

Conhecimento, atitudes e práticas das mulheres acerca da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde

Elenir Pereira de Paiva*
Gisele Aparecida Fófano*
Juliane da Silveira Jasmim**
Livia Toledo Rocha**
Marcela Oliveira Souza**
Tais de Oliveira Marques**

RESUMO

O estudo analisou a relação entre conhecimentos, atitudes e práticas em relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Estudo transversal, com 68 usuárias de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. Utilizou-se formulário multidimensional abrangendo variáveis sócio demográficas e perguntas acerca de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) relacionadas à doença. Associações estatísticas entre conhecimentos, atitudes e práticas foram avaliadas com nível de significância de 5%. Encontrou-se 86,8% de mulheres com conhecimento adequado, 94,1% atitudes e 61,8% práticas. A feminização da doença está associada a práticas inadequadas de autoproteção, apesar de conhecimento e atitudes corretas o que contraria o raciocínio CAP. A dificuldade de negociação entre as mulheres com relacionamentos estáveis demonstrou ser o ponto mais importante. A promoção da saúde em nível de atenção primária é a melhor forma de aperfeiçoar a capacidade de autoproteção das mesmas.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Mulheres; Conhecimento, atitudes e práticas em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) representa um sério problema de ordem pública, econômica e social. Ademais, trata-se de epidemia que provoca sentimento de perplexidade na população, pois se faz acompanhar de características como incurabilidade e letalidade. Sob essa perspectiva de análise, apesar de estarmos vivenciando a terceira década da mesma e, no momento, haver acesso dos usuários infectados aos medicamentos, o investimento em pesquisas é grande, eis que dispomos apenas de tratamentos paliativos para milhares de doentes. Devido à elevada incidência e aos altos custos da terapêutica, sem sombra de dúvidas, a AIDS representa sério problema de saúde pública. Também não é redundante afirmar que a prevenção implica custo social e econômico menor do que o tratamento. Nesse sentido, é mais do que oportuno refletir sobre as melhores formas de racionalizar o emprego dos recursos de toda ordem, tendo em vista a adoção universal de medidas preventivas.

O aumento de casos de AIDS entre as mulheres se deu em todas as faixas etárias. Voltando um pouco no tempo, verifica-se que em 1986, a razão era de 15 casos da doença em homens para cada caso em mulheres, e a partir de 2002 a razão entre gêneros estabilizou-se em 15 casos em homens para cada 10 em mulheres. Na faixa etária de 13 a 19 anos, o número de casos da doença é maior entre as jovens do que entre os rapazes. A inversão apresenta-se desde 1998 com oito pacientes do sexo masculino para cada dez do sexo feminino (BRASIL, 2009).

A maior vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) se explica por diversos fatores, entre eles as relações desiguais de gênero e o não reconhecimento de seus direitos, incluindo a legitimidade do exercício da sexualidade (TAQUETTE, 2009).

No Brasil, é marcante a heterossexualização e a feminização da epidemia associado a um perfil de indivíduos com precários recursos econômicos e sociais (BRASIL, 2003). A crença inicial de que a doença seria circunscrita apenas aos grupos de

* Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Básica - Juiz de Fora, MG.
E-mail: elenirbolpato@yahoo.com.br

** Universidade Federal de Juiz de Fora. Faculdade de Enfermagem - Juiz de Fora, MG.

risco acabou sendo um empecilho para a prevenção da AIDS entre as mulheres (ALVES et al., 2002). Devido ao crescente número de casos neste grupo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) lançou o informe da atenção básica (n.º 44 Ano IX, janeiro/fevereiro de 2008 ISSN 1806-1192), cujo foco se refere ao enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), visando caracterizar o papel da Atenção Básica/Saúde da Família no combate a mesma.

O modelo conhecimento, atitudes e práticas (CAP) parte do pressuposto de que um comportamento em saúde prende-se a um processo sequencial: tem origem na aquisição de um conhecimento cientificamente correto, que pode explicar a formação de uma atitude favorável e consequentemente adoção de uma prática de saúde (LEON, 1996).

Duas grandes correntes teóricas poderiam explicar o comportamento: uma defende que as pessoas atuam pelas circunstâncias, pela situação; outra diz que as pessoas atuam por seus valores e suas crenças (LEON, 1996). O modelo CAP, por sua vez, baseia-se na segunda teoria.

Os objetivos deste estudo foram: analisar o conhecimento, atitudes e as práticas em relação ao HIV/AIDS em usuárias de uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS/SUS) de cidade polo de macrorregião em Minas Gerais discutir e identificar possíveis causas da feminização da doença.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se abordagem transversal descritiva e de natureza quantitativa (HULLEY, 2003) em UAPS/SUS de cidade polo de macrorregião de Minas Gerais. A população de estudo foi constituída de uma amostra aleatória simples de 68 mulheres com idade entre 18 anos a 59 anos, criada por meio de sorteio de 17 domicílios de cada uma das quatro áreas de abrangência da unidade citada, utilizando o programa SPSS (versão 13.0). Nos casos em que, no domicílio, se encontrou mais de uma mulher elegível, foi realizado um sorteio definindo aquela a ser entrevistada e nos domicílios onde não se encontrou mulher elegível, encaminhou-se para o domicílio vizinho à direita.

Os critérios de inclusão foram: mulheres residentes na comunidade com idade entre 18 anos e 59 anos que já tinham iniciado a vida sexual. Os critérios de exclusão foram mulheres abaixo de 18 anos ou que não quiseram participar do estudo.

Utilizou-se, como instrumento da pesquisa, um formulário estruturado composto de perguntas objetivas. O conteúdo das questões abrangeu variáveis socioeconômicas e demográficas (idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação, renda e

religião) além de conhecimento, atitudes e práticas relacionadas a formas de transmissão, prevenção, fontes de informação sobre o HIV/AIDS e a atuação dos serviços de saúde na percepção dos usuários.

A coleta de dados foi realizada no domicílio das participantes entre os meses de abril a junho, após o esclarecimento da investigação, aceitação da mesma em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Com o objetivo de aprimorar o questionário e avaliar a clareza na formulação das perguntas e adequação da linguagem entre as mulheres, pré-testes foram realizados. Assim, foi aplicado o formulário em mulheres de características semelhantes às da população escolhida. O pré-teste teve o objetivo de testar a logística do estudo e o desempenho das entrevistadoras. Nesta etapa, aplicou-se o formulário por meio de entrevistas em cinco mulheres da própria comunidade as quais foram excluídas do estudo.

Os dados foram digitados utilizando-se o programa SPSS (versão 13.0) e submetidos às técnicas estatísticas exploratórias: média, desvio padrão (DP) e distribuição de frequências com níveis de significância de 5%. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado sob o parecer n.º 292/10 e protocolo CEP-UFJF: 119-420-2010 FR: 387909.

3 RESULTADOS

A média de idade das participantes foi de 35,32 anos (DP: 12,5 anos) variando de 18 a 59 anos. Observou-se 50% de mulheres casadas, 11,76% separadas, 36,76% solteiras e 1,47% viúvas. O número médio de filhos foi 1,82 por entrevistada. A respeito da média salarial 92,64% declararam receber até três salários mínimos.

Identificou-se baixa escolaridade entre as entrevistadas, sendo que 54,41% informaram possuir no máximo o ensino fundamental, 27,94% concluíram o ensino médio e apenas 1,47% informaram ter curso superior. A grande maioria (80,8%) informou não ter plano de saúde.

Das mulheres da amostra 60,29% afirmaram ser católicas, 29,4% afirmaram ser evangélicas, 2,94% de outras religiões, sendo que 7,35% informaram não ter religião. Se auto referiram brancas 36,76%, negras 25%, outras 36,76% e 1,47 não souberam informar.

Durante esta avaliação, percebeu-se conhecimento adequado, caracterizado pela maioria das respostas na variável correta, da amostra no que diz respeito a formas de contaminação, etiologia e processo de prevenção.

Observa-se falha do mesmo em dois pontos importantes: no primeiro quando quase 20% das entrevistadas afirmaram que a AIDS pode ser transmitida por picada de mosquito e no segundo quando mais de 10% afirma que a doença tem cura.

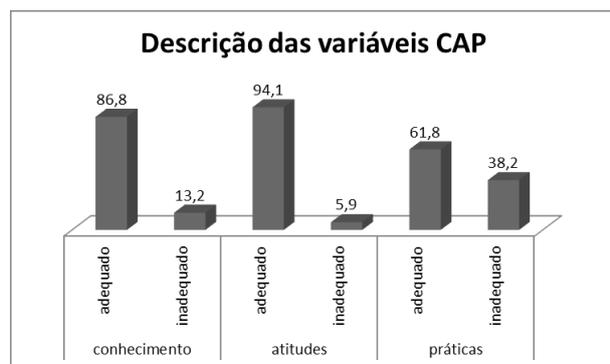
As atitudes da amostra mostraram-se positivas com relação à identificação de comportamentos de risco, o que se demonstrou quando perguntadas se pessoas de boa aparência poderiam ser portadoras da doença e a maioria reconhece que sim. Apesar disto, quando solicitados a opinar sobre a sua própria adoção de métodos de proteção, 26,47% da amostra não considera que as adote.

Os resultados acerca da prática das mulheres demonstram que 38,24% não utilizam nenhum método de proteção. Aquelas que utilizam, em sua maioria (86,05%) fazem uso do preservativo masculino, outras ainda (13,95%) do feminino.

Das mulheres que utilizam algum tipo de proteção, as que fazem sempre são apenas 26,47% das entrevistadas e nunca 35,9% daquelas. Ainda salta aos olhos que apenas 25% das entrevistadas referiram participar de alguma atividade educativa.

Observou-se que 86,8% das mulheres apresentaram conhecimento adequado, 94,1% com atitudes adequadas e 61,8% com práticas adequadas, ao se considerar os acertos das respostas do questionário.

Gráfico 1 — Descrição das variáveis conhecimento, atitudes e práticas



Fonte — Os autores (2012)

4 DISCUSSÃO

O estudo abrangeu amostra de mulheres de condição socioeconômica baixa, refletido pelas baixas escolaridade e renda (média de 1,68 salários). Pessoas em condições socioeconômicas nada favoráveis tem maior dificuldade de acesso ao sistema de saúde, conseqüentemente estão mais expostas às doenças (HEGART, 2000). A amostra demonstra outra característica importante quando emerge do

instrumento que 80,88% da mesma não possui plano de saúde cabendo, portanto, à equipe de saúde da UAPS a assistência deste grupo de forma a esclarecer fatos relativos não só ao HIV/AIDS, mas também com ações preventivas que englobem outras doenças

Em relação à situação conjugal a metade das entrevistadas informou ser casada ou manter união estável (50%) o que pode ser uma condição de vulnerabilidade para elas, pois as mulheres monogâmicas acabam questionando a necessidade do uso de preservativo, principalmente por influência de seus companheiros que as veem como propriedades, se recusando a negociar o uso de preservativos, chegando até mesmo a negar o ato sexual (LIMA; MOREIRA, 2008).

Falando sobre os conhecimentos, ao perguntar sobre a transmissão do HIV/AIDS por picada de mosquito, 19,12% das participantes informaram que sim e 17,65% informaram não saber, ou seja, 36,87% ainda permanecem sem conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus. Estes dados insidem sobre os serviços de saúde que são ofertados nesta unidade, portanto há de se pensar em um trabalho em equipe visando atender a estas mulheres.

Entre as entrevistadas 10,3% afirmaram que a AIDS tem cura e 2,9% não souberam responder, somando 13,2% da amostra. Destaca-se a importância de se rever às estratégias de trabalho utilizadas com este grupo e a necessidade de se rediscutir ações de capacitação para os profissionais da unidade de saúde contemplando estas e outras doenças. Portanto, percebe-se que oportunidades perdidas de promoção à saúde estão acontecendo e essa condição não é ideal para uma unidade de saúde que é contemplada pela Estratégia de Saúde da Família.

Em relação às atitudes o grupo informou uma opinião positiva quando abordadas se as pessoas de boa aparência poderiam ter o vírus, no entanto 26,5% consideraram que não adotam métodos para se prevenir do HIV/AIDS, ou seja, elas apresentam o conhecimento adequado, tem uma opinião positiva a respeito, mas não a aplicam. Essa questão pode estar relacionada com a dificuldade de negociação do uso de preservativos com os parceiros, dessa forma a mulher torna-se vulnerável ao HIV em decorrência das questões sociais e das relações patriarcais existentes na sociedade atual (COSTA; ZAGO; MEDEIROS, 2009; PAIVA; MOTA, 2005).

Cabe ressaltar que em relação aos preservativos, o feminino foi bem menos utilizado 8,82% e ainda muitas entrevistadas informaram desconhecer a existência de um preservativo específico para as mulheres. Sabe-se que o preservativo masculino tem uma divulgação maior e é distribuído nas unidades de

saúde, sendo muito mais acessível para população em geral (LIMA et al., 2007).

O estudo mostrou que na prática 38,2% das mulheres afirmaram não usar métodos para se prevenir. Elas têm o conhecimento, mas não atuam em função deste, adotam práticas que acabam afetando sua saúde (BRASIL, 2008; CARVALHO; MARTINS; GALVÃO, 2006). Essa situação pode estar relacionada à maioria das entrevistadas serem casadas ou em união estável (50%) uma vez que é difícil a tentativa de negociação da realização de sexo seguro com uso de preservativo, sendo este um dos fatores contribuintes ao fenômeno da “feminização” da epidemia da AIDS (LIMA; MOREIRA, 2008). Além das questões de gênero, onde existe uma hierarquia entre os sexos na qual os homens são considerados superiores e as mulheres inferiores (GOMES; FERREIRA; ARAÚJO, 2007), vale ressaltar que no processo saúde/doença da infecção do HIV, existem singularidades entre homens e mulheres, seja pelos fatores biológicos ou sociais (ABDALLA; NICHATA, 2008).

Com base na amostra, 69,1% das mulheres afirmaram não participar de nenhuma atividade educativa sobre HIV/AIDS oferecida pela unidade. A falta de interesse ou de oportunidade na participação em ações educativas faz com que essas mulheres

fique(m) mais expostas ao risco de contaminação pelo HIV. Assim se percebe que oportunidades estão sendo perdidas.

Na amostra encontrou-se 86,8% de mulheres com conhecimento adequado, 94,1% apresentaram atitude adequada, porém somente 61,8% apresentam prática adequada. Observou-se que a maioria das mulheres tem conhecimentos e atitudes coerentes a respeito do assunto, porém grande parte delas ainda não inclui a prática de prevenção como é recomendado (CANDEIAS; MARCONDES, 1979; CARVALHO; MARTINS; GALVÃO, 2006; HEGART, 2000).

5 CONCLUSÃO

Apesar de conhecimento e atitudes adequadas sobre HIV/AIDS na amostra estudada, os resultados práticos do ponto de vista de autoproteção são insuficientes entre as mulheres, parte por dificuldades de negociação do sexo seguro em ambiente de união estável, parte por conta de desinformação sobre esta necessidade.

A solução do problema passa pela promoção da saúde em nível de atenção primária com a utilização de informação e treinamento para a busca da proteção e o controle efetivo da feminização da epidemia.

ABSTRACT

The study examined the relationship between knowledge, attitudes and practices in relation to acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). Cross-sectional study with 68 users of a Unit of Primary Health in Minas Gerais. We used multidimensional form covering sociodemographic variables and questions about knowledge, attitudes and practices (KAP) related to the disease. Statistical associations between knowledge, attitudes and practices were evaluated at a significance level of 5%. It was found 86.8% of women with adequate knowledge, attitudes, 94.1% and 61.8% practices. The feminization of the disease is associated with inadequate practices of self-protection, although knowledge and proper attitudes which contradicts the reasoning CAP. The difficulty of negotiating among women in steady relationships proved to be the most important point. Health promotion in primary care level is the best way to improve self-protection capability of the same.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Women, Knowledge, attitudes and practices in health.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, F. T. M.; NICHATA, L. Y. I. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 140-152, 2008.

ALVES, R. N.; KOVACS, M. J.; STALL, L. R. et al. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres. **Revista Saúde Pública**, Maringá, v. 36, n. 4, p. 32-39, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim HIV-AIDS MS/2009**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/saude/aids_dst/relatorio2010.php>. Acesso em: 7 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PCAP-2008: Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionada às DST e Aids da população brasileira de 15 a 64 anos de idade**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/pcap-2008-pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-relacionada-dst-e-aids-da-populac>>. Acesso em: 6 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres**. Brasília, DF: Coordenação Nacional das DST/AIDS, 2003.

CANDEIAS, N. M. F.; MARCONDES, R. S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 24-30, 1979.

CARVALHO, C. M. L.; MARTINS, L. F. A.; GALVÃO, M. T. G. Mulheres com HIV-AIDS informam conhecimento acerca da infecção. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 191-195, 2006.

COSTA, D. A. M.; ZAGO, M. M. F.; MEDEIROS, M. Experiência de adesão ao tratamento entre mulheres com vírus da Imundeficiência Humana-Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 631-637, 2009.

GOMES, R. N.; FERREIRA, E.; ARAUJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X22007000300015&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 9 maio 2011.

HEGART, Y. V. et al. Racial differences in use of cancer prevention services among older americans. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 48, no. 8, p. 735-740, 2000.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEON, R. B. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 7-17, jan./mar. 1996.

LIMA, M. L. C.; MOREIRA, A. C. G. AIDS e feminização: os contornos da sexualidade. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 103-118, 2008.

LIMA, M.A.D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M. C. S. Gênero e saúde reprodutiva: breve reflexão. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 261-264, 2005.

TAQUETTE, S. Feminização da AIDS e adolescência. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 13-15, 2009.

Enviado em //

Aprovado em //