%C2%B0-03-2017>. Pdf. Acessado em: 18/03/19.

CORREA, R. S. S.; LOBO, M. A. A. Distribuição espacial dos homicídios na cidade de Belém (PA): entre a pobreza/ vulnerabilidade social e o tráfico de drogas. **Rev. Bras. Gest. Urbana**, v. 11, e20180126, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3369.011.e20180126>. Acesso em: 17 set. 2020.

COSTA, E. M. C.; CARDOSO, L. F. C. Representação social da violência na periferia de Belém: a reconstrução de um olhar. **Novos Cadernos NAEA**, v. 22, n. 1, p. 159-182, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5801/ncn.v22i1.4154>. Acesso em: 14 jun. 2020.

CUNHA, C. L. F.; SOUZA, I. L. S (Orgs.) **Guia de trabalho para enfermeiro na atenção primária à saúde**. Curitiba: CRV, 2017.

DIAS, I. K. R.; TEIXEIRA, O. F. B.; TEODORO, I. P. P.; MAIA, E. R.; LOPES, M. S. V.; MACHADO, M. F. A. S. Perspectivas de docentes de enfermagem dos domínios do core competencies framework for health promotion. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, e53664, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.52664>. Acesso em: 14 jun. 2020.

FERREIRA, G. R. O. N.; FREITAS, F. B.; QUEIROZ, M. A. F.; LIMA, S. S.; VALLINOTO, A. C. R.; ISHAK, M. O. G. ISHAK, R. Epidemiology and Risk Factors for Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum, Hepatitis B Virus and Hepatitis C Virus in the Marajó Archipelago, Brazilian Amazon. **J Community Med Health Educ**, v. 9, n. 1, p. 643, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4172/2161-0711.1000643>. Acesso em: 14 jun. 2020.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J. R. C. M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/ Aids em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 96-107, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000500014>. Acesso em: 14 jun. 2020.

GARCIA, S., SOUZA, F. M. Vulnerabilities to HIV/Aids in the Brazilian Context: gender, race and generation inequities. **Saúde Soc São Paulo**, v. 19, p. 9-20, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000600003>. Acesso em: 14 jun. 2020.

GBD 2017 HIV collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980-2017, and forecasts to 2030, for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017. **Lancet HIV**, v. 6, n. 12, p. 831-859, 2019.

GENZ, N.; MEINCKE, S. M. K.; CARRET, M. L. V.; CORREA, A. C. L.; ALVES, C. N. Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento e comportamento sexual de adolescentes. **Texto contexto – enferm**, v. 26, n. 2, e5100015, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005100015>. Acesso em: 14 jun. 2020.

GOMES, R. R. F. M.; CECCATO, M. G. B.; KERR, L. R. F. S.; GUIMARAES, M. D. C. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/aids entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00125515>. Acesso em: 14 jun. 2020.

GONCALVES, N. V.; MIRANDA, C. S. C.; GUEDES, J. A.; SILVA, L. C. T.; BARROS, E. M.; TAVARES, C. G. M.; PALACIOS, V. R. C. M.; COSTA, S. B. N.; OLIVEIRA, H. C.; XAVIER, M. B. Hepatites B e C nas áreas de três Centros Regionais de Saúde do Estado do Pará, Brasil: uma análise espacial, epidemiológica e socioeconômica. **Cad. Saúde colet**, v. 27, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900010394>. Acesso em: 14 jun. 2020.

GONCALVES, T. R.; COSTA, A. H. C.; SALES, M. S.; LEITE, H. M. Prevenção combinada do HIV? Revisão sistemática de intervenções com mulheres de países de média e baixa renda. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1897-1912, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.15832018>. Acesso em: 14 jun. 2020.

GUERRA, A. B.; SIRAVENHA, L. Q.; LAURENTINO, R. V.; FEITOSA, R. N. M.; AZEVEDO, V. N.; VALLINOTO, A. C. R.; ISHAK, R.; MACHADO, L. F. A. Seroprevalence of HIV, HTLV, CMV, HBV and rubella virus infections in pregnant adolescents who received care in the city of Belém, Pará, Northern Brazil. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 18, n. 1, p. 169, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1753-x>. Acesso em: 14 jun. 2020.

GUIMARAES, M. D. C.; MAGNO, L.; CECCATO, M. G. B.; GOMES, R. R. F. M.; LEAL, A. F.; KNAUTH, D. R.; VERAS, M. A. S. M.; DOURADO, I.; BRITO, A. M.; KENDALL, C.; KERR, L. R. F. S.; The Brazilian HIV/MSM Surveillance Group. HIV/AIDS knowledge among MSM in Brazil: a challenge for public policies. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190005.supl.1>. Acesso em: 14 jun. 2020.

HULLEY Stephen B *et al.* Tradução e revisão técnica: Michael Schmidt Duncan ; tradução: André Garcia Islabão. – 4. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2015. E-PUB.

IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/censo-demografico/58ehavior58o58-2010/inicial>. Acesso: 20.04.2019.

ISHAK, M. O. G.; COSTA, M. M.; ALMEIDA, N. C. C.; SANTIAGO, A. M.; BRITO, W.B.; VALLINOTO, A. C. R.; AZEVEDO, V. N.; ISHAK, R. Chlamydia trachomatis serotype A infections in the Amazon region of Brazil: prevalence, entry and dissemination. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, v. 48, n. 2, p. 170-174, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0038-2015>. Acesso em: 14 jun. 2020.

JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social?. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 11, n. 2, p. 301-308, 2012. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12173>. Acesso em: 14 jun. 2020.

JAWORSKI, B. C.; CAREY, M. P. Development and psychometric evaluation of a self-administered questionnaire to measure knowledge of sexually transmitted diseases. **AIDS Behav**, v. 11, n. 4, p. 557-574, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10461-006-9168-5>. Acesso em: 14 jun. 2020.

KONG, A. M.; POZEN, A.; ANASTOS, K.; KELVIN, E. A.; NASH, D. Non-HIV Comorbid Conditions and Polypharmacy Among People Living with HIV Age 65 or Older Compared with HIV-Negative Individuals Age 65 or Older in the United States: A Retrospective Claims-Based Analysis. **AIDS Patient Care STDS**, v. 33, n. 3, p. 93-103, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/apc.2018.0190>. Acesso em: 14 jun. 2020.

LINO, V. T. S.; RODRIGUES, N. C. P.; CAMACHO, L. A. B.; O'DWYER, G.; LIMA, I. S.; ANDRADE, M. K. N.; ATIE, S. Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060115>. Acesso em: 12 jun. 2020.

MACHADO, S. S. Implantação de testes rápido de HIV e sífilis-com aconselhamento- no caps-ad de 59ehavi/rs. F. Monografia (Especialização em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Porto Alegre, 2017.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W (org). **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, UERJ, 1993.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. **AIDS in the World II**. New York/Oxford: Oxford University Press, 1996

MELO, E. A.; MAKSUD, I.; AGOSTINI, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, e151, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>. Acesso em: 12 jun. 2020.

MORAES, J. R.; MOREIRA, J. P. L.; RONIR, L. R. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3769-3780, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000013>. Acesso em: 12 jun. 2020.

MOREIRA, W. C.; VIANA, M. R. P.; CARVALHO, A. R. B.; FROTA, B. C.; SOUSA, M. C. P.; LAGP, E. C. Ações educativas do enfermeiro na promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente. **R. Interd**, v. 8, n. 3, p. 213-220, 2015. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/730>. Acesso em: 12 jun. 2020.

MOURA, T.N.B.; SANTIAGO, A. K. C.; SANTOS, M. B. Infecções sexualmente transmissíveis e sexualidade: relato de experiência com grupo de adolescentes. **R. Interd**, v. 11, n. 2, p. 109-114, 2018. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1369>. Acesso em: 12 jun. 2020.

MUNOZ, A. I. S.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200007>. Acesso em: 12 jun. 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018. ETMI Plus**. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50993>. Acessado em: 30/03/19.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021** (documento CD55/14). 55.o Consejo Directivo, 68.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD55-14-s.pdf>. Acessado em: 30/03/19.

OVIDEO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 53, p. 237-250, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>. Acesso em: 09 jun. 2020.

PARKER, R; CAMARGO, J. R.; KENNETH, R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, p. 89-102, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700008>. Acesso em: 09 jun. 2020.

PINTO, V. M.; BASSO, C. R.; BARROS, C. R. S.; GUTIERREZ, E. B. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2423-2432, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.20602016>. Acesso em: 09 jun. 2020.

PNUD Brasil. **Índice de Desenvolvimento Humano Municípios 2010**. Disponível em: <http://www.br.undp.org/60ehavior/brazil/pt/home/idh0/rankings/idhm-municipios-2010.html>. Acessado em: 18 de maio de 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Delineamento de Pesquisa em Enfermagem. In: Polit, D.F. and Beck, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem**. Artmed, Porto Alegre, 2011, p. 247-368.

QUEIROZ, A. A. F. L. N.; SOUSA, A. F. L.; BRIGNOL, S.; ARAUJO, T. M. E.; REIS, R. K. Vulnerability to HIV among older men who have sex with men users of dating apps in Brazil. **Braz J Infect Dis**, v. 23, n. 5, p. 298-306, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2019.07.005>. Acesso em: 09 jun. 2020.

QUEIROZ, A. A. F. L. N.; SOUSA, A. F. L.; MATOS, M. C. B.; ARAUJO, T. M. E.; REIS, R. K.; MOURA, M. E. B. Knowledge about HIV/AIDS and implications of establishing partnerships among Hornet® users. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 4, p. 1949-1955, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0409>. Acesso em: 09 jun. 2020.

RIBEIRO, L. L.; MOREIRA, W. C.; BATISTA, A. R. C.; PITANGA, M. D. S.; LOPES, M. C.; QUEZADO, T. M. C. Vulnerabilidades de pescadores de comunidades ribeirinhas às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Rev Cubana Enferm**, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1231/288>. Acesso em: 09 jun. 2020.

RODRIGUES, L. L. S.; HARDICK, J.; NICOL, A. F.; MORGADO, M. G.; MARTINELLI, K. G.; PAULA, V. S.; PILOTTO, J. H.; GAYDOS, C. A. Sexually transmitted infections among HIV-infected and HIV-uninfected women in the Tapajós region, Amazon, Brazil: Self-collected vs. clinician-collected samples. **PloS One**, v. 14, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215001>. Acesso em: 09 jun. 2020.

RODRIGUES, L. S.; PILOTTO, J. H.; LIMA, L. R. P. Self-collected versus clinician-collected samples for HSV-2 and HSV-2/HPV screening in HIV-infected and -uninfected women in the Tapajós region, Amazon, Brazil. **International Journal of STD & AIDS**, v. 30, n. 11, p. 1055-1062, 2019b.

ROSENTHAL, S. L.; COHEN, S. S.; BIRO, F. M. Behavioral and Psychological Factors Associated With STD Risk. In: Stanberry, L. R. & Bernstein, D. I. **Sexually Transmitted Diseases – Vaccines, Prevention and Control**. San Diego: Academic Press. 2000, pp. 125-137.

SAGE. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. Ministério da Saúde. 2019. Disponível em: <https://sage.saude.gov.br>. Acesso em: 06 de maio de 2020.

SALES, W. B.; CAVEIAO, C.; VISENTIN, A.; MOCELIN, D.; COSTA, P. M.; SIMM, E. B. Comportamento sexual de risco e conhecimento sobre IST/SIDA em universitários da saúde. **Rev. Enf. Ref**, v. serIV, n. 10, p. 19-27, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16019>. Acesso em: 09 jun. 2020.

SANTOS, C. M. A.; OLIVEIRA, J. D. S.; LIMA, S. V. M. A.; SANTOS, A. D.; GOES, M. A. O.; SOUSA, L. B. Conhecimentos, atitudes e prática de homens sobre infecções sexualmente transmissíveis. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 1, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.54101>. Acesso em: 09 jun. 2020.

SANTOS, M. C. F.; NOBREGA, M. M. L.; SILVA, A. O.; BITTENCOURT, G. K. G. D. Diagnósticos de enfermagem para mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/aids. **Rev Bras. Enferm**, v. 71, p. 1435-1444, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0086>. Acesso em: 09 jun. 2020.

SANTOS, N. J. S. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde Soc**, v.25, n.3, p.602-618, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-129020162627>. Acesso em: 09 jun. 2020.

SANTOS, L. M.; VIEIRA, M. R. M. S.; OLIVEIRA, J. F. G.; TRINDADE, J. Q.; BRASILIENSE, D. M.; FERRARI, S. F.; TSUTSUMI, M. Y.; FUZII, H. T.; JUNIOR, E. C. S.; ISHIKAWA, E. A. Y.; ISHAK, R.; SOUSA, M. S. High prevalence of sexual Chlamydia trachomatis infection in 62chav women from Marajó Island, in the Brazilian Amazon. *PLoS ONE*, v. 13, n. 11, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207853>. Acesso em: 09 jun. 2020.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 64, p. 177-188, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>. Acesso em: 09 jun. 2020.

SHAURICH, D. F. O referencial vulnerável ao HIV/aids aplicado as famílias: um exercício reflexivo. *Esc Enferm USP*, v. 45, p. 989-95, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400028>. Acesso em: 09 jun. 2020.

SOUSA, I. V.; BRASIL, C. C. P.; SILVA, R. M. D.; VASCONCELOS, D. P.; SILVA, K. A.; BEZERRA, I. N.; FINAN, T. J. Participatory diagnosis to identify health problems in a socially vulnerable community. *Cien Saude Colet*, v. 22, n. 12, p. 3945-3954, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25012017>. Acesso em: 09 jun. 2020.

SOUZA, R. L.; DOS SANTOS, L. D. P. M.; PEREIRA, M. V. S.; SILVA, R. M.; SALES, J. B. L.; AZEVEDO, V. N.; FEITOSA, R. N. M.; MONTEIRO, J. C.; ISHAK, M. O. G.; ISHAK, R.; RIBEIRO, A. L. R.; OLIVEIRA-FILHO, A. B.; MACHADO, L. F. A. Prevalence of syphilis in female sex workers in three countryside cities of the state of Pará, Brazilian Amazon. *BMC Infect Dis*, v. 20, n. 1, p. 129, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4850-1>. Acesso em: 09 mar. 2020.

SOUZA, P. K. R.; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*, v. 64, n. 2, p. 381-384, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200026>. Acesso em: 09 mar. 2020.

STARFIELD, BARBARA. **Atenção primária: 62chavior62o entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p, 2004.

TEIXEIRA, L. O.; FIGUEIREDO, V. L. M.; MENDOZA-SASSI, R. A. Adaptação transcultural do Questionário sobre Conhecimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis para o português brasileiro. *J. bras. Psiquiatr*, v. 64, n. 3, p. 247-256, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000085>. Acesso em: 09 mar. 2020.

UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics — 2019 fact sheet. 2019. Disponível em: <https://www.unaids.org/©/resources/fact-sheet>. Acessado em: 25/05/19.

UNAIDS. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. **Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Constructions of Core Indicators: 2008 reporting**. Geneva: 2008.

VAL, L. F.; NICHATA, L. Y. I. Comprehensiveness and programmatic vulnerability to stds/hiv/aids in primary care. **Rev. esc. Enferm. USP**, v. 48, p. 145-151, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600021>. Acesso em: 09 mar. 2020.

VALLINOTO, A. C. R.; AGUIAR, S.; SÁ, K. G.; FREITAS, F. B.; FERREIRA, G.; LIMA, S. S.; HERMES, R. B.; MACHADO, L. F. A.; CAYRES-VALLINOTO, I.; ISHAK, M.; ISHAK, R. Prevalence and risk behavior for human immunodeficiency virus 1 infection in Marajó Island, Northern Brazil. **Ann Hum Biol**, v. 43, n. 4, p. 397-404, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03014460.2016.1196244>. Acesso em: 09 mar. 2020.

VIEIRA, D. C. M.; RODRIGUES, J. C.; RODRIGUES, J. C. Mapeamento e análise de desigualdades socioespaciais: abordagem interpretativa a partir da cidade de Belém, Pará. **Geosaberes**, v. 9, n. 17, p. 1-21, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.26895/geosaberes.v9i17.612>. Acesso em: 09 mar. 2020.

VIVALDINI, S. M.; PINTO, F. K. A.; KOHIYAMA, I. M.; ALMEIDA, E. C.; MENDES-CORREA, M. C.; SANTOS, A. F.; RIBEIRO, R. A.; PEREIRA, G. F. M.; ARAUJO, W. N. Exploratory spatial analysis of HBV cases in Brazil between 2005 and 2017. **Rev Bras Epidemiol**, v. 22, e190007, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190007.supl.1>. Acesso em: 09 mar. 2020.

VON ROSEN, F. T.; VON ROSEN, A. J.; MULLER-RIEMENSCHNEIDER, F.; DAMBERG, I.; TINNEMANN, P. STI Knowledge in Berlin Adolescents. **Int J Environ Res Public Health**, v. 15, n. 1, p. 110, 2018. Disponível em: <https://doi.org/doi:10.3390/ijerph15010110>. Acesso em: 09 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO.) **Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016–2021**, Geneva, 2016a. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09>. Acessado em: 15/02/19.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO.) **GLOBAL HEALTH SECTOR STRATEGY ON HIV, 2016–2021**. Geneva, 2016b. Disponível em: <https://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/©/>. Acessado em: 15/02/19.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021 towards ending viral hepatitis**. Geneva. 2016c. Disponível em: <https://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hiv/©/>. Acessado em: 15/02/19.

ZUCCHI, E. M.; GRANGEIRO, A.; FERRAZ, D.; PINHEIRO, T. F.; ALENCAR, T.; FERGUSON, L.; ESTEVAM, D. L.; MUNHOZ, R.; EQUIPE DO ESTUDO COMBINA. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00206617>. Acesso em: 09 mar. 2020.

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO STD-KQ - VERSÃO BRASILEIRA*

Nota para o pesquisador: O questionário pode ter aplicação assistida.

O(a) Sr. (Sra.) está sendo convidado(a) para participar dessa pesquisa sobre IST, que está sendo realizada pela enfermeira Ingrid S. Oliveira, aluna da Universidade Federal do Pará, no Programa de Mestrado de Enfermagem. Sua participação é importantíssima porque dos resultados advirão conhecimentos acerca dessas afecções e contribuirão num futuro próximo para melhores providências de saúde para as populações. Lembramos que sua resposta será preservada no anonimato de sua identidade em respeito aos direitos do ser humano que participa de pesquisas científicas. Todas as questões devem ser respondidas: para cada frase escolha “Verdadeiro”, “Falso”, ou “Não Sei” e faça um círculo nas siglas V, F, NS. Se não souber a resposta, por favor não tente adivinhar, escolha a opção “Não Sei”.

Item	Verdadeiro	Falso	Não Sei	Resposta (C/I)
1. Herpes Genital é causado pelo mesmo vírus do HIV	V	F	NS	
2. Infecções Urinárias Frequentes são causadas pela Clamídia	V	F	NS	
3. Existe cura para Gonorréia	V	F	NS	
4. É mais fácil pegar o HIV se uma pessoa também tiver outra Doença Sexualmente Transmissível (DST)	V	F	NS	
5. O Papiloma vírus Humano (HPV) é causado pelo mesmo vírus que causa o HIV	V	F	NS	
6. Fazer sexo anal aumenta o risco de uma pessoa pegar Hepatite B	V	F	NS	
7. Logo após pegar o HIV a pessoa desenvolve feridas abertas nos órgãos genitais (pênis ou na vagina)	V	F	NS	
8. Existe cura para Clamídia	V	F	NS	
9. Uma mulher com Herpes Genital pode passar uma infecção para o bebê durante o parto	V	F	NS	
10. Uma mulher pode olhar para o seu corpo e dizer se tem Gonorreia	V	F	NS	
11. Um mesmo vírus causa todas as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)	V	F	NS	
12. O Papilomavírus Humano (HPV) pode causar verrugas genitais	V	F	NS	
13. O Papilomavírus Humano (HPV) pode levar ao câncer nas mulheres	V	F	NS	
14. Um homem só pega verrugas genitais fazendo sexo vaginal	V	F	NS	

15. As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) podem levar a problemas de saúde, que geralmente são mais graves nos homens que nas mulheres.	V	F	NS
16. Uma mulher pode dizer que tem Clamídia se um mau cheiro vier da sua vagina	V	F	NS
17. Se uma pessoa tiver um teste positivo para HIV, esse teste pode dizer o quão doente uma pessoa irá ficar	V	F	NS
18. Existe uma vacina disponível para prevenir uma pessoa de pegar Gonorreia	V	F	NS
19. Uma mulher pode dizer pela forma como sente seu corpo se tem dst	V	F	NS
20. Uma pessoa com Herpes Genital deve ter feridas abertas para passar a infecção para o seu parceiro ou a sua parceira sexual	V	F	NS
21. Existe uma vacina que previne uma pessoa de pegar Clamídia	V	F	NS
22. Um homem pode dizer, pela forma como sente o seu corpo, se tem Hepatite B	V	F	NS
23. Se uma pessoa teve Gonorreia no passado, ela é imune (protegida) e não pode pegar de novo	V	F	NS
24. O Papilomavírus Humano (HPV) pode causar o HIV	V	F	NS
25. Um homem pode evitar de pegar Verrugas Genitais lavando seus genitais após o sexo	V	F	NS
26. Existe uma vacina que pode proteger uma pessoa de pegar Hepatite B	V	F	NS
27. Mesmo que o seu parceiro/parceira não tenha nenhuma lesão no pênis, ou no ânus ou na vagina, ele/ela pode passar sífilis para você	V	F	NS
28. A sífilis pode ficar escondida no corpo por anos	V	F	NS
TOTAL: ___ © corretas			
___ (I) incorretas.			

*Teixeira LO *et al.* Adaptação transcultural do questionário STD-KQ J Bras Psiquiatr. 2015;64(3):247

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO SUGERIDO PARA CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA*

Sr ou Sra, Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Itens de conforto	Não possui	Quantidade que possui				Valor
		1	2	3	4+	
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular						
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana						
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho						
Quantidade de banheiros						
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel						
Quantidade de geladeiras						
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex						
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones						
Quantidade de lavadora de louças						
Quantidade de fornos de micro-ondas						
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional						
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca						

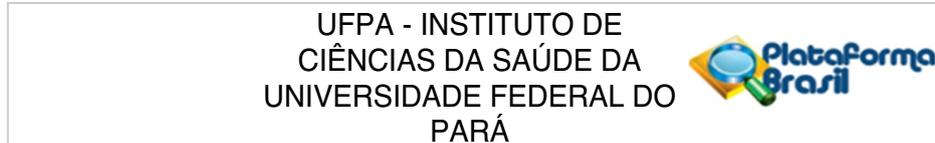
- A água utilizada neste domicílio é proveniente de?** **Valor**
- 1 Rede geral de distribuição
- 2 Poço ou nascente
- 3 Outro meio
- Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:**
- 1 Asfaltada/Pavimentada
- 2 Terra/Cascalho

Resultado	
Cortes do Critério Brasil Classe	Pontos
A	45 – 100
B1	38 – 44
B2	29 – 37
C1	23 – 28
C2	17 – 22
D – E	1 – 16

SISTEMA DE PONTOS					
Variáveis					
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2
Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos					
Analfabeto / Fundamental I incompleto					0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto					1
Fundamental II completo / Médio incompleto					2
Médio completo / Superior incompleto					4
Superior completo					7
Serviços públicos				Não	Sim
Água encanada				0	4
Rua pavimentada				0	2

*Critério de classificação econômica Brasil / ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2018 – www.abep.org – abep@abep.org

ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO E FATORES DE VULNERABILIDADE ACERCA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DE COMUNIDADE PERIFÉRICA DO NORTE BRASILEIRO

Pesquisador: INGRID SARAIVA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33396119.0.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Universidade Federal do Pará

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.134.220

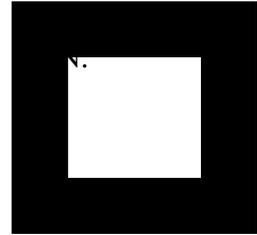
Apresentação do Projeto:

As Infecções Sexualmente Transmissíveis são infecções diversas que podem ser transmitidas através do contato sexual, embora não seja esta a única forma de contágio. Elas são reconhecidas como um importante problema de saúde pública em todo o mundo e possui custo elevado para tratamento, diante disto, a prevenção é a melhor alternativa, assim, reforça-se a importância de estudos como este, que tragam informações relevantes e que possam servir de referência para definição de melhor trabalho e conhecimento com a população através de intervenções e/ou programas de educação para a saúde que atinjam populações maiores de maneira mais efetiva. O objetivo deste estudo é identificar o nível de conhecimento acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis em associação aos fatores de vulnerabilidade. Será um estudo de natureza analítica e transversal. Terá como local de pesquisa o Bairro Montese, tal qual é pertencente ao Distrito Administrativo Guamá em Belém do Pará. A População alvo será constituída por pessoas com idade superior a 18 anos. Para dar andamento ao estudo, a coleta de dados ocorrerá entre os meses de agosto a outubro de 2019, através de visita domiciliar junto aos Agentes de Comunitários de Saúde. Para atingir os objetivos propostos serão utilizados os Questionário americano Sexually Transmitted Disease Knowledge Questionnaire, adaptado transculturalmente para o Brasil por Teixeira e colaboradores (2015), o questionário sociodemográfico acrescido de questões relativas

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.		
Bairro: Guamá	Município: BELEM	CEP: 66.075-110
UF: PA		
Telefone: (91)3201-7735	Fax: (91)3201-8028	E-mail: cepccs@ufpa.br

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO: IDENTIFICAÇÃO DA
AMOSTRA E VULNERABILIDADE EM IST***

Nota para o pesquisador: O questionário pode ter aplicação assistida.



O(a) Sr. (Sra.) está sendo convidado para participar dessa pesquisa sobre IST, que está sendo realizada pela enfermeira Ingrid S. Oliveira, aluna da Universidade Federal do Pará, no Programa de Mestrado de Enfermagem. Sua participação é importantíssima porque dos resultados advirão conhecimentos acerca dessas afecções e contribuirão num futuro próximo para melhores providências de saúde para as populações. Agradecemos sua participação. Lembramos que sua resposta será preservada no anonimato de sua identidade em respeito aos direitos do ser humano que participa de pesquisas científicas. Todas as questões devem ser

Sexo:

_____ masculino

_____ feminino

Identifica-se com alguma religião?

Qual? _____

É casado? indique há quanto

tempo: _____

Há quanto tempo _____

Em caso de ser **solteiro (a), Viúvo(a) ou divorciado (a)**, tem algum

acompanhamento (p.ex.: namoro) neste momento?

Há quanto tempo? _____

Quantos filhos?

6.1 - Vulnerabilidade social

Qual a sua escolaridade

- Analfabeto
- Fundamental incompleto
- Fundamental completo
- Médio incompleto
- Médio completo
- Superior incompleto
- Superior Completo
- Pós Graduação Qual: _____

Você se declara de qual cor de pele

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena

Qual o seu estado conjugal

- Casado/ União estável
- Solteiro
- Separado/divorciado
- Viúvo

Com quem você mora?

- Com pais
- Sozinho
- Cônjuge
- Outros: Quem? _____

Qual a sua profissão/ ocupação?

Resposta _____

Você está trabalhando no momento com o que?

- Na profissão/ocupação
- Não estou trabalhando
- Em outra atividade. Qual? _____

Critério Brasil de classificação econômica? (Responder com a ajuda do Anexo 2)

- A-B

- C
- D-E

Qual a sua renda individual?

Resposta _____

Seus amigos ou familiares conversam sobre prevenção e estimulam o uso de preservativo?

- Todos/maioria
- Poucos/ minoria

6.2 Vulnerabilidade individual

Qual foi a idade (em anos) de sua primeira relação sexual?

- >18
- 15-18
- <14

Qual a sua orientação sexual?

- Heterossexual
- Homossexual
- Bissexual/outro

Qual o número de parceiros sexuais nos últimos 6 meses?

- +5
- 2-5
- 1
- 0

Você já utilizou lugares ou serviços para encontrar parceiros sexuais?

- Sim
- Não

Você utiliza preservativo/camisinha nas relações sexuais (anal, vaginal, oral)?

- Irregular
- Sempre

Com que frequência você utiliza bebidas alcoólicas?

- 2 ou + vezes/ semana
- Nunca/eventual

Qual é a sua chance de se infectar com o HIV?

- Grande/Moderada
- Nenhuma/Pouca

Você faz uso abusivo de álcool (compulsão)?

- Não
- Sim

Você já esqueceu de usar preservativo após ficar alcoolizado?

- Não
- Sim

Você já fez transfusão de sangue nos últimos 6 meses

- Não
- Sim

Você já teve relação sexual com ingestão de bebidas alcoólicas e com o uso de drogas ilícitas nos últimos 6 meses?

- Não
- Sim

Você já teve história de IST nos últimos 6 meses?

- Não
- Sim

Você já se sentiu triste ou deprimido nos últimos 6 meses?

- Algumas vezes
- Muitas vezes
- Nunca
- Pouco

6.3 Vulnerabilidade programática

Você participa de alguma atividade religiosa?

- Não
- Sim Onde ou qual: _____

Você participa de algum grupo de atividades educativas?

- Não
- Sim Qual: _____

Você possui acesso ao serviço de assistência à saúde ?

- Não
- Sim

Qual o tipo de serviço que você utilizado com maior frequência

- Atenção Primária (Postos de Saúde, UMS, ESF, UBS)
- Atenção secundária (Pronto Socorro, UPA, CAPS, SAMU)

Outros. Qual? _____

Já recebeu orientação de profissionais de saúde quanto a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?

Não

Sim. Quais profissionais _____

Já fez testes rápidos para HIV e sífilis anteriormente?

Não

sim

Já recebeu preservativos gratuitos pelos serviços públicos de saúde?

Não

sim

Já recebeu gel lubrificante pelos serviços públicos de saúde?

Não

sim

O Sr ou Sra tem algo a dizer que não foi perguntado?

Aplicado por: _____

Data: _____

OBS.: _____

* Questionário produzido por Oliveira, Ingrid, mestranda UFPA, baseado em Mann J, Tarantola D, Netter T, organizadores. A aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1993.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Sr(a) participante, você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa a realizar pela UFPA/Programa de Mestrado em Enfermagem, intitulada: **CONHECIMENTO E FATORES DE VULNERABILIDADE ACERCA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DE COMUNIDADE PERIFÉRICA DO NORTE BRASILEIRO**, referente à Dissertação de Mestrado da enfermeira Ingrid Saraiva de Oliveira e cujos objetivos são: Identificar o nível de conhecimento acerca das IST em associação aos fatores de vulnerabilidade.

Os dados serão colhidos por meio de entrevista para o preenchimento dos questionários. Sua participação na pesquisa é de extrema importância pois contribuirá no futuro em ações que ajudarão a diminuir as Infecções sexualmente transmissíveis e prevenir suas consequências.

Seus dados serão analisados em conjunto, resguardando o sigilo de informações pessoais, para compor o trabalho de dissertação a ser apresentado na Universidade, como também divulgar por meio de artigos de publicação e de comunicação em eventos científicos.

Esclarecemos que sua participação é voluntária, não havendo pagamento ou alguma despesa, podendo em qualquer momento, mesmo após o aceite, desistir dessa participação ou recusar a responder alguma pergunta, sem com isso lhe acarrete qualquer prejuízo pessoal.

Participar da presente pesquisa poderá trazer alguns riscos como de incomodo de tomar algum tempo pessoal para responder à entrevista como também de algum constrangimento tendo de responder perguntas intimas ou estressantes. Contudo, as pesquisadoras se comprometem em resguardar todos os direitos do participante, de acordo com as Resoluções 466/2012 e 510 de 07/04/2016. Qualquer dúvida em relação ao estudo, antes ou durante o seu desenvolvimento, poderá entrar em contato para esclarecimento com a equipe, pessoalmente ou por meio de E Mail: ingridoliveira.enfa@gmail.com; Fone: (91)98485-6779 (pesquisadora principal); lhtakase@gmail.com, Fone: (48) 99981-5193 (pesquisadora responsável).

O(a) Sr(a) receberá uma cópia desse TCLE, assinado por todos os pesquisadores, e vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPE, do ICS/UFPA, assinando uma cópia para posse da pesquisadora. O participante poderá, a qualquer tempo, se desejar ou necessitar entrar em contato com o CEPE, órgão de Ética de proteção de seres humanos que se submetem a pesquisa científica: (91) 3201-1234 ou cepeics@ufpa.br

Lucia H. Takase Gonçalves
(Pesquisadora Responsável)

Ingrid Saraiva de Oliveira
(Pesquisadora Principal)

Consentimento Pós-Informação

Declaro que as informações acima sobre a pesquisa foram claras e me sinto perfeitamente esclarecido(a) sobre seu conteúdo, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por livre vontade, aceito participar e cooperar na realização da pesquisa.

Belém PA, ___/___/2019.

Assinatura do(a) participante: _____

Nota: O presente TCLE é assinado em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra entregue ao participante da pesquisa.