

Adquisición de conocimientos sobre la salud sexual por personas ciegas: una investigación-acción*

Inacia Sátiro Xavier de França^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-2695-510X>

Alexsandro Silva Coura²

 <https://orcid.org/0000-0002-0628-648X>

Francisco Stélio de Sousa²

 <https://orcid.org/0000-0002-9604-4133>

Jamilly da Silva Aragão^{2,3,4}

 <https://orcid.org/0000-0002-8140-3180>

Arthur Felipe Rodrigues Silva^{2,3,5}

 <https://orcid.org/0000-0001-8615-5238>

Sérgio Ribeiro dos Santos¹

 <https://orcid.org/0000-0002-7835-3151>

Objetivo: evaluar el conocimiento sobre la salud sexual, junto a personas ciegas, antes y después de intervención educativa. **Método:** investigación-acción, realizada con 58 personas ciegas, matriculadas en institución educativa filantrópica. Se utilizó formulario con variables sociodemográficas y de conocimiento sobre Infecciones Sexualmente Transmisibles. Se realizaron las pruebas de Chi-cuadrado y Fisher. **Resultados:** los hombres presentaron mayor frecuencia de etilismo ($p < 0,001$) y drogas ilícitas ($p = 0,006$). Se constató que éstos usaban preservativo masculino con más frecuencia en relación a las mujeres con el uso del preservativo femenino ($p = 0,003$), aunque éstas presentaban mayor conocimiento acerca de las formas de prevención de las Infecciones Sexualmente Transmisibles ($p = 0,006$). Entre estas infecciones, se verificó, como más frecuente, la *Trichomonas vaginalis* (52,4%). Se identificaron lagunas del conocimiento sobre factores de riesgo y sexo seguro. Después de la intervención, se detectó la ampliación del conocimiento sobre salud sexual. **Conclusión:** la intervención educativa, a la luz de la pedagogía problematizadora, (re) construyó el conocimiento sobre salud sexual, empoderando a los participantes en la prevención de Infecciones Sexualmente Transmisibles. Por lo tanto, es menester que los enfermeros ejecuten intervenciones educativas para con esta clientela, con el fin de suavizar los déficits de conocimientos sobre la temática en pantalla.

Descriptores: Enfermería; Salud Sexual; Ceguera; Enfermedades de Transmisión Sexual; Conocimiento; Educación em Salud.

* Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 482371/2012-9.

¹ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

² Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

³ Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

⁴ Becario de la Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), Brasil.

⁵ Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

Cómo citar este artículo

França ISX, Coura AS, Sousa FS, Aragão JS, Silva AFR, Santos SR. Acquiring of knowledge about sexual health by blind people: an action research. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3163. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3006.3163>. mes día año

URL

Introducción

En Brasil, las Infecciones Sexualmente Transmisibles (IST) son consideradas un grave problema de salud pública, a pesar de existir, en vigor, política nacional de prevención y tratamiento de las IST / *Human Immunodeficiency Virus* (VIH) / *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (SIDA). Se afirma que, en muchos centros de salud, en todo el país, hay una falta de médicos y enfermeros debidamente capacitados para atender a pacientes con estas infecciones ⁽¹⁾.

Además de las excepciones y de la falta de preparación de algunos profesionales, se considera que la estimación de incidencia de infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es del orden de 685.400 nuevos casos anualmente⁽²⁻³⁾. Es necesario intensificar campañas para aclaración y prevención en relación a la *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* y a la posible infertilidad derivada de esas infecciones tratables y que afectan, principalmente, a la población joven de menor renta⁽⁴⁾. Por lo tanto, si la incidencia o la prevalencia de IST es alta en un país o región, los grupos vulnerables a las IST, en los aspectos biopsicosocioculturales y programáticos, tienen mayor riesgo de transmisión sexual por el VIH ⁽⁵⁾.

Se destaca que, a pesar de la prevención y del tratamiento de las IST ser prácticas insertadas en la planificación familiar, el acceso de usuarios con ese tipo de infección está marcado por demanda mínima⁽⁶⁾. En este contexto, el segmento de las personas con discapacidad visual se sitúa entre los grupos con mayor vulnerabilidad a los riesgos para la salud⁽⁷⁾, dado que la pérdida visual acarrea desventajas y restricciones a la participación y al desempeño en actividades diarias, perjudicando la independencia, la autonomía y la calidad de vida de las personas con este agravio⁽⁸⁾.

Estas personas suelen narrar sentimientos de rechazo o superprotección familiar, dificultades para adquirir órtesis y prótesis para la autonomía, poca inversión en el estudio y en la calificación profesional, además de enfrentamiento de barreras físicas y actitud en servicios de salud, así como de obstáculos a la vivencia de la sexualidad y de la maternidad⁽⁹⁾. Se observa que los estigmas sobre la sexualidad de la población de personas con discapacidad todavía están presentes en el siglo XXI, persistiendo la creencia de que éstas no pueden tener hijos ni practicar el acto sexual^(7,9-10).

En lo que se refiere a las mujeres con discapacidad, los servicios de atención primaria poco reconocen los derechos sexuales y reproductivos y la doble vulnerabilidad que las acomete, hecho que acarrea la persistencia del perfil de fragilidad en la asistencia a la salud de esas personas, en virtud de la desarticulación

y discontinuidad de acciones en las esferas pública y privada y del bajo índice de cobertura de la asistencia⁽⁹⁾.

En el caso de las personas ciegas, la suma de los mitos y tabúes acerca de la sexualidad, con la vulnerabilidad que les es inherente y las dificultades de acceso a los servicios de salud, repercute en la salud sexual y reproductiva, con vistas a la exposición al riesgo de contraer IST. En este sentido, se indica la posibilidad de ocurrencia de esas infecciones por la desinformación sobre la prevención, pues las políticas de salud y las campañas preventivas son dirigidas al público vidente y no están adaptadas para ese segmento social, lo que aumenta la vulnerabilidad de éste^(7,9-11).

En este contexto, corresponde, al profesional de Enfermería, planificar y ejecutar acciones de educación en salud, visando la (re)construcción del conocimiento de esas personas sobre salud sexual y reproductiva y a la prevención / reducción de los casos de IST⁽⁶⁾. De esa forma, la educación en salud posibilita la atención de las necesidades de información de usuarios del Sistema Único de Salud, ya que esta acción tiene como base el desarrollo de actividades que posibiliten el empoderamiento de personas para el autocuidado y la promoción de la salud⁽¹²⁾.

En vista de lo expuesto, este estudio buscó respuestas para el cuestionamiento: ¿cómo las personas ciegas cuidan la salud sexual? Se considera imperativa la realización de esta investigación que puede contribuir positivamente para que la intervención de Enfermería, con el uso de la educación en salud, pueda promover la (re)construcción del conocimiento de personas ciegas sobre la salud sexual.

Esta investigación tiene potencial para contribuir con las acciones de Enfermería en el campo de la educación en salud sexual de personas con discapacidad, pues el relato de la caracterización de la situación de vulnerabilidad de estas personas posibilita, a los gestores y profesionales de salud, el planeamiento de estrategias y acciones de prevención, en consonancia con la realidad social y de salud de esos individuos. Además, se justifica que la temática referente a las personas con discapacidad se encuentra en la Agenda Nacional de Prioridades de Investigación en Salud.

En esa perspectiva, se objetivó evaluar el conocimiento sobre la salud sexual, junto a personas ciegas, antes y después de intervención educativa.

Método

El estudio del tipo investigación-acción, con base empírica y abordaje cuantitativo, realizado en Campina Grande, Paraíba, Brasil, de abril de 2014 a diciembre de 2016, en el Instituto de los Ciegos de Campina Grande

(ICCG), institución educativa filantrópica para personas ciegas.

La población fue compuesta por 65 personas ciegas que frecuentaban las actividades de esa institución. Después de la autorización de la dirección institucional, se organizó una reunión con las personas asistidas para la presentación de la investigación y la invitación para participar. La muestra fue compuesta por 58 personas ciegas, por medio de sorteo aleatorio y de la fórmula: $n = N \cdot Z^2 \cdot P(1-P) / (N-1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot P(1-P)$, donde: n = Valor de la muestra; N = Valor de la población; Z = Intervalo de confianza (1,96); P = Prevalencia (50%); e = Error tolerado (0,05).

Los criterios de inclusión considerados para el estudio fueron: edad mínima de 18 años y estar asistiendo con asiduidad a las actividades de la institución. Se excluyeron a las personas que no residían en la zona urbana del municipio de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Para la aplicación de la intervención educativa de Enfermería, se utilizó la pedagogía problematizadora⁽¹³⁻¹⁵⁾, adaptada para este estudio y desarrollada en las siguientes etapas:

a) Investigación temática y levantamiento de los temas generadores, aplicándose a los participantes, formulario con preguntas cerradas sobre las condiciones sociodemográficas y abiertas acerca del conocimiento sobre IST, factores de riesgo, sexo seguro, consecuencias de las IST para la reproducción e IST autorreferidas;

b) Codificación y descodificación de las respuestas obtenidas con el formulario para la aprehensión del conocimiento / desconocimiento de los participantes en relación a las informaciones especificadas en las preguntas abiertas. El recorte de las situaciones-problemas basó los temas de la acción educativa, que fue desarrollada en el día y horario programados, en consenso con los participantes, conforme a la disponibilidad del grupo. Se realizaron tres encuentros que ocurrieron una vez por semana, con una duración de dos horas. En cada encuentro, se abordó una temática específica: 1 - IST, formas de transmisión y posibles secuelas derivadas de las ISTs; 2 - Signos y síntomas de IST / SIDA; 3 - Cómo prevenir las IST / SIDA.

c) Desvelamiento crítico, que ocurrió tres meses después de la acción educativa, reaplicando el formulario, pero sólo con las preguntas abiertas acerca del conocimiento sobre las IST, factores de riesgo, sexo seguro y consecuencias de las IST para la reproducción, para evaluar el resultado post-intervención educativa.

La intervención educativa fue desarrollada por una enfermera a nivel de maestría, la cual también coordinó un equipo de alumnos de graduación en Enfermería, debidamente entrenada, para realizar la recolección de los datos, antes y después de la intervención.

A continuación, los datos fueron procesados en el *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 20.0, y analizados con el uso de la estadística descriptiva, por medio de las frecuencias absoluta y relativa, así como de la estadística analítica, con la realización de pruebas de hipótesis. Para verificar la existencia de asociación entre las variables de salud y prevención de IST con el sexo, se empleó la prueba de Chi-cuadrado, la cual también fue utilizada para comparar el número observado relacionado al conocimiento de los signos y síntomas de IST con la proporción que se esperaba para cada una de ellas por el mero azar. Como alternativa la Chi-cuadrado, cuando los prerrequisitos no fueron atendidos, se aplicó la prueba de Fisher.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal de Paraíba (UEPB) bajo el Certificado de Presentación para la Apreciación Ética (CAAE): 28723614.6.0000.5187. Se respetaron a las directrices éticas contenidas en la Resolución nº 466/2012, del Consejo Nacional de Salud. Los participantes firmaron el Término de Consentimiento Post-Esclarecido (TCPE) y han asegurados el secreto, la privacidad y el derecho a declinar, en cualquier momento de la investigación, sin ningún tipo de carga debido a la renuncia.

Resultados

Se obtuvo, como resultados de las características sociodemográficas, la participación de 58 personas, de las cuales 30 (52%) eran hombres y, entre los participantes, 35 (60,4%) estaban en el rango de edad entre 41 y 60 años. En cuanto a la escolaridad, 20 (34,5%) concluyeron la Enseñanza Media y 19 (32,7%), la Enseñanza Superior. La mayoría poseía credo religioso (93,1%), relató renta de un salario mínimo (65,5%) y no tenían compañero (65,5%).

En la Tabla 1, se presentan los aspectos de salud y prevención de las IST. Se constató que los hombres presentaron mayor frecuencia de etilismo ($p < 0,001$) y drogas ilícitas ($p = 0,006$). En los hallazgos, los hombres usaban preservativo masculino con más frecuencia en relación a las mujeres con el uso del preservativo femenino ($p = 0,003$), aunque éstas presentaban mayor conocimiento, autorreferido, de las formas de prevención de las IST ($p = 0,006$). La televisión constituyó el medio más frecuente para la obtención de informaciones por mujeres ($p < 0,001$), mientras que el acceso a Internet fue mayor en relación a los hombres ($p < 0,001$).

En la Tabla 2, se presentan los aspectos de la vida sexual y la frecuencia de las IST. Entre los participantes, hubo afirmativa de vida sexual activa y algunos fueron acometidos por una Infección Sexualmente Transmisible (IST).

Tabla 1 - Caracterización referente a la salud y prevención de IST* en personas ciegas. Campina Grande, PB, Brasil, 2016

Las Variables	Sexo				p [†]
	Hombres		Mujeres		
	n [‡]	%	n [‡]	%	
Etilismo					
Declarado	25	83,0	0	0,0	<0,001 [§]
Negado	5	17,0	28	100,0	
Uso de drogas prohibidas					
Declarado	7	23,0	0	0,0	0,006 [§]
Negado	23	77,0	28	100,0	
Uso del preservativo					
Siempre	8	27,0	0	0,0	0,003 [§]
A veces/No usa	22	73,0	28	100,0	
Conoce maneras de prevención					
Declarado	23	77,0	28	100,0	0,006 [§]
Negado	7	23,0	0	0,0	
Medios de obtención de información					
Radio					
Declarado	11	37,0	26	93,0	<0,001 [§]
Negado	19	63,0	2	7,0	
Televisión					
Declarado	13	43,0	28	100,0	<0,001 [§]
Negado	17	57,0	0	0,0	
Internet					
Declarado	4	3,0	18	60,0	<0,001 [§]
Negado	26	97,0	10	40,0	
Otro					
Declarado	15	50,0	22	79,0	0,023 [¶]
Negado	15	50,0	6	21,0	

*IST = Infecciones Sexualmente Transmisibles; [‡]n = número absoluto; [†]p = valores estadísticamente significativos p <0,05; [§]p = prueba de Fisher; [¶]p = prueba Chi-cuadrado

Tabla 2 - Frecuencia de vida sexual y de IST* en personas ciegas. Campina Grande, PB, Brasil, 2016

Las variables	n [‡]	%
Vida sexual		
Activa	34	58,6
No activa	23	39,7
No informado	1	1,7
IST*		
Ya fue acometido	21	36,2
Nunca fue acometido	37	63,8
Tipo de IST* que ya han contraído		
<i>Trichomonas vaginalis</i>	11	52,4
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	5	23,8
Papilomavírus Humano	1	4,8
No supo informar	4	19,0

*IST = Infecciones Sexualmente Transmisibles; [‡]n = número absoluto

Como se muestra en la Tabla 3, después de la intervención, se detectó ampliación del conocimiento sobre signos y síntomas de IST, siendo verificado conocimiento en todas las variables por encima del cuartil 75.

Al considerar el antes y después de la intervención educativa, se identificó avance del conocimiento de

los participantes, con destaque para la infertilidad y dolor pélvico crónico, que alcanzaron el 93% y el 86%, respectivamente, según datos de la Tabla 4.

Después de la intervención educativa, se verificó, además, que las IST con mayores porcentajes de conocimiento alcanzados fueron: Sida, sífilis y gonorrea (100%), conforme datos demostrados en la Tabla 5.

Tabla 3 - Conocimiento de las personas ciegas sobre signos y síntomas de las IST* antes y después de intervención educativa. Campina Grande, PB, Brasil, 2016

Signos y síntomas de IST*	Antes [†]				Después [‡]			
	Conocía		No conocía		Conocía		No Conocía	
	n [§]	%	n [§]	%	n [§]	%	n [§]	%
Ardor o dolor al orinar	47	81,0	11	19,0	52	89,7	6	10,3
Dolor durante la relación sexual	41	70,7	17	29,3	57	98,3	1	1,7
Dolor la región pélvica o abdominal	36	62,1	22	37,9	53	91,4	5	8,6
Lesiones bullosas o ulceradas en la boca	37	63,8	21	36,2	58	100,0	0	0,0
Secreciones purulentas en el pene, en el ano o en la vagina	43	74,1	15	25,9	58	100,0	0	0,0
Burbujas, verrugas o ulceraciones en los genitales	46	79,3	12	20,7	56	96,6	2	3,4
Aumento de los ganglios de la región inguinal	24	41,4	34	58,6	51	88,0	7	12,0

*IST = Infecciones Sexualmente Transmisibles; [†]Antes (x² = 29,14, p <0,001); [‡]Después (p = 0,005); [§]n = número absoluto

Tabla 4 - Conocimiento de las personas ciegas sobre las complicaciones clínicas de las IST*, antes y después de intervención educativa. Campina Grande, PB, Brasil, 2016

Complicaciones clínicas de las IST*	Antes [†]				Después [‡]			
	Conocía		No conocía		Conocía		No conocía	
	n [§]	%	n [§]	%	n [§]	%	n [§]	%
Esterilidad	42	72,4	16	27,6	54	93,0	4	7,0
Dolor pélvica crónica	34	58,6	24	41,4	50	86,0	8	14,0
Cáncer	40	69,0	18	31,0	48	83,0	10	17,0
Aborto	39	67,2	19	32,8	44	76,0	14	24,0
Infecciones congénitas	33	56,9	25	43,1	43	74,0	15	26,0
Facilita la infección por el VIH	34	58,6	24	41,4	39	67,0	19	33,0

*IST = Infecciones Sexualmente Transmisibles; [†]Antes (x² = 5,37; p <0,371); [‡]Después (p = 0,008); [§]n = número absoluto; ^{||}VIH = *Virus Immunodeficiency Human*

Tabla 5 - Conocimiento de las personas ciegas sobre las IST*, antes y después de la intervención educativa. Campina Grande, PB, Brasil, 2016

IST*	Antes [†]				Después [‡]			
	Conocía		No Conocía		Conocía		No Conocía	
	n [§]	%	n [§]	%	n [§]	%	n [§]	%
Hepatitis B	6	10,3	52	89,7	47	81,0	11	19,0
SIDA	57	98,0	1	2,0	58	100,0	0	0,0
Sífilis	38	66,0	20	34,0	58	100,0	0	0,0
Cancro mole	23	39,7	35	60,3	49	84,0	9	16,0
Herpes	22	37,9	36	62,1	49	84,0	9	16,0
Donovanosis	6	10,3	52	89,7	36	62,0	22	38,0
Tricomoniiasis	29	50,0	29	50,0	55	95,0	3	5,0
Clamidia	5	8,6	53	91,4	44	76,0	14	24,0
Gonorrea	45	77,6	13	22,4	58	100,0	0	0,0

*IST = Infecciones Sexualmente Transmisibles; [†]Antes (x² = 191,50, p <0,001); [‡]Después (p <0,001); [§]n = número absoluto

Discusión

Las características sociodemográficas de los participantes de este estudio difieren de aquellas encontradas en otro estudio desarrollado en la ciudad de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, con 33 personas con deficiencia visual, en el cual se detectó mayor prevalencia del sexo femenino y la mayoría de jubilados, pero se asemejan en relación con el nivel de escolaridad⁽¹⁶⁾.

La asociación verificada en este estudio entre el sexo y las variables referentes a la salud y prevención de IST corrobora otra investigación con personas ciegas, en la cual se identificó asociación entre práctica sexual relacionada a las IST y el sexo. Sin embargo, esta misma investigación no identificó asociación entre el sexo y el conocimiento sobre prevención y transmisión de IST, hecho que puede ser explicado por el pequeño cuantitativo muestral (n = 36)⁽¹⁷⁾.

El grupo de edad de la mayoría de los participantes de este estudio los clasifica en edad laboral productiva, pues la legislación laboral brasileña considera productivo al hombre con edad hasta 65 años y la mujer hasta los 60. Incluso en edad económicamente activa, una parte significativa está desempleada y, entre los que trabajan, la mayoría son asalariados. Sin embargo, se percibe fuerza socializadora que los impulsa a la valoración del estudio como incentivo al desarrollo y a la autonomía personal, al modo proactivo de transformación existencial y social, cuyo respaldo viene de la legislación emanada del Estado que, entre otros aspectos, asegura la oferta de tecnologías asistivas que contribuyan para ampliar las habilidades funcionales de las personas con discapacidad y promover la vida independiente con inclusión social.

El perfil de religiosidad de los participantes indica, mayoritariamente, la relación con algún credo religioso. Se trata de una práctica saludable en la cual, en detrimento de la dificultad para evaluar la influencia de la espiritualidad en la mejora de la salud, las personas encuentran, en la oración, la meditación y / o la reflexión, maneras de obtener mayor confort físico, psicológico y social⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, de modo que el bienestar personal / espiritual y la autoestima mejoran la calidad de vida⁽²⁰⁾.

En lo concerniente a la renta, la mayoría de los participantes recibía un salario mínimo, indicando que trabajaba y / o hacía justicia al Beneficio de Prestación Continuada, que asegura el beneficio mensual para la persona con discapacidad que no posea medios para proveer la propia subsistencia. Para minimizar la dificultad de inclusión en el mercado de trabajo, el Estado brasileño normalizó que las empresas con 100 o más funcionarios deben contratar a personas con discapacidad y rehabilitadas, en la siguiente proporción: hasta 200 empleados, 2%; de 201 a 500, 3%; de 501 a 1000, 4%; de 1001 en adelante, el 5%⁽²¹⁾.

En el caso de la vivencia conyugal de los participantes, se verificó que la mayoría de las personas ciegas vivía sin compañero, hecho que puede ser explicado al comparar esos resultados con aquellos de estudio realizado en Feira de Santana, Bahía, Brasil, con once personas ciegas, los dos sexos, con edades entre 22 y 54 años, en que, según las quejas de los participantes, los investigadores concluyeron que las personas ciegas permanecen, mayoritariamente, solteras, invisibles y vulnerables, habiendo la necesidad de educación sexual como camino para la inclusión social⁽⁷⁾.

Además, las mujeres no videntes son percibidas como habitando un cuerpo que diverge del prototipo social vigente, lo que las hace desacreditadas para el papel de cuidadoras, esposas y madres⁽⁹⁾. En ese sentido, en un estudio realizado en Nepal, con mujeres

embarazadas y con discapacidad, las participantes relataron no sentirse bien en exponer el propio cuerpo, barrera para la demanda de cuidados. Por su parte, los profesionales de salud se sentían despreparados para atender las necesidades de salud de las gestantes con discapacidad⁽²²⁾.

En lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva de las personas ciegas, se observó en este estudio que el 36,2% de los participantes relataron afectación por Infecciones Sexualmente Transmisibles. Se agrega que el desconocimiento de algunos signos y síntomas de IST y sus complicaciones clínicas pueden estar relacionados con posibles fallas en la atención en salud de las personas ciegas, lo que justificaría la realización de actividades de educación en salud, con el objetivo de instrumentalizar a las personas con las orientaciones necesarias para la práctica sexual segura, garantizando también la aplicación de la política pública.

En Brasil, aunque existan políticas dirigidas a los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, las barreras actitudinales perjudican la participación social. Este contexto ha merecido la atención de investigadores para la necesidad de validación de tecnologías asistivas adaptadas a las personas con discapacidad visual⁽¹¹⁾, y destinadas a la educación en salud en la atención primaria, en la escuela o en otro ambiente, buscando sensibilizar a las mujeres con discapacidad visual para el uso del preservativo femenino⁽²³⁾.

En cuanto a los datos de esta investigación, las informaciones obtenidas sobre IST / SIDA por las personas ciegas provenían de diversas fuentes, como la radio y la televisión, con destaque para mujeres que alcanzaron los mayores porcentuales en todos los medios de comunicación. También se destacó la laguna existente en relación a la obtención de conocimiento ofrecido por profesionales de salud. Estas mismas herramientas comunicativas fueron encontradas en estudio con personas con discapacidad visual en Etiopía, Kenia, Sudáfrica, Mozambique, Ruanda y Uganda. Los resultados demostraron que muchos profesionales de la salud no poseen las habilidades necesarias para responder adecuadamente a las necesidades de las personas ciegas⁽²⁴⁾, y no se sienten contempladas por las políticas públicas de salud, ni incluidas en los diversos programas, como el de prevención de las IST / VIH / SIDA⁽⁷⁾.

Además, en lo que se refiere a la vulnerabilidad de los participantes de este estudio, el consumo de alcohol o de las drogas ilícitas constatado posibilita comportamientos sexuales de riesgo, como el bajo uso de preservativo. Esta relación fue fortalecida por relato de estudio en el que se identificaron, en el sexo femenino,

asociaciones para seropositividad y el consumo de drogas, de bebidas alcohólicas y otras drogas; estar casada o en unión estable. En el sexo masculino, asociaciones de seropositividad con el consumo de otras drogas y orientación homosexual / bisexual⁽²⁵⁾.

Estas situaciones predisponen a la exposición a las IST y / o al embarazo no planificado. Además de eso, en este estudio, el no uso del preservativo puede ser explicado por los datos de otra investigación realizada con 3.482 personas, de ambos sexos, cuyos investigadores también detectaron comportamientos vulnerables a la contaminación por IST, debido al desuso del preservativo, por diversos motivos: 280 (11%) no les gusta usar condón; 716 (28,1%) porque conocían al compañero; 36 (1,4%) porque el compañero no aceptaba; 1.044 (41%) porque usaban otro método anticonceptivo y 294 (11, 5%) por otros motivos⁽²⁶⁾.

A pesar de que las mujeres de este estudio afirman tener sexo desprotegido, todas conocían las formas de prevención de las IST, pero, cuantitativo considerable de hombres las desconocían. Se entiende que la desinformación en el contexto de la salud sexual acarrea limitaciones para las personas, dado que éstas necesitan componentes específicos para el acceso a la información⁽¹¹⁾, además de que se amplían las posibilidades de contraer una IST. Las IST, como *Trichomonas vaginalis*, *Neisseria gonorrhoeae* y Papilomavirus Humano, autorrelatadas por los participantes, se consideran un problema de salud pública mundial⁽²⁷⁾.

En Brasil, evaluación retrospectiva, clínica y de laboratorio con 4.128 pacientes en centro especializado en IST reveló que éstas son predominantes en el 76% de los hombres. La aparición de estas infecciones fue mayor en el grupo de edad de 20-29 años⁽¹⁾, que difieren de estudio realizado en Corea del Sur, donde la incidencia fue mayor en mujeres de mayor o igual a 60 años. Sin embargo, la incidencia para los hombres pasó de 23,7, en 2009, a 15,7 por 100 mil, en 2014, con acentuada reducción en los grupos de 40 años o más de esa población⁽²⁷⁾. El estudio realizado en Shangai relata que, además de la incidencia de *Neisseria gonorrhoeae* ser la más alta de las IST bacterianas, ésta puede producir complicaciones graves, además de resistencia emergente a las cefalosporinas de tercera generación, posibilitando el emerger de una era de gonorrea potencialmente intratable⁽²⁸⁾.

El conocimiento de los participantes sobre las IST y los signos y síntomas clínicos antes de la intervención educativa alcanzó porcentajes insatisfactorios. Además, en relación a las posibles complicaciones derivadas de las IST, se considera que los porcentuales preliminares a la intervención también indicaron considerable

desconocimiento. Sin embargo, en esta etapa del estudio, la instrucción de los participantes incorporaba alguna parte del conocimiento socializado por la literatura científica acerca de que las IST traen riesgos a la salud sexual y reproductiva. Esta constatación puede estar relacionada al lugar del estudio, pues el ICCG se configura como institución educativa de referencia para personas ciegas, ofreciendo calificación para alumnos matriculados en actividades.

Por lo tanto, después de la intervención en salud, las respuestas de los participantes demostraron comprensión sobre IST, de forma más elocuente y fundamentada, pero, al mismo tiempo, mostraron la necesidad de constante educación y atención en salud sexual y reproductiva, pues sólo las IST, el SIDA, sífilis y gonorrea obtuvieron el porcentaje total de respuestas positivas.

Los resultados de la intervención educativa se asemejan a los de estudio realizado en Bangladesh, que describe los principales indicadores de la salud reproductiva de las mujeres, por medio de aprendizaje y acción participativa. Los investigadores obtuvieron mejora del conocimiento de las mujeres sobre la salud sexual, morbilidad y formas de prevenir y tratar las IST. Sin embargo, alegan que el cambio limitado en las prácticas de salud puede derivarse del contexto sociocultural rural de Bangladesh en el que las mujeres pueden enfrentar servicios de salud limitados para actuar en nuevos conocimientos⁽²⁹⁾.

En esa perspectiva, se evidenció que la práctica educativa, mediada por la pedagogía problematizadora, presentó potencial de modificación del conocimiento de personas ciegas, de manera que éstas buscaron reflexiones a partir de estímulos para solucionar problemas⁽¹³⁻¹⁵⁾. Esta característica se circunscribe a la intervención educativa utilizada como tecnología en salud innovadora, que utilizó corriente educacional consolidada para un público no vidente reflexionar acerca de un tema considerado tabú en ese segmento social. Por lo tanto, el estudio es relevante para el conocimiento científico divulgado, representando avance en la temática que, en los últimos años, fue objeto de otro estudio, en el cual se buscó hacer accesible el conocimiento sobre IST para personas ciegas, por medio de la validación de texto educativo⁽¹¹⁾.

Las limitaciones de este estudio están relacionadas al uso de variables con respuestas autorreferidas, lo que posibilita el sesgo de memoria, a la imposibilidad de realizar cuantitativo mayor de encuentros educativos, debido a las dificultades de movilidad vivenciadas por los participantes, así como haber analizado sólo la adquisición de conocimiento, en detrimento del cambio de comportamiento.

Se considera que este estudio tiene potencial para contribuir con las acciones de Enfermería, en el campo de la educación en salud sexual de personas con discapacidad, dado que la caracterización de la situación de vulnerabilidad de estas personas posibilita, a los gestores y profesionales de salud, el planeamiento de estrategias y acciones de prevención en consonancia con la realidad social y de salud de esos individuos.

Conclusión

Los resultados apuntan que, antes de la acción educativa, el conocimiento de los participantes en relación a las IST estaba marcado por equívocos, inadecuaciones y desconocimiento, principalmente, en lo que se refiere a la prevención de esas infecciones. Después de la intervención educativa, a la luz de la pedagogía problematizadora, el conocimiento sobre las IST, signos, síntomas y posibles complicaciones fue (re)construido, empoderando a las personas ciegas a la adhesión de prácticas preventivas. De esta forma, la intervención educativa fue efectiva para intensificar conocimientos sobre las IST y, cuanto más informadas las personas, mejor será la adhesión a las medidas preventivas de salud.

El hecho de que los participantes no confirmaren la obtención de informaciones de los profesionales de salud sobre las IST indica que esta temática relacionada a las personas con discapacidad necesita educación permanente y de enfoque transversal en los componentes curriculares, con vistas a la desmitificación de prejuicios que refuerzan la vulnerabilidad de esas personas, comprometiendo la vivencia de la sexualidad y la preservación de la salud sexual y reproductiva. Es necesario que enfermeros dediquen mayor atención a ese grupo poblacional que tiene base insuficiente para el cuidado con la salud sexual, pues enfrentan barreras sociales que dificultan la búsqueda de conocimiento referente a la promoción de la salud.

En esa perspectiva, se sugiere que otros estudios aborden esa misma temática, con el objetivo de evaluar actitudes y prácticas de las personas con discapacidad después la educación en salud, para verificar la modificación conductual, en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva de los participantes.

Referencias

1. Fagundes LJ, Vieira EE Jr, Moysés ACMC, Lima FD, Morais FRB, Vizinho NL. Sexually transmitted diseases in a specialized STD healthcare center: epidemiology and demographic profile from January 1999 to December 2009. *An Bras Dermatol*. 2013 Aug; 88 (4): 523-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132149>
2. Moura MRP, Costa ACM. HPV prevalence of HIV positive women attended in the center of reference STD/AIDS. *Rev Enferm UFPI*. [Internet]. 2014 Jun [cited Jul 10, 2018]; 3(2): 33-41. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1820>
3. Leon ME, Shamekh R, Coppola D. Human papillomavirus-related squamous cell carcinoma of the anal canal with papillary features. *Wld J Gastroenterol*. 2015 Feb 21; 21(7): 2210-3. doi: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v21.i7.2210>
4. Lima YAR, Turchi MD, Fonseca ZC, Garcia FLB, Cardoso FAB, Reis MNG, et al. Sexually transmitted bacterial infections among young women in Central Western Brazil. *Int J Infect Dis*. 2014 May 9; 25:16-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2014.03.1389>
5. Sychareun V, Thomsen S, Chaleunvong K, Faxelid E. Risk perceptions of STIs/HIV and sexual risk behaviours among sexually experienced adolescents in the Northern part of Lao PDR. *BMC Public Health*. 2013 Dec 5; 13:1126. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1126>
6. Barbosa TLA, Gomes LMX, Holzmann APF, Paula AMB, Haikal DSA. Counseling about sexually transmitted diseases in primary care: perception and professional practice. *Acta Paul Enferm*. 2015 Dec; 28(6): 531-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500089>
7. França DNO. Sexual rights, public policy and sex education on the discourse of blind people. *Rev Bioética*. 2014 Apr; 22(1):126-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100014>
8. Silva MR, Nobre MIRS, Carvalho KM, Montilha RCI. Visual impairment, rehabilitation and International Classification of Functioning, Disability and Health. *Rev Bras Oftalmol*. 2014 Oct; 73(5): 291-301. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20140063>
9. Nicolau SM, Schraiber LB, Ayres JRCM. Women with disabilities and their double vulnerability: contributions for setting up comprehensive health care practices. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013 Mar; 18(3):863-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300032>
10. Chappell P. How Zulu-speaking youth with physical and visual disabilities understand love and relationships in constructing their sexual identities. *Cult Health Sex*. 2014 Jul 18; 16 (9): 1156-68. doi: <https://doi.org/10.1080/13691058.2014.933878>
11. Oliveira GOB, Cavalcante LDW, Pagliuca LMF, Almeida PC, Rebouças CBA. Prevention of sexually transmitted diseases among visually impaired people: educational text validation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24: e2775. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0906.2775>
12. Áfio ACE, Balbino AC, Alves MDS, Carvalho LV, Santos MCL, Oliveira NR. Analysis of the concept of nursing educational technology applied to the patient. *Rev Rene*. [Internet]. 2014 Feb [cited May 29, 2018]; 15(1):158-65. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3108>

13. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 60a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2016.
14. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
15. Heidemann ITSB, Dalmolin IS, Rumor PCF, Cypriano CC, Costa MFBNA, Durand MK. Reflections on Paulo Freire's research itinerary: contributions to health. *Texto Contexto - Enferm*. 2017 Nov 17; 26(4): e0680017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>
16. Oliveira DG, Shimano SGN, Salomão AE, Pereira K. Evaluation of socioeconomic profile, professional training and health status of people with visual impairment. *Rev Bras Oftalmol*. 2017 Oct; 76 (5):255-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20170053>
17. Araújo AKF, França ISX, Coura AS, Santos SR, Ramos APA, Pagliuca LMF. Sociodemographic profile of blind people: associations with knowledge, attitude and practice about sexually transmitted infections. *Rev Rene*. 2015 Set-Out; 16 (5):738-45. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000500016>
18. Magalhães SR, Carvalho ZMF, Andrade LM, Pinheiro AKB, Studart RMB. Influence of spirituality, religion and beliefs in the quality of life of people with spinal cord injury. *Texto Contexto Enferm*. 2015 Sep; 24(3):792-800. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000620014>
19. Camargos MG, Paiva CE, Barroso EM, Carneseca EC, Paiva BSR. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: a cross-sectional study. *Medicine*. 2015 Nov 1; 94(47): e2145. doi: dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000002145
20. Nunes MGS, Leal MCC, Marques APO, Mendonça SS. Long-lived elderly: assessment of quality of life in the field of spirituality, religiousness and personal beliefs. *Saúde Debate*. 2017 Dec; 41(115): 1102-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711509>.
21. Coutinho BG, França ISX, Coura AS, Medeiros KKAS, Aragão JS. Quality of life at work of people with disabilities. *Trab Educ Saúde*. 2017 Mar 06; 15 (2): 561-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00061>
22. Morrison J, Basnet M, Budhathoki B, Adhikari D, Tumbahangphe K, Manandhar D, et al. Disabled women's maternal and newborn health care in rural Nepal: a qualitative study. *Midwifery*. 2014 Apr 25; 30(11): 1132-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.012>
23. Cavalcante LDW, Oliveira GOB, Almeida PC, Rebouças CBA, Pagliuca LMF. Assistive technology for visually impaired women for use of the female condom: a validation study. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Feb; 49(1):14-21. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100002>
24. Jaggernath J, Overland L, Ramson P, Kovai V, Chan VF, Naidoo KS. Poverty and eye health. *Health*. 2014 Jul; 6 (14): 1849-60. doi: <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.614217>
25. Pereira BS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. Factors associated with HIV/AIDS infection among adolescents and young adults enrolled in a Counseling and Testing Center in the State of Bahia, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014 Mar; 19(3): 747-58. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.16042013>
26. Nascimento EGC, Cavalcanti MAF, Alchieri JC. Adherence to condom use: the real behavior in the Northeast of Brazil. *Rev Salud Pública*. 2017 Feb; 19(1): 39-44. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.44544>
27. Joo S-Y, Goo Y-K, Ryu J-S, Lee S-E, Lee WK, Chung D-I, et al. Epidemiology of Trichomoniasis in South Korea and increasing trend in incidence, health insurance review and assessment 2009-2014. *Plos One*. 2016 Dec 09; 11(12): e0167938. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167938>
28. Trecker MA, Waldner C, Jolly A, Liao M, Gu W, Dillon J-AR. Behavioral and socioeconomic risk factors associated with probable resistance to ceftriaxone and resistance to penicillin and tetracycline in *Neisseria gonorrhoeae* in Shanghai. *Plos One*. 2014 Feb 19; 9(2): e89458. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089458>
29. Harris-Fry HA, Azad K, Younes L, Kuddus A, Shaha S, Nahar T, et al. Formative evaluation of a participatory women's group intervention to improve reproductive and women's health outcomes in rural Bangladesh: a controlled before and after study. *J Epidemiol Commun Health*. 2016 Jan 06; 70 (7): 663-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2015-205855>

Recibido: 28.11.2018

Aceptado: 08.03.2019

Autor correspondiente:

Inacia Sátiro Xavier de França

E-mail: inacia.satiro@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-2695-510X>**Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.