

CONHECIMENTO DE MULHERES SOBRE IST/AIDS: INTERVINDO COM EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Érika Cavalcanti Rufino*
Smalyanna Sgren da Costa Andrade**
Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal***
Karen Krystine Gonçalves de Brito****
Fernanda Maria Chianca da Silva*****
Simone Helena dos Santos*****

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento de mulheres sobre prevenção, transmissão e percepção de vulnerabilidade em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Trata-se de um estudo “antes e depois”, descritivo, de abordagem quantitativa, envolvendo 30 usuárias de uma Unidade de Saúde da Família Integrada de João Pessoa-PB, maiores de 18 anos, com vida sexual iniciada. A coleta dos dados foi realizada em fevereiro de 2014 por meio da abordagem de mulheres na sala de espera, que responderam à entrevista antes e após a intervenção. Os resultados foram analisados e comparados utilizando o teste Qui-Quadrado. A educação em saúde contribuiu significativamente para o aumento do conhecimento das participantes e da sua percepção de vulnerabilidade a respeito de IST/AIDS. Porém, nem sempre este conhecimento produz mudança de atitude e comportamento, fazendo-se necessário que o enfermeiro reconheça a importância das práticas educativas em seu cotidiano, não só para a redução da incidência de IST/AIDS, como também para a emancipação do indivíduo, favorecendo o desenvolvimento do sentido de responsabilidade por sua própria saúde.

Palavras-chave: Conhecimento. Mulheres. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Educação em saúde. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) e, consequentemente, a AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) constituem importante agravo de saúde pública no Brasil e no mundo. No concernente ao HIV, o cenário da epidemia se modificou ao longo dos anos, refletindo em alterações no perfil das pessoas vitimizadas⁽¹⁾.

No ano de 2014, a World Health Organization - WHO lançou as diretrizes consolidadas sobre prevenção, diagnóstico e tratamento do HIV, além de atenção para as populações-chave. Tais diretrizes visam a conter o aumento da incidência das IST e do HIV, por se constituir uma grave epidemia mundial⁽¹⁾.

No que se refere à AIDS, cuja transmissão se dá

também, e não somente, pela via sexual, desde a década de 1980 até junho de 2013, foram notificados, no Brasil, 686.478 casos dessa doença, sendo 445.197 (64,9%) no sexo masculino e 241.223 (35,1%) no sexo feminino. Em se tratando das mulheres, 86,8% dos casos decorreram de relações heterossexuais⁽²⁾.

A contaminação é multicausal e o desconhecimento de alguns tipos de IST pode englobar o constrangimento de falar sobre o problema, a abordagem deficiente por parte de profissionais de saúde e/ou as relações de poder existentes entre mulheres e homens⁽³⁾, além da falta ou ineficiência de ações educativas que se constitui foco deste artigo.

Nesse enfoque, a melhoria da qualidade da assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e a promoção de um ambiente de aconselhamento podem se tornar possíveis quando o profissional facilita a reflexão a respeito do risco de relações

*Graduada em Enfermagem. E-mail: erikarufino12@gmail.com

**Doutoranda em Enfermagem/UFPB. E-mail: smalyanna@hotmail.com

***Doutora em Enfermagem/UFPB. Professora do Departamento de Enfermagem Clínica da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: oriwell@oi.com.br

****Doutoranda em Enfermagem/UFPB. E-mail: karen_enf@yahoo.com.br

*****Doutora em Gerontologia Biomédica. Professora da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: fernandamchianca@yahoo.com.br

*****Doutora em Enfermagem. Professora da Escola Técnica de Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: simonehsoliveira@gmail.com

sexuais desprotegidas, além de contribuir para a adoção de práticas seguras, promovendo a vivência da sexualidade de maneira saudável⁽⁴⁾.

Apesar do predomínio dos casos no sexo masculino, a velocidade de crescimento da infecção em mulheres heterossexuais demonstra que, nas últimas décadas, houve uma mudança no perfil da doença no Brasil, tendo como causa de contaminação possíveis fatores relacionados ao contexto sociocultural^(5,6). Esse panorama epidemiológico nacional explicita a “feminização” da epidemia de HIV/AIDS, quando ela deixou de ser vinculada somente à imoralidade e passou a adentrar nas relações conjugais⁽⁷⁾.

Até o momento, o conhecimento associado ao uso regular do preservativo constitui a única alternativa eficaz de prevenção pela via sexual, tanto do HIV quanto das IST⁽⁸⁾. Porém, por envolver inúmeros aspectos socioculturais, a negociação do sexo seguro é restrita, pois ainda que as mulheres compreendam sua vulnerabilidade, muitas delas sabem que seu poder para reduzir ou eliminar o risco é limitado pelo parceiro, e outras ainda tratam a confiança e a fidelidade como elementos vinculados à proteção^(6,7).

Desta feita, é sabido que o conhecimento por si só não é garantia da adoção de comportamentos preventivos; porém, o conhecimento adequado sobre as formas de prevenção e transmissão de IST/AIDS, e o entendimento de susceptibilidade e risco, através do desenvolvimento de atividades educativas, pode favorecer condutas preventivas, como o uso do preservativo.

Diante do exposto, faz-se crescente a necessidade da realização de educação em saúde com avaliação dos efeitos pós-intervenção, no sentido de ampliar o conhecimento a respeito de proteção contra IST/AIDS da população feminina e permitir a consequente redução do risco de contaminação em mulheres. Logo, objetivou-se avaliar o conhecimento de mulheres sobre prevenção, transmissão e percepção de vulnerabilidade às IST/HIV.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa “antes e depois”, descritiva, de abordagem quantitativa. A amostra por acessibilidade, a partir de abordagem por livre demanda no serviço, foi

constituída por 30 usuárias de uma USF Integrada, do município de João Pessoa-PB, Brasil, maiores de 18 anos e que tinham iniciado a vida sexual.

A coleta dos dados foi realizada no mês de fevereiro de 2014, por meio da abordagem individual de mulheres na sala de espera, que responderam ao questionário proposto antes e após a realização de atividade educativa, através de exposição dialogada sobre as principais infecções sexualmente transmissíveis com definições, formas de transmissão e prevenção, incluindo o HIV. Houve uso de tecnologia multimídia para facilitar a compreensão das mulheres sobre as temáticas.

O questionário envolveu questões sociodemográficas, histórico sexual/reprodutivo, hábitos de vida, prevenção e transmissão de IST/HIV, e percepção de vulnerabilidade a estas enfermidades. Importa salientar que, no instrumento, alguns questionamentos utilizam a palavra “AIDS” em vez de “HIV”, justamente para favorecer a compreensão das mulheres, tendo em vista que o primeiro termo é mais disseminado no senso comum. Durante os testes-pilotos realizados com 10 mulheres, as quais não fizeram parte da amostra final, ficou explícita a necessidade de modificação desta terminologia para melhor adequar as indagações ao contexto das participantes.

Após a entrega do instrumento respondido, foi realizada apenas uma ação educativa individualizada com duração média de 15 minutos, focalizando especialmente o objeto investigado. Imediatamente após a ação, foi entregue um novo instrumento com as mesmas perguntas. Então, os questionários antes e após a intervenção educativa foram analisados e comparados.

Os dados foram armazenados, compilados e analisados com o auxílio do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20.0. Realizou-se uma análise descritiva e associações entre as variáveis, apresentadas em formas de frequências e percentuais. Para as associações, utilizou-se o teste Qui-Quadrado, comparando-se os resultados pré e pós-intervenção educativa. Foi atribuído intervalo de confiança de 95%, com nível de significância de 5%.

Para a realização da pesquisa, foram obedecidos todos os critérios estabelecidos na Resolução 466/2012⁽⁹⁾, que versa sobre pesquisas

com seres humanos. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CEP/CCS/UFPB), sendo aprovada com o CAAE nº 25593013.7.0000.5188.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes do estudo encontraram-se na faixa etária entre 18 e 49 anos (Média = 29,93 anos e DP = 9,366), 24 (80,0%) se classificaram como pardas/multas/morenas, 16 (53,3%) possuem ensino fundamental (43,3% incompleto e 10% completo), 11 (36,7%) vivem em união estável, 26 (86,7%) afirmaram ser católicas, 14 (46,7%) relataram sobreviver com renda mensal entre um e dois salários mínimos.

As características sociodemográficas são variáveis importantes a serem consideradas, pois podem influenciar hábitos de vida de uma população. Os dados supracitados demonstram que a maior parte das entrevistadas se encontra na classe econômica menos favorecida, ou seja, classe econômica baixa, considerando o aglomerado subnormal em que vivem.

Sobre a escolaridade, como as mulheres usuárias da USF do estudo residem em aglomerado

subnormal, o censo de 2010 explicitou que apenas 1,6% da população residente nessa localidade concluiu curso superior, enquanto o percentual nas demais áreas urbanas chegou a 14,7%⁽¹⁰⁾. As desigualdades socioeconômicas e o déficit no acesso à educação e aos serviços de saúde em nosso país se configuram como estruturantes da vulnerabilidade relacionada à IST/AIDS⁽¹¹⁾.

A idade na primeira relação sexual variou dos 13 aos 28 anos, sendo que 19 (63,4%) mulheres estavam na faixa etária de 13 a 17 anos. Nota-se que a maioria teve iniciação sexual antes da maioridade, evidenciando a precocidade da sexarca. Iniciar a vida sexual mais cedo tem se tornado uma realidade entre os jovens; talvez o apelo sexual veiculado entre as diversas mídias de forma intensa e corriqueira tenha contribuído para essa prática.

Sobre isto, estudo publicado em 2009, realizado com 3.822 mulheres acima de 17 anos, em 13 cidades brasileiras, as participantes que vivem com HIV/AIDS apresentaram início da vida sexual mais precocemente em relação às que não viviam com a doença, mostrando que a sexarca precoce pode potencializar o risco de infecção pelo vírus⁽¹²⁾.

Tabela 1. Distribuição das variáveis relacionadas aos hábitos sexuais das participantes. João Pessoa, PB, 2014.

Variáveis (n=30)		N	%
Uso do preservativo na primeira relação sexual?	Sim	10	33,3
	Não	20	66,7
Gravidez	Sim	26	86,7
	Não	04	13,3
Gravidez não planejada	Sim	18	60,0
	Não	08	26,7
	Não se aplica	04	13,3
Parceria sexual	Parceria fixa	22	73,3
	Parceria casual	02	6,7
	Sem parceiro	06	20,0
Uso de método contraceptivo?	Sim	15	50,0
	Não	15	50,0

Verifica-se que, das entrevistadas, 20 (66,7%) afirmaram não ter usado preservativo na primeira relação sexual, 26 (86,7%) já engravidaram alguma vez e 18 (60%) tiveram pelo menos uma gravidez não planejada. Agravando este problema, 15 (50%) participantes referiram não utilizar nenhum método contraceptivo em suas relações sexuais.

Além disso, 22 (73,3%) mulheres possuíam parceria fixa no momento. No decorrer das entrevistas, foram ouvidos alguns relatos de

mulheres que afirmavam possuir relacionamentos estáveis e/ou duradouros com seus parceiros e que, por isso, não utilizavam preservativo em suas relações sexuais. Porém, apesar de não se protegerem, muitas dessas também afirmavam não confiar no parceiro e reconheciam sua susceptibilidade às IST, mas não conseguiam negociar o uso do método contraceptivo com eles.

A grande influência masculina ao longo do processo histórico relacionada ao uso do

preservativo obrigou as mulheres a ocuparem uma posição de submissão na relação conjugal⁽⁶⁾. Devido à limitação da utilização da camisinha masculina, em face da dependência do uso pelo companheiro, o direito das mulheres de livre escolha e autonomia é afetado ante recusa de uso pelo parceiro⁽⁸⁾.

Diante desta limitação, o direito de livre escolha e autonomia das mulheres torna-se minguado ou mesmo inexistente, de forma que as mulheres se arriscam nas relações sexuais ao se submeterem a esta recusa. O problema salienta que a questão cultural é muito forte no Brasil, cuja convivência feminina ao risco é um entrave à mudança de comportamento sexual das coletividades.

Das mulheres que utilizam algum método contraceptivo, seis (42,85%) usavam pílula, quatro (28,57%), o anticoncepcional injetável, três (21,42%) utilizavam a camisinha, e uma (7%) não mencionou o método. O que se observa é que apenas 50% das participantes referem utilizar métodos contraceptivos, e aquelas que o fazem, utilizam métodos eficazes na prevenção de gravidez, porém que não as eximem de adquirirem qualquer IST, mantendo a vulnerabilidade ao adoecimento.

Importa salientar que a ação de utilizarem métodos contraceptivos que não dependem do parceiro, aponta a relação existente entre a problemática envolvendo as IST e as relações de gênero, em que as mulheres utilizam os métodos que, diante das possibilidades, estão dentro da sua autonomia, consolidando a relação de dependência da mulher ao desejo do parceiro frente ao uso da camisinha.

Posto isto, estudo descritivo, realizado com gestantes que vivem com HIV assistidas em um Hospital Universitário do Brasil, verificou que o Planejamento Familiar que é proposto no país não é seguido à risca, pois as mulheres engravidaram em vulnerabilidade aparente, não aderindo conscientemente ao programa. Em outras palavras, o grupo pesquisado não utilizou o preservativo para prevenção de gestação, tampouco para reduzir os ciclos de contaminações pela doença⁽¹³⁾.

Apesar de haver particularidades em cada investigação, tanto a pesquisa com gestantes, quanto o presente estudo apresentam uma semelhança: as mulheres se expõem/expuseram ao risco de contaminação e/ou perpetuam a epidemia

da AIDS a partir do não uso consciente do preservativo.

Quando questionadas sobre as fontes de informação a respeito de IST/AIDS, apenas 11 (36,7%) afirmaram ter ouvido falar por meio de profissionais de saúde. Importa mencionar que, durante o estudo, percebeu-se que muitas mulheres possuíam dúvidas em relação ao assunto. Apesar disso, muitas não as esclarecem com os profissionais, não se sabe se por vergonha ou pela inexistência de um vínculo de confiança.

Assim, o enfermeiro deve buscar usar o ambiente de trabalho como espaço para desenvolver estratégias que promovam diálogo e interação com os usuários, levando em consideração crenças, valores e costumes que cercam o contexto de vida daquela população⁽¹¹⁾.

Em relação à transmissão das IST através do uso de objetos íntimos de outras pessoas, como calcinhas, toalhas e sabonetes, bem como pelo contato com sangue contaminado, o conhecimento aumentou após a intervenção ($p < 0,05$). Apesar de não ter havido diferença significativa, a quantidade de mulheres que afirmou não saber como se transmite foi reduzida para zero, sugerindo que a intervenção foi positiva (Tabela 2).

Em relação às formas de prevenção, houve associação significativa ($p < 0,05$) nas variáveis: sexo com único parceiro, não utilização de objetos íntimos dos outros e compartilhamento de seringas e agulhas. Quanto às vacinas como forma de prevenção, apesar de não ter sido observada diferença significativa, aumentou o índice de mulheres que reconheceram as vacinas para prevenir o HPV e a Hepatite B (Tabela 2).

Ainda com relação às IST, ao perguntar: “Você sabe informar pelo menos uma característica de alguma IST listada abaixo?”, 10 (33,3%) participantes conseguiram relacionar algum sintoma à sua respectiva doença. Pós-intervenção, 26 (86,7%) mulheres fizeram esta correlação, demonstrando a efetividade da estratégia educativa.

Conforme estudo com adolescentes em situação de rua, o conhecimento inadequado sobre IST/AIDS conduzia a uma maior vulnerabilidade aos agravos à saúde. O conhecimento adequado sobre determinada doença é essencial para a adoção de medidas de prevenção, já que saber relacionar os tipos de

IST existentes e suas características é uma forma efetiva de construção de saberes⁽¹¹⁾.

Para o item “Você se considera vulnerável a contrair uma IST?”, quase dobrou a quantidade de mulheres que referiram vulnerabilidade pós-

intervenção. Este achado é importante porque a percepção pode influenciar na mudança de comportamento e, assim, reduzir a exposição ao risco de contaminação.

Tabela 2. Conhecimento das mulheres sobre IST e percepção de vulnerabilidade antes e após intervenção educativa. João Pessoa, PB, 2014.

Variáveis (n=30)	A(N)	A(%)	D(N)	D(%)	p
Modo de transmissão de IST					
Através de sexo sem camisinha	28	93,3	29	96,7	0,933
Pelo uso de objetos íntimos*	15	50,0	25	83,3	0,021
Contato com sangue contaminado	22	73,3	25	83,3	0,011
De mãe para filho**	18	60,0	25	83,3	0,304
Não sei	02	06,7	0,0	0,0	---
Modo de prevenção de IST					
Uso da camisinha em todas relações sexuais	28	93,3	30	100	---
Uso de anticoncepcionais	03	10,0	02	6,7	0,193
Tomando vacinas	10	33,3	18	60,0	0,117
Sexo com único parceiro	16	53,3	11	36,7	0,002
Não usando objetos íntimos* de outras pessoas	19	63,3	25	83,3	0,003
Não compartilhando agulhas e seringas	20	66,7	23	76,7	0,002
Percepção de vulnerabilidade à IST					
Sim	12	40,0	21	70,0	0,106
Não	12	40,0	05	16,7	0,106
Não sabe	06	20,0	04	13,3	0,106
Grau de vulnerabilidade					
Extremamente vulnerável	03	10,0	01	3,3	0,020
Muito vulnerável	02	6,7	04	13,3	0,020
Moderadamente vulnerável	04	13,3	07	23,3	0,020
Pouco vulnerável	05	16,7	12	40,0	0,020
Nada vulnerável	02	6,7	01	3,3	0,020
Não sabe	14	46,7	05	16,7	0,020

De acordo com a tabela 3, após a intervenção, ficou claro que a ADIS é uma doença que afeta o sistema imunológico. Das formas de transmissão, houve aumento no conhecimento em relação à transmissão de mãe para filho durante gravidez, parto e/ou amamentação, sexo com vários parceiros, uso de alicates e objetos perfurocortantes ($p<0,05$), mostrando que estas informações poderiam não estar sendo muito divulgadas.

Em relação às formas de prevenção, a vacinação e ter relações com um único parceiro obtiveram redução após a intervenção. Esses dados fortalecem o papel educativo do profissional de saúde, firmando-o como agente responsável pelo compartilhamento de saberes necessários à adoção de bons hábitos de saúde (Tabela 3).

Quanto à cura, aumentou a quantidade de mulheres que compreenderam que ainda não existe cura para a AIDS. Apesar de ser um assunto amplamente divulgado na mídia há décadas, ainda

existem pessoas que não assimilaram informações básicas a respeito de uma doença tão incidente no país.

Quanto à vulnerabilidade, após a intervenção, notou-se que muitas passaram a compreender melhor o conceito de vulnerabilidade, porém algumas ainda disseram que não se consideram vulneráveis. Houve aumento significativo no quesito “pouco vulnerável”, indicando que algumas passaram a perceber sua vulnerabilidade, mesmo ainda considerando-a pequena, verificando-se que a ação educativa despertou a reflexão sobre seu comportamento sexual.

Considerando a situação da epidemia da AIDS em mulheres, existem alguns aspectos que as tornam vulneráveis à contaminação, como a condição social, o acesso à educação e informação, a saúde e a garantia de respeito aos direitos humanos⁽¹⁴⁾. Todavia, ainda que o sujeito reconheça as formas de infecção e o modo de prevenção das IST/HIV, nem todos aplicam este

conhecimento para se proteger e, assim, aumentam a sua vulnerabilidade⁽¹¹⁾.

Tabela 3. Associação das variáveis acerca do conhecimento de mulheres sobre Aids antes e após intervenção educativa. João Pessoa, PB, Brasil, 2014. (n=30)

Variáveis	A(N)	A(%)	D(N)	D(%)	p
O que é Aids?					
Doença que afeta o sistema imunológico	08	26,7	15	50,0	0,018
Doença sexualmente transmissível, de tratamento difícil	20	66,7	23	76,7	0,429
Doença incurável transmitida por sexo e sangue	16	53,3	23	76,7	0,143
Doença de quem não sabe se prevenir	07	23,3	05	16,7	0,068
Doença de homossexual	01	3,3	04	13,3	0,133
Não sei	02	6,7	01	3,3	0,933
Como a Aids pode ser transmitida?					
Relação sexual sem camisinha	29	96,7	29	96,7	0,967
Contato com sangue contaminado	24	80,0	25	83,3	0,254
Agulhas e seringas compartilhadas	25	83,3	28	93,3	0,310
Fazendo sexo com vários parceiros	23	76,7	22	73,3	0,007
Transfusão de sangue	17	56,7	22	73,3	0,005
Compartilhando sabonetes, toalhas.	02	6,7	07	23,7	0,469
De mãe para filho*	19	63,3	22	73,3	0,015
Alicate de unha e objetos perfuro cortantes	19	63,3	16	53,3	0,000
Talheres, pratos e copos de infectados	02	6,7	01	3,3	0,967
Como se prevenir da Aids?					
Usando camisinha em todas as relações sexuais	29	96,7	27	90,0	0,900
Usando anticoncepcional	04	13,3	02	6,7	0,253
Tomando vacinas	10	33,3	01	3,3	0,033
Fazendo sexo com único parceiro	15	50,0	09	30,0	0,000
Não usando seringas, agulhas, objetos cortantes de outras pessoas	20	66,7	22	73,3	0,230
Evitando contato próximo com pessoas contaminadas	01	3,3	04	13,3	0,867
Existe tratamento para Aids?					
Sim	27	90,0	28	93,3	0,888
Não	01	3,3	02	6,7	
A Aids tem cura?					
Sim	03	10,0	02	6,7	0,014
Não	21	70,0	28	93,3	0,014
Não sabe	06	20,0	0	0,0	0,014
Você se considera vulnerável a contrair Aids?					
Sim	10	33,3	17	56,7	0,001
Não	12	40,0	09	30,0	0,001
Não sabe	08	26,7	04	13,3	0,001
O quanto você se considera vulnerável?					
Extremamente	02	6,7	02	6,7	0,034
Muito	02	6,7	03	10,0	0,034
Moderadamente	04	13,3	04	13,3	0,034
Pouco	04	13,3	09	30,0	0,034
Nada vulnerável	05	16,7	02	6,7	0,034
Não sabe	13	43,3	10	33,3	0,034

Legenda: (A): antes da ação educativa; (D): depois da ação educativa; (*): através de gravidez, parto e/ou amamentação.

Durante as entrevistas, muitas mulheres, apesar de reconhecerem que o uso do preservativo é uma das principais medidas para prevenção das IST/HIV, ficaram em dúvida ao responder esta questão. Logo, ainda que possam se perceber como praticantes de comportamento de risco, não admitem que possam chegar a contrair IST/HIV.

Foi notado ainda que aquelas que responderam “sim” quanto à vulnerabilidade às IST nem sempre respondiam “sim” no quesito da AIDS. Isto leva a refletir sobre os motivos que podem fazer com que elas se sintam vulneráveis às IST e não ao HIV, já

que ambas possuem a principal forma de transmissão em comum. Talvez, o termo “AIDS” gere um medo inconsciente, fazendo com que a mulher negue a sua vulnerabilidade. Embora seja uma doença estigmatizada, o tratamento é acessível, possibilitando viver com qualidade por muitos anos.

A vulnerabilidade está fortemente relacionada ao papel influenciador do homem na escolha e no uso efetivo de métodos contraceptivos⁽¹⁵⁾. Atividades educacionais precisam ser baseadas em técnicas que irão contribuir para que o próprio

sujeito seja capaz de realizar aprendizagens significativas por si só⁽¹⁶⁾.

As ações de educação em saúde não devem ser isoladas, mas como parte do cotidiano de todos os envolvidos⁽¹⁶⁾. A educação é uma variável fundamental para explicar a transformação de fenômenos relacionados à saúde reprodutiva. É um passo importante para a conservação e recuperação da saúde dos indivíduos e das comunidades⁽¹⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intervenção educativa realizada em sala de espera por meio deste estudo foi capaz de gerar aumento significativo no conhecimento das usuárias da unidade a respeito de IST/AIDS. Isso evidencia a importância de tais práticas serem realizadas rotineiramente pelos profissionais como forma de estratégia de promoção da saúde e prevenção de agravos, ainda que em longo prazo.

Um ambiente socializador e participativo, calcado nas necessidades de grupos específicos, com envolvimento de profissionais de saúde, fortalece o papel deste enquanto agente educador e responsável pelas intervenções de promoção à

saúde. A educação em saúde ainda se consiste um desafio, pois, para que possa ser efetiva, precisa ser capaz de transformar atitudes e comportamentos.

Nem sempre o conhecimento é garantia de um comportamento sexual mais responsável. É preciso pensar em ações que visem à maior aderência às práticas sexuais seguras. A mudança de atitudes é gerada a partir da introjeção do senso de responsabilidade despertado e assumido pelo indivíduo, e não por imposição ou obrigação. Portanto, embora a ação educativa realizada tenha resultado em respostas satisfatórias, ainda necessitamos ir além, alçar voos maiores, visando à promoção da saúde.

A partir dos resultados desta pesquisa sugere-se que as práticas de educação em saúde, como parte da sistematização da assistência de enfermagem, sejam constantemente reavaliadas, para que, assim, o profissional de saúde identifique as necessidades de intervenção, contribuindo não só para a redução da incidência de IST/AIDS, como também para a emancipação do indivíduo, favorecendo o desenvolvimento da responsabilização por sua própria saúde.

WOMEN'S KNOWLEDGE ABOUT STI/AIDS: WORKING WITH HEALTH EDUCATION

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the knowledge of women about prevention, transmission and perception of vulnerability for Sexually Transmitted Infection (STI) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) before and after the implementation of health education. This is a "before and after", descriptive study, with quantitative approach, involving 30 users of an Integrated Family Health Unit in João Pessoa, PB, with 18 years old and who have started sexual life. Data collection was conducted in February 2014 by the approach of women in the waiting room, who responded to the interview before and after the intervention. The results were analyzed and compared using the chi-square test. Health education has contributed significantly to increased knowledge of the participants and their perception of vulnerability about STI/AIDS. However, this knowledge does not always produce change in attitude and behavior, making it necessary that nurses recognize the importance of educational practices in their daily lives, not only to reduce the incidence of STI/AIDS, but also for the emancipation of the individual, encouraging the development of the sense of responsibility for their own health.

Keywords: Knowledge. Women. Sexually Transmitted Diseases. Health Education. Nursing.

CONOCIMIENTO DE MUJERES SOBRE ITS/SIDA: INTERVINIENDO CON EDUCACIÓN EN SALUD

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue evaluar el conocimiento de mujeres sobre prevención, transmisión y percepción de vulnerabilidad con relación a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Se trata de un estudio "antes y después", descriptivo, de enfoque cuantitativo, involucrando a 30 usuarias de una Unidad de Salud de la Familia Integrada de João Pessoa-Paraíba-Brasil, mayores de 18 años, con vida sexual iniciada. La recolección de los datos fue realizada en febrero de 2014 por medio del abordaje de mujeres en la sala de espera, que respondieron a la entrevista antes y después de la intervención. Los resultados fueron analizados y comparados, utilizando la prueba de chi-cuadrado. La educación en salud contribuyó significativamente para el aumento del conocimiento de las participantes y de su percepción de vulnerabilidad con respecto a ITS/SIDA. Sin embargo, ni siempre este conocimiento produce cambio de actitud y comportamiento, haciéndose necesario que el enfermero reconozca la importancia de las prácticas educativas en su cotidiano, no solo para la reducción de la

incidencia de ITS/SIDA, sino también para la emancipación del individuo, favoreciendo el desarrollo del sentido de responsabilidad por su propia salud.

Palabras clave: Conocimiento. Mujeres. Enfermedades Sexualmente Transmisibles. Educación en salud. Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. July, 2014. [citado 2014 Oct 10]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/eng%20guias%20pop%20vul%20who-1.pdf?ua=1>.
2. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013. Brasília (DF): MS; 2013.
3. Gomes VLO, Fonseca D da F, Jundi M da G, severo TP. Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina. Esc Anna Nery. [online]. 2011 mar; 15(1):22-30. [citado 2013 nov 19]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100004&lng=en
4. Souza LB de, Cunha D de FF, Ximenes LB, Pinheiro AKB, Viana NFC. Conhecimentos, atitude e prática de mulheres acerca do uso do preservativo. Rev Enferm UERJ [online]. 2011 jan-mar.; 19(1):146-51. [citado 2013 nov 13]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a24.pdf>
5. ampaio J, Santos RC dos, Callou JLL, Souza BBC. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. Saude soc [online]. 2011 mar; 20(1):171-81. [citado 2013 nov 11]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100019
6. Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF de, Nobrega SM da. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. Rev Esc Enferm USP [on-line]. 2012 abr; 46(2):349-55. [citado 2013 nov 14]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/40955/44468>
7. Fonte VRF, Spindola T, Martins ER da C, Francisco MTR, Clos AC, Pinto R da C. Conhecimento de gestantes de um hospital universitário relacionado à prevenção de DST/Aids. Rev Enferm UERJ [online]. 2012 out-dez.; 20(4):493-9. [citado 2014 jan 15]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a14.pdf>
8. Oliveira N da S, Moura ERF, Guedes TG, Almeida PCA. Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de unidades de referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. Saude Soc [online]. 2008 mar; 17(1):107-16. [citado 2014 mar 14]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100010&lng=en
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100010>
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: Sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Resultados do universo do Censo demográfico. Brasília (DF): IBGE; 2010.
11. Luna IT, Costa AGM, Costa MS, Alves MDS, Vieira NFC. Conhecimento e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes em situação de rua. Cienc Cuid Saude [online]. 2013 abr-jun; 12(2):346-55. [citado 2014 mar 14]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18693/pdf>
12. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. Cad Saúde Pública [online]. 2009 jan.; 25(2):321-33. [citado 2014 maio 23]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400014&lng=en
13. Viana RB, Ferreira HC, Santos MLSC dos, Cabrita BAC. Vivências de gestantes soropositivas em relação à assistência de enfermagem: estudo descritivo. Cienc Cuid Saude [online]. 2013 jul-set; 12(3):548-55. [citado 2014 mar 13]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18903/pdf>
14. Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF, Nobrega SM. Vulnerability of women in common-law marriage to becoming infected with HIV/AIDS: a study of social representations. Rev Esc Enferm USP [online]. 2012 Apr; 46(2):7. [citado 2014 Oct 14]. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200012&script=sci_arttext
15. Reis RK, Neves LAS, Gir E. Desejo de ter filhos e planejamento familiar entre casais sorodiscordantes ao HIV. Cienc Cuid Saude [online]. 2013 abr-jun; 12(2):210-18. [citado 2014 mar 13]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16393/pdf>
16. Pinto MB, Santos NCCB, Albuquerque AMA, Ramalho MNA, Torquato IMB. Educação em saúde para adolescentes de uma escola municipal: a sexualidade em questão. Cienc Cuid Saude [online]. 2013 jul-set; 12(3):587-92. [citado 2014 mar 17]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/18470/pdf>
17. Correoso LMV, Tomas CD, Soria YM. Prevención del embarazo en adolescentes. Rev Cubana Enfermer [online]. 2012 abr-jun; 28(2):7. [citado 2014 out 10]. Disponível: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Endereço para correspondência: Érika Cavalcanti Rufino. Rua Irani Almeida de Menezes, 1007, Funcionários II, João Pessoa, Paraíba, CEP: 58050-600.

Data de recebimento: 30/03/2015

Data de aprovação: 16/05/2016