



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

Women who have sex with women: attitudes and practices on prevention of HIV/AIDS

Mulheres que fazem sexo com mulheres: atitudes e práticas sobre prevenção ao HIV/AIDS

Las mujeres que tienen relaciones sexuales con las mujeres: las actitudes y prácticas sobre la prevención del VIH/SIDA

Adélia Dalva da Silva Oliveira¹, Inez Sampaio Nery²

ABSTRACT

Objective: to identify the association between attitudes and practices on prevention of HIV/AIDS for women who have sex with women with age, education level, monthly income and religion. **Methodology:** epidemiological, cross-sectional study, developed through a KAP survey (Knowledge, Attitudes and Practices). Data were collected through a questionnaire available in both physical and electronic format. The sample included 91 women aged over 18 years living in Teresina. The SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences) version 20.0 was used for data processing and identification of associations with statistical significance at $p < 0.05$. **Results:** the associations were evaluated using the chi-square test with significance level of 5%. There was a statistically significant association between attitudes and practices with the level of education and religion ($p < 0.05$). **Conclusion:** women who have sex with women surveyed have practices and attitudes that vulnerabiliza HIV/AIDS. It is vital to the diagnosis of these aspects for the planning of public policies in order to contribute to the formulation of effective and efficient actions involving forms of prevention and transmission of HIV/AIDS focused on this population.

Descriptors: Attitudes and Health Practices. HIV. Aids. Lesbian Women.

RESUMO

Objetivo: identificar a associação entre atitudes e práticas sobre prevenção ao HIV/Aids das mulheres que fazem sexo com mulheres com a faixa etária, grau de escolaridade, renda mensal e religião. **Metodologia:** estudo epidemiológico, transversal, desenvolvido por meio de um inquérito CAP (Conhecimentos, Atitudes e Práticas). Os dados foram coletados por meio de um questionário disponibilizado tanto em formato físico quanto eletrônico. Fizeram parte da amostra 91 mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, residentes em Teresina. O *software SPSS for windows (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 20.0 foi utilizado para processamento dos dados e identificação de associações com significância estatística para $p < 0,05$. **Resultados:** as associações foram avaliadas por meio do teste quiquadrado com níveis de significância de 5%. Houve associação estatística significativa das atitudes e práticas com o grau de escolaridade e religião ($p < 0,05$). **Conclusão:** as mulheres que fazem sexo com mulheres pesquisadas possuem práticas e atitudes que as vulnerabiliza ao HIV/Aids. É de fundamental importância o diagnóstico desses aspectos para o planejamento das políticas públicas, no intuito de contribuir para a formulação de ações efetivas e eficientes envolvendo as formas de prevenção e de transmissão do HIV/Aids voltadas para essa população.

Descritores: Atitudes e Práticas em Saúde. HIV. Aids. Mulheres Lésbicas.

RESUMÉN

Objetivo: identificar la asociación entre las actitudes y prácticas sobre la prevención del VIH/SIDA para las mujeres que tienen relaciones sexuales con las mujeres con la edad, nivel de educación, ingresos mensuales y la religión. **Metodología:** estudio epidemiológico, transversal, desarrollado a través de una encuesta CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas). Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario disponible tanto en formato físico y electrónico. La muestra incluyó a 91 mujeres mayores de 18 años que viven en Teresina. El SPSS para Windows (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20.0 fue utilizado para el procesamiento e identificación de asociaciones con significación estadística de datos en $p < 0,05$. **Resultados:** las asociaciones se evaluaron mediante la prueba de chi-cuadrado con nivel de significancia de 5%. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre las actitudes y prácticas con el nivel de educación y la religión ($p < 0,05$). **Conclusión:** las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres encuestadas tienen prácticas y actitudes que vulnerabiliza VIH/SIDA. Es de vital importancia para el diagnóstico de estos aspectos de la planificación de las políticas públicas con el fin de contribuir a la formulación de acciones eficaces y eficientes que implican formas de prevención y transmisión del VIH/SIDA se centró en esta población.

Descritores: Actitudes y Prácticas de Salud. VIH. SIDA. Mujeres Lesbianas.

¹Enfermeira. Mestre e Doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Piauí. Docente do Centro Universitário Uninovafapi. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: aoliveira@uninovafapi.edu.br

²Enfermeira. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery. Docente da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: ineznery.ufpi@gmail.com

INTRODUÇÃO

As mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) apresentam-se como um desafio para os profissionais de saúde, pois as suas necessidades nessa área dizem respeito não necessariamente às suas características intrínsecas, mas principalmente às consequências das representações que recaem sobre suas atitudes e práticas sexuais, consideradas desviantes em relação ao suposto padrão de normalidade ou saúde implicado na heteronormatividade moralmente vigente.

Durante a prestação dos cuidados, o profissional de saúde deve considerar que qualquer mulher, mesmo grávida, pode ser lésbica ou bissexual, e que o seu universo não é singular, e, invariavelmente, tem a possibilidade de estar envolto em muitas demandas que terminam por amplificar a vulnerabilidade dessas mulheres a situações capazes de comprometer a sua saúde, em especial, a transmissão e infecção do HIV/Aids.

É importante ressaltar que a vulnerabilidade das mulheres que fazem sexo com mulheres à infecção pelo HIV decorre tanto de fatores biológicos, sociais, econômicos, culturais, as questões de gênero e a anuência pela sociedade da violência contra a mulher, comuns a todas as mulheres; quanto a baixa percepção de risco em relação à infecção pelo vírus, pois uma parcela das mulheres que fazem sexo com mulheres considera-se imune ao HIV, por acreditar que a monogamia, a identidade lésbica e/ou as relações heterossexuais eventuais não repercutirão no seu estado sorológico e na sua saúde sexual.

Trabalhos recentes mostraram evidências clínicas de que as mulheres lésbicas e bissexuais podem contrair o HIV, pois o contato com sangue menstrual e secreções vaginais, o uso de brinquedos sexuais, tem o potencial de transmissão do HIV, bem como de outras DST - sífilis, hepatites B e C e o papiloma vírus humano -, caso a relação sexual seja mais ou menos traumática⁽¹⁾.

No entanto, as atitudes e as práticas sexuais entre mulheres são pouco conhecidas e não há muitos estudos envolvendo esse segmento populacional. Por isso, é importante reconhecer que as mulheres que fazem sexo com mulheres têm atitudes e práticas não uniformes e diferem também quando estão com suas parceiras.

É possível, por exemplo, praticar relações homossexuais sem se considerar “homossexual” ou “bissexual”, assim como sentir desejos homossexuais sem manter relações homossexuais. Então, classificar a mulher em lésbica ou bissexual é simplista e não ser capaz de uma realidade tão complexa quanto à do universo sexual, por isso o termo “Mulheres que fazem sexo com Mulheres (MSM)”, foi cunhado por profissionais de saúde como medida de prevenção ao HIV/Aids, sem entrar em questões culturais, de identidade de gênero ou de orientação sexual; e sim, no comportamento sexual dessas mulheres.

Esta pesquisa teve como objetivo identificar a associação entre atitudes e práticas sobre prevenção do HIV/Aids das mulheres que fazem sexo com mulheres com a faixa etária, grau de escolaridade, renda mensal e religião.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido por meio de um inquérito de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP). Foi realizado em Teresina, capital do Piauí. A amostra do estudo foi constituída por 91 mulheres que fazem sexo com mulheres. Esse número foi obtido por meio da fórmula do tamanho amostral para estimar a proporção de uma pesquisa⁽²⁾. Para o cálculo considerou-se 95% de confiança, margem de erro de 5% e prevalência de 6,3% de mulheres homo e bissexuais.

A prevalência utilizada para o cálculo amostral foi obtida da pesquisa intitulada “Mosaico Brasil”, realizada pelo Projeto Sexualidade (Prosex), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. A mesma entrevistou 8.200 pessoas em Belo Horizonte, Brasília, Cuiabá, Curitiba, Fortaleza, Manaus, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo. Os resultados da pesquisa foram divulgados no final de 2008 e foram identificados os percentuais de gays, lésbicas e bissexuais em dez capitais brasileiras. Os resultados apontaram que 4,9% das mulheres são homossexuais e 1,4% são bissexuais, totalizando 6,3%⁽³⁾.

O recrutamento das participantes ocorreu por meio da técnica bola de neve, também divulgada como *snowball technique* ou *snowball sampling* por considerar que as MSM são uma população de difícil localização, dada a baixa visibilidade das mesmas⁽⁴⁾.

Foram incluídas as mulheres com idade igual ou superior a 18 anos e residentes em Teresina. Estudou-se as características sociodemográficas da amostra da pesquisa (faixa etária, grau de escolaridade, renda mensal, religião) e variáveis relacionadas às atitudes e práticas sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids.

Os dados foram coletados por meio de um questionário autoaplicado, apresentado nos formatos físico e eletrônico. Destaca-se que o instrumento utilizado é uma adaptação do aplicado nas pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde em 2004 e 2008, e publicadas em 2005 e 2011, respectivamente⁽⁵⁻⁶⁾.

O primeiro passo para a coleta de dados foi encontrar mulheres que faziam sexo com mulheres e a elas foi realizada a seguinte pergunta: “Quantas mulheres que fazem sexo com mulheres você conhece pessoalmente, sabe o nome, e elas conhecem você?”. Essas mulheres foram as sementes da amostra, aquelas que deram origem a todos os indivíduos amostrados.

Neste estudo, as sementes foram quatro mulheres que fazem sexo com mulheres, acessíveis à pesquisadora, e que fazem parte do seu convívio social. A partir delas, iniciou-se o processo da bola de neve. As primeiras foram consideradas como onda zero, e foi solicitado a cada uma que indicasse o contato de até dez mulheres que faziam sexo com mulheres que elas conhecessem. A onda um foi formada pelas mulheres indicadas pela onda zero que faziam parte da população alvo, mas não fizeram parte da onda zero. A onda dois foi formada pelas mulheres indicadas pela onda um que faziam parte da população alvo, mas não fizeram parte nem da onda zero e nem da onda um. O processo seguiu até que se chegou a sessenta e oito mulheres (68), mas

dez (10) não aceitaram participar da pesquisa e não justificaram o motivo, restando cinquenta e oito (n=58)⁽⁴⁾.

O questionário foi entregue pela pesquisadora às participantes da pesquisa, que explicou os objetivos da mesma. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser assinado. As entrevistas foram previamente agendadas em locais e horários definidos pelas participantes, e cada uma durou em média vinte minutos. O questionário foi autopreenchido e devolvido à pesquisadora após o término das respostas.

Destaca-se que houve dificuldade para acessar outras participantes, principalmente porque as mesmas não queriam expor seu comportamento sexual. Então, para complementar a amostra, hospedou-se o questionário no Google Docs. Antes da hospedagem do questionário eletrônico, foi necessário criar uma conta de e-mail, por meio de um link específico para esse fim (<http://docs.google.com>). Após a hospedagem do questionário, foi gerado um link de acesso ao mesmo (<http://goo.gl/forms/hEzGn8E7AK>).

Para acessar as participantes a fim de complementar a amostra do estudo, realizou-se uma busca em redes sociais que agrupassem mulheres que se autoidentificavam como “lésbicas”. Para essas redes, foi enviada a seguinte mensagem: “Olá, meu nome é Adélia Oliveira, estou fazendo uma pesquisa sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids em mulheres que se relacionam sexualmente com mulheres. Se tiver interesse em participar, me envie seu e-mail e/ou telefone no privado (in box), para que eu possa enviar o questionário da pesquisa. Se puder divulgar a pesquisa para outras mulheres que você conhece, eu agradeço”.

Muitas mulheres demonstraram interesse em participar e enviaram seus endereços de e-mail, e a esses foi enviado o link de acesso ao questionário eletrônico com orientações sobre os objetivos da pesquisa. Ao clicar no link, a participante era direcionada para criar uma conta de e-mail, mas somente para as que ainda não possuíam conta no Google.

A incorporação da necessidade de acessar o questionário apenas por meio do e-mail teve o intuito de garantir a confiabilidade dos acessos, pois dessa forma cada participante só poderia acessar a pesquisa uma única vez. Caso a participante tentasse acessar novamente o questionário, a mesma era alertada que já o havia preenchido.

Após a criação da conta ou da entrada em um e-mail já existente, as participantes tinham acesso ao Termo de Consentimento Livre e esclarecido e somente após clicar em “aceito os termos da pesquisa”, a participante era direcionada para a segunda pergunta utilizada como critério de inclusão: “reside em Teresina?”. Se a resposta fosse “Sim”, o questionário era disponibilizado para ser respondido. Se a resposta fosse “Não”, encerrava-se a entrevista, agradecendo a participante pelo interesse em contribuir.

Ao final das respostas, as participantes clicavam em “enviar”, e os dados eram automaticamente organizados em planilhas. No entanto, a pesquisadora

tinha acesso às respostas individuais em qualquer momento.

A coleta por meio eletrônico foi encerrada quando trinta e três (n=33) questionários foram respondidos em sua totalidade, pois cinquenta e oito (n=58) questionários já haviam sido preenchidos não eletronicamente, totalizando noventa e uma (n=91) participantes, amostra previamente calculada.

Os dados foram coletados pela pesquisadora do estudo no período de julho a outubro de 2015, questionário físico; e de novembro a dezembro de 2015, para o questionário eletrônico, após a aprovação da Emenda encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, justificando a necessidade de complementar a amostra por meio da coleta via Internet, dada a especificidade da população do estudo.

Inicialmente, foi feita uma revisão, codificação das variáveis e elaboração manual dos questionários. As respostas das perguntas foram digitadas no Microsoft Excel e exportadas para software SPSS for windows (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0, utilizado para a realização das análises estatísticas, do qual foram geradas as tabelas e os gráficos.

Para validar o processo de digitação, optou-se por uma dupla digitação. Dessa forma, todos os questionários foram digitados e redigitados pela pesquisadora, em um intervalo de duas semanas, para verificação de possíveis discordâncias. Ao fim da dupla digitação, as informações discordantes entre as duas digitações, eram elucidadas pela consulta ao questionário.

Foi realizada análise descritiva a partir dos números absolutos e dos percentuais das categorias de respostas das variáveis. O nível de significância do teste foi de 5% ($p < 0,05$). As associações foram feitas por meio do teste qui-quadrado. A discussão foi fundamentada na literatura já produzida sobre a transmissão e prevenção do HIV/Aids.

Buscou-se identificar por meio do teste qui-quadrado a associação entre as atitudes e as práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids, com as características da amostra faixa etária, grau de escolaridade, renda mensal e religião. A significância estatística foi fixada em $p < 0,05$.

Quanto à determinação de atitudes, o instrumento foi composto de declarações positivas e negativas sobre os aspectos que envolvem a transmissão e prevenção do HIV/Aids. Foi utilizada uma escala adaptada⁷, em que cada declaração veio seguida de alternativas. A cada uma dessas alternativas, atribuiu-se um valor numérico correspondendo à direção negativa ou positiva da declaração, sendo que a atitude mais positiva totalizou 5 pontos, o que correspondeu a 100%.

Para classificar a prática das mulheres, o instrumento foi composto de declarações positivas e negativas sobre os aspectos que envolvem a transmissão e prevenção do HIV/Aids. Foi utilizada uma escala, em que cada declaração veio seguida de duas alternativas, “sim” e “não”. Optou-se por dois intervalos, que corresponderam às seguintes classificações: prática adequada ou inadequada.

Considerando as exigências formais contidas na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) - CAAE 39081614.3.0000.5214 e Parecer n. 1.346096.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observa-se, conforme Tabela 1, que a maioria das mulheres entrevistadas estava na faixa etária de 26 a 33 anos; informou ter cursado o ensino médio completo; têm renda mensal entre 1 a 4 salários mínimos; é católica e já viveu com companheira e não vive mais.

A Tabela 2 demonstra associação estatística significativa das atitudes das participantes com grau de escolaridade, nos quesitos sobre adoção de métodos de prevenção contra o vírus da aids e redução do risco de transmissão do vírus da aids em relação sem penetração.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra. Teresina-PI, 2015 (n=91)

Variáveis		n	%
Faixa Etária	18 a 25	26	28,57
	26 a 33	31	34,06
	34 a 41	22	24,17
	42 a 49	10	10,99
	50 a 57	2	2,21
Grau de escolaridade	Ensino fundamental incompleto	1	1,09
	Ensino fundamental completo	2	2,21
	Ensino médio incompleto	2	2,21
	Ensino médio completo	42	46,15
	Superior incompleto	14	15,38
	Superior completo	15	16,48
Renda Mensal (SM)	Pós-graduação	15	16,48
	< 1	30	32,97
	1 a 4	48	52,75
Religião	5 a 8	13	14,28
	católica	58	63,74
	evangélica	2	2,21
	espírita	8	8,79
	umbanda / candomblé	1	1,09
outras religiões	6	6,59	
	não tem religião	16	17,58

Fonte: Pesquisa Direta

Tabela 2 - Associação das atitudes das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com grau de escolaridade. Teresina-PI, 2015 (n=91)

Questão	Resposta	Escolaridade						Total	Valor de p	
		Até ensino médio		Superior incompleto		Superior ou pós				
		n	%	n	%	n	%			
Seu conhecimento sobre HIV é suficiente para se prevenir?	Sim	21	44,69	12	92,31	8	25,81	41	45,05	-
	Não	24	51,06	1	7,69	20	64,52	45	49,45	
	Não sei/não responde	2	4,25	-	-	3	9,67	5	5,50	
Adota métodos de prevenção?	Sim	28	59,57	14	100	16	53,33	58	63,74	0,032
	Não	18	38,30	-	-	14	46,67	32	35,16	
	Não sei/não responde	1	2,13	-	-	-	-	1	1,10	
Duas pessoas infectadas podem não usar preservativos?	Sim	8	17,39	-	-	4	12,90	12	13,19	0,164
	Não	30	65,22	14	100	21	67,75	65	71,43	
	Não sei/não responde	8	17,39	-	-	6	19,35	14	15,38	
Relação sem penetração reduz o risco de transmissão?	Sim	23	50,00	5	35,71	5	16,13	33	36,26	0,010
	Não	20	43,48	9	64,29	18	58,06	47	51,65	
	Não sei/não responde	3	6,52	-	-	8	25,81	11	12,09	
HIV ocorre em homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas?	Sim	2	4,35	-	-	-	-	2	2,20	0,744
	Não	43	93,48	14	100	31	100	88	96,70	
	Não sei/não responde	1	2,17	-	-	-	-	1	1,10	

Fonte: Pesquisa Direta.

A Tabela 3 apresenta a associação estatística significativa das atitudes com religião da amostra estudada. Essa associação aparece em dois momentos, quando as mulheres são questionadas sobre o que conhecem acerca do HIV ser suficiente para prevenirem-se; e, se adotam métodos para prevenção contra o vírus da aids.

Há associação estatística significativa das práticas com grau de escolaridade das mulheres pesquisadas quando as mesmas foram questionadas sobre se

tiveram relações casuais com mulheres no último mês e se fez teste para aids alguma vez na vida, conforme Tabela 4.

Os resultados apontam que há associação estatística significativa das práticas com a religião das mulheres entrevistadas, quando as mesmas foram questionadas sobre se tiveram relações casuais com mulheres no último mês e se fizeram teste para aids alguma vez na vida, de acordo com a Tabela 5.

Tabela 3 - Associação das atitudes das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com religião. Teresina-PI, 2015 (n=91)

Questão	Respostas	Religião				Total		Valor de p
		Com religião		Sem religião		n	%	
		n	%	n	%			
Seu conhecimento sobre HIV é suficiente para se prevenir?	Sim	40	54,05	1	5,88	41	45,05	0,001
	Não	30	40,55	15	88,24	45	49,45	
	Não sei/não responde	4	5,40	1	5,88	5	5,50	
Adota métodos de prevenção?	Sim	54	72,98	4	23,53	58	63,74	0,000
	Não	19	25,67	13	76,47	32	35,16	
	Não sei/não responde	1	1,35	-	-	1	1,10	
Duas pessoas infectadas podem não usar preservativos?	Sim	11	14,86	1	5,88	12	13,19	0,554
	Não	51	68,92	14	82,35	65	71,43	
	Não sei/não responde	12	16,22	2	11,76	14	15,38	
Relação sem penetração reduz o risco de transmissão?	Sim	29	39,19	4	23,53	33	36,26	0,374
	Não	37	50,00	10	58,82	47	51,65	
	Não sei/não responde	8	10,81	3	17,65	11	12,09	
HIV ocorre em homossexuais masculinos, prostitutas e usuários de drogas?	Sim	2	2,70	-	-	2	2,20	0,788
	Não	71	95,95	17	100,00	88	96,70	
	Não sei/não responde	1	1,35	-	-	1	1,10	

Fonte: Pesquisa Direta

Tabela 4 - Associação das práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com grau de escolaridade. Teresina-PI, 2015 (n=91)

Questão	Resposta	Escolaridade						Total		Valor de p
		Até ensino médio		Superior incompleto		Superior ou pós		n	%	
		n	%	n	%	n	%			
Já usou preservativo feminino?	Sim	27	58,70	10	71,43	14	45,16	51	56,04	0,281
	Não	19	41,30	4	28,57	17	54,84	40	43,96	
Teve relações casuais com mulheres no último mês?	Sim	21	45,65	-	-	11	35,48	32	35,16	0,031
	Não	25	54,35	14	100	20	64,52	59	64,84	
Teve relação desprotegida durante a menstruação?	Sim	31	67,39	8	57,14	16	51,61	55	60,44	0,310
	Não	15	32,61	6	42,86	15	48,39	36	39,56	
Compartilha acessórios durante a relação?	Sim	21	45,65	10	71,43	19	61,29	50	54,95	0,717
	Não	25	54,35	4	28,57	12	38,70	41	45,05	
Fez teste para aids alguma vez?	Sim	27	58,70	13	92,86	13	41,94	53	58,24	0,004
	Não	19	41,30	1	7,14	18	58,06	38	41,76	

Fonte: Pesquisa Direta

Tabela 5 - Associação das práticas das mulheres que fazem sexo com mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids com religião. Teresina-PI, 2015 (n=91)

Questão	Resposta	Religião				Total	Valor de p	
		Com religião		Sem religião				
		n	%	n	%			
Já usou preservativo feminino?	Sim	44	59,46	7	41,18	51	56,04	0,152
	Não	30	40,54	10	58,82	40	43,96	
Teve relações casuais com mulheres no último mês?	Sim	30	40,00	2	12,50	32	35,16	0,024
	Não	45	60,00	14	87,50	59	64,84	
Teve relação desprotegida durante a menstruação?	Sim	52	70,27	3	17,65	55	60,44	0,000
	Não	22	29,73	14	82,35	36	39,56	
Compartilha acessórios durante a relação?	Sim	42	56,75	8	47,06	50	54,95	0,497
	Não	32	43,24	9	52,94	41	45,05	
Fez teste para aids alguma vez?	Sim	47	63,51	6	35,29	53	58,25	0,028
	Não	27	36,49	11	64,71	38	41,75	

Fonte: Pesquisa Direta

DISCUSSÃO

O perfil das participantes foi obtido por meio do levantamento de dados de noventa e uma (91) mulheres que fazem sexo com mulheres. A idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 53, com variação de 18 a 57 anos. A maioria das participantes apresentava idade entre 26 e 33 anos, sendo que a idade média foi de 29,5 anos, representando uma amostra caracterizada por mulheres adultas jovens.

Ao analisar o grau de escolaridade, constatou-se que 42 (46,15%) das mulheres concluíram o ensino médio e não houve participante sem escolaridade, demonstrando qualificação da amostra. Esse resultado é inconsonante com os dados obtidos em 2013 na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio - PNAD, que mostra que na Região Nordeste a média de anos de estudo é de 5,9. Entre a população com 18 anos ou mais, a média é de 7,4, bem abaixo do esperado, já que esse grupo tem idade suficiente para haver concluído pelo menos o ensino médio, o que representaria 11 anos de estudo. A PNAD indica que o aumento da idade não significa necessariamente mais anos na escola. No grupo de pessoas com 25 anos ou mais, o número médio de anos estudados cai para 7. A pesquisa aponta também que 22,8% da população não têm instrução ou não concluiu sequer a 4ª série do ensino fundamental⁽⁸⁾.

A escolaridade da população adulta é um importante indicador de acesso ao conhecimento e também compõe o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Em Teresina, em 2010, 64,21% da população de 18 anos ou mais tinha completado o ensino fundamental e 45,78% o ensino médio, demonstrando baixo grau de escolaridade da população teresinense⁽⁹⁾.

No que se refere à renda mensal, houve predominância de mulheres que tinham renda mensal entre um (01) e quatro (04) salários mínimos, totalizando 48 (52,75%). Esse índice salarial está acima da média do estado, mas compatível com a qualificação da amostra. De acordo com a Pesquisa

do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, realizada em 2010, o rendimento nominal mensal domiciliar *per capita* da população residente no Piauí era de R\$ 659,00, valor abaixo do salário mínimo nacional que em 2014 era de R\$ 724,00, sendo que a média nacional ficou em R\$ 668,00. Considerando apenas as 26 capitais, Teresina aparece entre os piores resultados. Com um rendimento nominal domiciliar *per capita* médio de R\$ 636,00/mês, ocupando a penúltima colocação no *ranking*, à frente apenas de Macapá (AP), que apresentou R\$ 631/mês no mesmo indicador⁽¹⁰⁾.

Quanto à religião, 58 (63,74%) das participantes autodeclararam como católicas. Esse resultado já era esperado, pois o catolicismo tem sido a principal religião do Brasil desde o século XVI. Segundo dados do IBGE, o Brasil ainda é a maior nação católica do mundo, totalizando 64,6% de católicos no país, de acordo com o censo de 2010. Em Teresina, o número de católicos chega a 652.822 pessoas, o que corresponde a 86% da população. Esse é o maior percentual entre todas as capitais brasileiras. A religiosidade católica da capital é um reflexo do que se pode constatar em todo o estado, no qual 89% da população é católica⁽¹⁰⁾.

Ao relacionar as atitudes e as práticas com as variáveis faixa etária, renda mensal, grau de escolaridade e religião, observou-se que não houve associação significativa com faixa etária e renda mensal ($p > 0,05$); no entanto, houve associação com grau de escolaridade e religião.

A relação entre escolaridade e conhecimento sobre prevenção e transmissão do HIV/Aids, nessa pesquisa, pode ser explicada pelo alto grau de instrução da maioria das mulheres entrevistadas. Foi verificado que as mulheres com menor escolaridade são mais vulneráveis a se infectarem com HIV⁽¹¹⁾.

Levantamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, com base nos dados do Centro de Referência e Treinamento (CRT) em DST/Aids, aponta que quanto maior o nível de escolaridade, maior é a procura por testes gratuitos de HIV na rede pública. Das 5,6 mil pessoas que realizaram exames

no CRT em 2011, 45,9% declararam ter estudado 12 anos ou mais, com ensino superior completo, e 37% estudaram durante oito a 11 anos. Apenas 6,9% dos que fizeram o exame estudaram por sete anos ou menos, o que significa não ter concluído nem mesmo o ensino fundamental. Os demais não souberam informar por quanto tempo estudaram⁽¹²⁾.

A epidemia de Aids no Brasil inicia seu percurso entre indivíduos de grau de escolaridade elevado, mas em seguida passa a se disseminar entre indivíduos de baixo grau de escolaridade, havendo uma evidente relação entre vulnerabilidade e acesso regular à escola⁽¹³⁾.

O aumento da escolaridade está associado à diminuição das práticas de risco para a transmissão das DST, e a baixa escolaridade tem sido utilizada como indicador da pauperização das pessoas acometidas pelas DST, sendo mais evidente entre as mulheres, o que corresponde ao processo de feminização da epidemia. Dados epidemiológicos têm mostrado que, na região Sudeste do Brasil, a maioria dos casos de DST entre mulheres se manifesta entre as que apresentam baixa escolaridade, entre ensino fundamental incompleto ou ensino médio completo⁽¹⁴⁾.

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2008, de conhecimento, atitudes e práticas da população brasileira sobre DST/HIV/AIDS, mostrou, também, que o maior grau de escolaridade implica um maior conhecimento sobre o tema⁽⁶⁾. O elevado número de casos em estratos de menor escolaridade remete à deficiência na cobertura dos sistemas de vigilância e de assistência médica, entre os menos favorecidos economicamente⁽¹⁵⁾.

Os resultados apresentados nesta pesquisa mostram que a escolaridade é uma variável importante, pois reporta a compreensão de que quanto menor o nível educacional, menos acesso às informações essas pessoas têm, apontando que o grau de escolaridade está relacionado com o conhecimento das mulheres entrevistadas sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids, pois a maioria, 68%, apresentou conhecimento considerado regular sobre o tema abordado.

A maioria da amostra estudada era de mulheres católicas e houve associação entre o conhecimento, as atitudes e as práticas dessas mulheres sobre a prevenção e transmissão do HIV/Aids e a religião. Esse resultado pode estar relacionado com a tradição histórica da igreja católica em apresentar uma visão restritiva para o exercício da sexualidade na era do HIV/Aids. Neste sentido, como a sexualidade situa-se num corpo construído por uma cultura - por crenças, valores e subjetividades -, então a religião, como foi demonstrado nessa pesquisa, tem influência na forma de ser, pensar e agir das mulheres entrevistadas.

“A ciência e a religião são onipresentes na sociedade humana, elas permeiam a existência humana e se interpenetram”⁽¹⁶⁾. Assim, podemos pensar na questão da sexualidade humana como algo ligado às construções sociais e, portanto, não desvinculada da religião, que se mantém com um papel regulador da moral nas sociedades.

Em relação à sexualidade, a visão religiosa tradicional não sofreu mudanças significativas, pois,

de acordo com ela, as pessoas podem exercer a sua sexualidade de modo “normal”, que é a heterossexualidade, ou de modo “anormal”, que é qualquer forma que não seja a heterossexual, considerados por ela como desvios sexuais. Nesse sentido, esses desvios são vistos sob a ótica da possessão demoníaca e, se a questão é possessão de espíritos malignos, subentende-se que após o exorcismo a cura será imediata. Também são vistos sob a ótica da imoralidade e do desvio de caráter - exigindo-se do pecador arrependimento e busca de santidade -, ou ainda sob a ótica médica como desvio de personalidade e comportamento; nesse caso, orienta-se a procura de um profissional, geralmente um psicólogo.

Essa visão da religião sobre o exercício da sexualidade é um discurso geracional e que pode influenciar conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres que fazem sexo com mulheres. As normas que garantem a heterossexualidade podem não ser escritas nem explícitas, mas são sutis, onipresentes e inflexíveis. Fazem parte do contexto social, em que o mais rápido deslize é recriminado e punido por um conjunto de disposições e práticas de controle e regulação do corpo-espécie⁽¹⁷⁾.

CONCLUSÃO

Estamos vivenciando a terceira década do surgimento do HIV/Aids, e o acesso no campo da aids no Brasil encontra-se formalmente em sintonia com os princípios que regem o SUS, por meio da disponibilização de tratamento antirretroviral com alcance universal para os usuários portadores do HIV e da implementação de políticas de saúde envolvendo prevenção, diagnóstico precoce, transmissão vertical e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids.

As mulheres que fazem sexo com mulheres pesquisadas possuem práticas e atitudes que as vulnerabiliza ao HIV/Aids. É de fundamental importância o diagnóstico desses aspectos para o planejamento das políticas públicas, no intuito de contribuir para a formulação de ações efetivas e eficientes envolvendo as formas de prevenção e de transmissão do HIV/Aids voltadas para essa população.

É importante que as políticas públicas garantam investimentos em ações mais abrangentes para a promoção da saúde integral das mulheres que fazem sexo com mulheres, juntamente com políticas públicas intersetoriais articuladas para a redução das desigualdades socioeconômicas de gênero, de promoção da autonomia econômica e financeira e empoderamento dessas mulheres, reconhecendo e protegendo a garantia do seu direito formal à autonomia e à liberdade sobre o seu corpo e sexualidade, em todas as fases da vida como dimensão fundamental da vida e saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mora CM, Monteiro S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. Rev Estud Fem [Internet]. 2013 Dec [Cited 2014 May 09]; 21(3):905-26. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2013000300008&lng=pt&nrm=iso.

2. Lewis JR. Samples Size Estimation and use Substitute Audiences. 2001 Jan 03. [Cited 2014 May 03]. Available from: <http://drjim.0catch.com/samsize-ral.pdf>.

3. Abdo C. Mosaico Brasil. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Projeto Sexualidade (PROSEX) USP. São Paulo; 2008. [Cited 2014 Sep 18]. Available from: http://sites2.uai.com.br/tva/ja2/projeto_mosaico_brasil_coletiva_rj_mg.pdf.

4. Dewes JO. Amostragem em bola de neve e Respondent-Driven Sampling: Uma descrição dos métodos [Monografia]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [Cited 2016 Mar 12]. Available from: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2005/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2004>.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira de 15 a 64 anos 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [Cited 2014 Apr 02]. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2009/40352/pcap_2008_f_pdf_13227.pdf.

7. Araújo TME. Vacinação infantil: conhecimentos, atitudes e práticas da população da área Norte/Centro de Teresina/PI [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD). Rio de Janeiro; 2014 [Cited 2015 Dec 10]. Available from: http://ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=149.

9. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano; 2015 [Cited 2015 Dec 11]. Available from: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/teresina_pi.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [Cited 2014 May 12]. Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.

11. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe E. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. Cad Saúde Pública. 2009; 25(2): s321-33.

12. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo; 2012 [Cited 2015 Dec 20]. Available from: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2012/janeiro/estudo-vincula-escolaridade-a-interesse-por-teste-preventivo-de-hiv>.

13. Fonseca MG, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. Aids e grau de

escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. Cad Saúde Pública. 2000; 16(supl 1): 77-87.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 [Cited 2014 June 15]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_s_em_homofobia.pdf.

15. Rodrigues-Junior AL, Castilho EA. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. Rev Soc Bras Med Trop. 2004 Aug; 37(4):312-7.

16. Peters T, Bennett G. Construindo pontes entre a ciência e a religião. São Paulo: Edições Loyola; 2003.

17. Prado MAM, Machado FV. Preconceito contra homossexualidades: hierarquia da invisibilidade. São Paulo: Cortez; 2008.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2016/04/06

Accepted: 2016/07/10

Publishing: 2016/09/01

Corresponding Address

Adelia Dalva da Silva Oliveira

Endereço: Centro Universitário Uninovafapi

Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 - Uruguai

CEP: 64073-505 | Teresina - Piauí

E-mail: aoliveira@uninovafapi.edu.br