DANIELA ANGELO DE LIMA

***A MULHER COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 ANOS E A
EPIDEMIA DE AIDS: PERCEPÇÃO E AÇÕES DE MORADORAS
DE UMA COMUNIDADE DE BAIXA RENDA***

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem
Obstétrica e Neonatal

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Neide de
Souza Praça

SÃO PAULO

2006

Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP

Lima, Daniela Angelo de

A mulher com idade igual ou superior a 50 anos e a epidemia de aids: percepção e ações de moradoras de uma comunidade de baixa renda. / Daniela Angelo de Lima. – São Paulo: D.A. Lima; 2006. 200p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Neide de Souza Praça

1. AIDS 2. Saúde da mulher 3. Saúde do idoso 4. Pesquisa qualitativa 5. Antropologia médica 6. Enfermagem I. Título.

]DEDICATÓRIA

A Deus que me fortalece e conduz na realização de meus sonhos

A meus amados pais, Vera e Cirilo, pelo amor, carinho, incentivo e exemplo de vida, por me ensinarem a transpor os obstáculos para alcançar os meus objetivos

A meu namorado, Fernando, pelo amor, companheirismo e compreensão durante todos os anos de relacionamento

Às minhas amigas que sempre acreditaram em mim e incentivaram meu aperfeiçoamento profissional e pessoal

A meus amados irmãos, Luciana e Tiago, meus grandes amigos, pelo amor, carinho, compreensão e ajuda oferecida em todos os momentos da minha vida

À minha família, que sempre me apoiou e serviu de fonte de amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Neide de Souza Praça, a quem admiro e respeito, pela dedicação em me orientar neste e em outros trabalhos realizados, pela confiança, apoio e incentivo em meu aperfeiçoamento desde a graduação

Às Professoras Doutoras Roselena Bazilli Bergamasco e Cássia Baldini Soares, pela participação no Exame de Qualificação com valiosas observações

À Mia Umeda, Chefe da Unidade Básica de Saúde Jardim São Jorge, pelo consentimento na realização desta pesquisa na área de abrangência da Equipe Laranja do Programa Saúde da Família (PSF) e pelo apoio oferecido durante todo o trabalho

A colegas de trabalho da Equipe Laranja do PSF Jardim São Jorge, Adriana, Elionette, Erenice, Gislene, Gustavo, Maria Eunice, Regina, Rosângela, Simone e Thaís, pelo apoio, compreensão e amizade

Às enfermeiras do PSF Jardim São Jorge, Elizabeth, Eluane, Maria Fernanda e Renata, pela amizade, apoio e incentivo durante todo o trajeto desta pesquisa

Aos Agentes Comunitários de Saúde do PSF Jardim São Jorge, pelo fornecimento de informações sobre a história da região onde a pesquisa foi conduzida

Aos profissionais do PSF Jardim São Jorge, pelo carinho

À Coordenação de Saúde do Butantã, pela oportunidade oferecida para meu aperfeiçoamento profissional e pela autorização para realizar esta pesquisa

A Branca Vaidergorn e Rosa Maria Cutolo Martins, da Coordenadoria de Saúde do Butantã, pelo incentivo em meu aperfeiçoamento profissional

À Universidade de São Paulo, em especial, à Escola de Enfermagem, por ser responsável pela minha formação e aperfeiçoamento profissional

À Nadir Aparecida Lopes, bibliotecária do Serviço de Biblioteca e Documentação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela disponibilidade na revisão das referências bibliográficas

À professora Ivone Borelli, pela revisão do texto deste trabalho

Às colegas do Grupo de Estudos sobre a Transmissibilidade do HIV em Mulheres (GPETHIM) pela discussão do projeto, apoio e incentivo

Às mulheres entrevistadas nesta pesquisa, pela participação, atenção e confiança

Lima DA. A mulher com idade igual ou superior a 50 anos e a epidemia de aids: percepção e ações de moradoras de uma comunidade de baixa renda [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Dados epidemiológicos têm demonstrado crescente envolvimento da mulher idosa na epidemia de aids, esta constatação foi a motivação para a realização do presente estudo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que teve como referencial teórico a Antropologia Médica; para o tratamento dos dados adotou-se o Discurso do Sujeito Coletivo. Os objetivos do estudo foram: verificar a percepção sobre a epidemia de aids por mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, moradoras em uma comunidade de baixa renda no Município de São Paulo; verificar sua percepção de risco à infecção pelo HIV, e se adotam ações preventivas da infecção. Como critérios de inclusão consideraram-se: mulheres com idade igual ou superior a 50 anos e tempo de residência no local do estudo superior a um ano. Os dados foram coletados por meio de entrevista com questões sobre caracterização da mulher e com uma pergunta norteadora. Foram entrevistadas 13 mulheres, que mostraram ter como características comuns: baixa escolaridade, reduzida renda familiar e religiosidade. O tratamento dos dados resultou na construção de 12 discursos narrados na primeira pessoa, nos quais se verifica que as mulheres do grupo cultural estudado apresentam lacunas no conhecimento a respeito da aids e do cotidiano do indivíduo infectado pelo HIV. Atribuem significado religioso à epidemia; não se vêem sob risco de infecção pelo HIV por via sexual, principalmente devido à confiança na fidelidade do parceiro; negam o uso do preservativo nas relações sexuais, embora temam a aids por identificarem-na como uma doença incurável. Valorizam a necessidade de adoção de medidas preventivas à infecção pelo HIV, porém, pelos jovens, considerados mais susceptíveis. A análise dos dados, segundo o referencial teórico adotado, mostrou que a aids, para o grupo de mulheres estudado, não se constitui em preocupação, quando a abordagem recai na transmissão sexual em si própria, fato que alerta para a necessidade de planejamento de ações educativas culturalmente embasadas sobre a infecção pelo HIV nesse segmento.

Palavras-chave: AIDS, Saúde da mulher, Saúde do idoso, Pesquisa qualitativa, Antropologia médica, Enfermagem.

Lima DA. The 50-year-old women or older and epidemic aids: perception and action of low-income community's residents. [dissertation]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006

Epidemic data has been demonstrating the senior woman's growing involvement in epidemic aids, this seen, it suited as motivation for the present study's realization. It's over a qualitative research, which had as theoretical reference the Medical Anthropology; for the data treatment the Collective Subject's Speech was adopted. The study objectives were: to verify the perception of 50-year-old women or older on epidemic aids, residents in a community of low income in the Municipal district of São Paulo; to verify their risk perception to the HIV infection, also if preventive actions are adopted. As inclusion criteria were considered: 50 year-old women or older along with time of residence in the place of study superior to one year. The data was collected through subjects' interview over the woman's characterization and with a leading question. 13 women were interviewed that showed to have as common characteristics: low school education, reduced family income and religiosity. The treatment of the data resulted in the construction of 12 first person narrated speeches, which verify that women from the studied cultural group present gaps in the knowledge regarding aids and the HIV infected individual's everyday. They attribute religious meaning to the epidemic; not seeing each other under infection risk for HIV under sexual way, mainly due to trust in the partner's fidelity; they deny the use of preservatives in their sexual relationships, although they fear aids for identifying it as an incurable disease. They value the need to adopt preventive measures to the HIV infection, however, for the youths, considered more susceptible. The data analysis, according to the adopted theoretical reference, showed that aids, for the studied women's group, is not constituted in concern, when the approach relapses in the sexual transmission itself, fact that alerts to the need of educational action planning culturally based on the infection by HIV in that segment.

Key-words: Acquired Immunodeficiency Syndrome, Women's health, Aging health, Qualitative research, Medical anthropology; Nursing

Lima DA. La mujer de 50 o más años de edad y la epidemia de sida: percepción y acciones entre habitantes de una comunidad de escasos ingresos económicos. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Datos epidemiológicos han demostrado la creciente inclusión de mujeres mayores en la epidemia de sida, esta constatación motivó la realización del presente estudio. Es una investigación cualitativa, que tuvo como referencial teórico la Antropología Médica; para manejar los datos se adoptó el Discurso del Sujeto Colectivo. Los objetivos del estudio fueron: verificar la percepción de las mujeres de 50 o más años de edad sobre la epidemia de sida, que habitan en una comunidad de escasos recursos económicas en el Municipio de São Paulo; verificar su percepción de riesgo a la infección por HIV, y si adoptan acciones preventivas de la infección. Los criterios de inclusión fueron: mujeres de 50 o más años y tiempo de residencia en el local del estudio superior a un año. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista con preguntas sobre caracterización de la mujer y con una pregunta orientadora. Se entrevistaron 13 mujeres, que mostraron tener como características comunes: bajo nivel de escolaridad, escasos recursos familiares y religiosidad. El manejo de los datos llevó a la construcción de 12 discursos narrados en primera persona, en los cuales se verifica que las mujeres del grupo cultural estudiado presentan lagunas en el conocimiento sobre el sida y la cotidianidad del individuo infectado por HIV. Atribuyen significado religioso a la epidemia; no se ven en riesgo de infección por HIV por vía sexual, principalmente debido a la confianza en la fidelidad de su compañero; niegan el uso de preservativo en las relaciones sexuales, a pesar de que temen al sida por identificarlo como una enfermedad incurable. Valorizan la necesidad de adopción de medidas preventivas a la infección por HIV, pero por los jóvenes, considerados más susceptibles. El análisis de los datos, según el referencial teórico adoptado, mostró que el sida, para el grupo de mujeres estudiado, no se constituye en preocupación, cuando el abordaje recae en la transmisión sexual en si propia, hecho que alerta para la necesidad de planeamiento de acciones educativas sustentadas culturalmente sobre la infección por HIV en ese grupo poblacional.

Palabra-clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Salud de las mujeres, Salud del ancino, Investigación cualitativa, Antropología médica, Enfermería

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	02
AGRADECIMENTO.....	03
RESUMO.....	06
ABSTRACT.....	07
RESUMEN.....	08
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 O Idoso, a Aids e o Contexto Internacional.....	14
1.2 O Idoso, a Aids e o Contexto Nacional.....	25
1.3 Aids e Abordagem Cultural.....	30
1.4 O Envelhecimento Populacional.....	32
2 PRESSUPOSTOS.....	35
3 OBJETIVOS.....	36
4 TRAJETÓRIA METODOLOGICA.....	37
4.1 Pesquisa Qualitativa.....	37
4.2 Referencial Teórico.....	39
4.2.1 <i>Antropologia Cultural</i>	40
4.2.1.1 <i>Antropologia Médica</i>	43
4.3 O Cenário da Investigação.....	46
4.3.1 <i>Narrando a História da Área Laranja</i>	48
4.3.2 <i>Discorrendo Sobre o Momento Atual</i>	51
4.3.3 <i>Relatando a Inserção no Campo de Pesquisa</i>	55
4.4 Coleta de Dados.....	56
4.4.1 <i>Escolha dos Informante</i>	56
4.4.2 <i>Descrevendo a Dinâmica de Obtenção de Dados</i>	58

4.5 Estudo Piloto.....	59
4.6 Tratamento dos Dados.....	60
4.6.1 <i>O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)</i>	60
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
5.1 Caracterização das Mulheres Entrevistadas.....	63
5.1.1 <i>Idade</i>	63
5.1.2 <i>Religião</i>	64
5.1.3 <i>Raça/Cor da Pele</i>	64
5.1.4 <i>Naturalidade</i>	64
5.1.5 <i>Tempo de Residência em São Paulo</i>	64
5.1.6 <i>Tempo de Residência na Comunidade</i>	65
5.1.7 <i>Anos de Estudo</i>	65
5.1.8 <i>Trabalho Remunerado</i>	65
5.1.9 <i>Renda Familiar</i>	66
5.1.10 <i>Renda Per Capita Mensal</i>	66
5.1.11 <i>Número de Pessoas que Moram na Mesma Residência</i>	67
5.1.12 <i>Lazer</i>	67
5.1.13 <i>Relacionamento Estável</i>	68
5.1.14 <i>Tempo de Duração do Relacionamento Estável</i>	68
5.1.15 <i>Relação Sexual nos Últimos Seis Meses</i>	68
5.1.16 <i>Uso do Preservativo nos Últimos Seis Meses</i>	69
5.1.17 <i>Realização do Teste Anti-HIV</i>	69
5.1.18 <i>Fonte de Informação a Respeito do HIV/Aids</i>	69
5.1.19 <i>Tipo de Moradia</i>	70
5.2 Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).....	70
5.2.1 <i>DSC 1: Não se Preocupando Com a Aids</i>	72
5.2.2 <i>DSC2: Acreditando na Maior Susceptibilidade dos Jovens</i>	85
5.2.3 <i>DSC 3: Valorizando a Prevenção</i>	96
5.2.4 <i>DSC 4: Acreditando que as Pessoas Não se Preocupam com a Aids</i> ..	107

5.2.5 DSC 5: Acreditando Não Ser Possível Identificar o Doente Pela Aparência.....	115
5.2.6 DSC 6: Apontando Fluídos Corpóreos Como Fontes de Transmissão do HIV.....	119
5.2.7 DSC 7: Atribuindo Um Significado Religioso à Aids.....	130
5.2.8 DSC 8: Temendo a Aids Por Ser Uma Doença Sem Cura.....	136
5.2.9 DSC 9: Descrevendo a Imagem de Quem Vive Com a Aids.....	145
5.2.10 DSC 10: Ouvindo Falar Pouco Sobre a Aids.....	153
5.2.11 DSC 11: Desconhecendo a Aids.....	158
5.2.12 DSC 12: Não Usando Preservativo Pela Diminuição do Prazer.....	161
6 ANALISANDO OS DADOS CULTURAIS.....	164
7 CONCLUSÃO.....	171
8 TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	178
REFERÊNCIAS.....	182
ANEXOS.....	196

1 INTRODUÇÃO

No país e no mundo tem se configurado um fato relevante a respeito da epidemia da aids, que é o crescente e silencioso envolvimento da população idosa.

Na década de 1980, Catania et al. (1989) sugeriram que a epidemia de HIV/aids na população idosa poderia ter seu crescimento limitado graças à implementação de medidas de controle dos bancos de sangue e a crença de que os idosos mantêm relações monogâmicas por longos anos. Contudo, a história desta epidemia mostra uma trajetória diferente.

No Brasil, para ambos os sexos, a faixa etária de 60 a 69 anos que apresentava uma incidência de aids de 6,84 casos por 100 mil habitantes em 1990, passou a 18,74 casos por 100 mil habitantes em 1998. O maior aumento foi observado para a idade de 50 a 59 anos, com a incidência elevando-se de 14,69 casos por 100 mil habitantes para 39,8 casos por 100 mil habitantes no mesmo período. A partir de 1994, o grupo desta faixa etária assumiu a segunda posição em número de casos, gerando uma série de indagações sobre as causas e conseqüências desse fato. A epidemia de aids na faixa etária entre 50 e 70 anos tem mostrado um leve aumento e, aparentemente, não vem demonstrando estabilização como em outras faixas etárias (Matsushita, Santana, 2001).

Dados do Ministério da Saúde mostram que, até junho de 2005, foram notificados 371.827 casos de aids no Brasil, destes 32% ocorreram em mulheres. Entre os casos femininos, 8,2% são representados por mulheres com 50 anos de idade ou mais; o que chama a atenção é a porcentagem de mulheres nesse grupo etário que se infectou pela via sexual, visto que a transmissão heterossexual teve representatividade de 95,9% dentre as mulheres nesse grupo etário com via de infecção conhecida. Levando-se em consideração só o grupo de mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, 96,9% infectaram-se por meio de relações heterossexuais. Ao se considerar o fato de que a aids leva vários anos para manifestar-se, este dado sugere que muitas dessas mulheres podem ter se infectado após o período reprodutivo de suas vidas, quebrando dessa maneira o mito presente na sociedade de que as mulheres idosas estão seguras à infecção pelo HIV pela via sexual, por tornarem-se um “ser assexuado” com o passar dos anos e com a chegada da menopausa. Vale notar que a transmissão heterossexual, desde a notificação do primeiro caso de aids, tornou-se a via de infecção predominante entre as mulheres com idade acima de 50 anos no Brasil (Brasil, 2005a).

A ocorrência da infecção pelo HIV em idade avançada foi encontrada por Perez, Gasparini (2005) em pesquisa realizada com 14 homens e mulheres, com idade igual ou superior a 60 anos, atendidos em ambulatório especializado no tratamento aos portadores de HIV/aids no Município de São Paulo. Entre os idosos que relataram a época em que ocorreu a infecção, dois foram entre 40 e

50 anos de idade, sete na faixa etária dos 50 aos 60 anos, e um acima dos 60 anos.

A busca realizada na literatura, sobre HIV/aids em idosos, mostrou que, para maior clareza deste texto, deveria ser apresentado, segundo o local de divulgação das publicações: pesquisas estrangeiras e nacionais.

1.1 O Idoso, a Aids e o Contexto Internacional

Lieberman (2000) acredita que há uma subestimativa do número real de casos de aids na população idosa. Vários autores atribuem isso à ocorrência de diagnóstico tardio da infecção pelo HIV nos idosos ou, até mesmo, desconhecimento desse diagnóstico. A alta ocorrência de diagnósticos incorretos pode explicar a situação, pois sintomas como fadiga, perda de peso, diminuição do apetite, cefaléia, disfagia e síncope são inespecíficos, podendo, ser associados ao processo normal de envelhecimento ou a doenças próprias dessa fase da vida. Como exemplo, citam-se os casos de demência relacionados à infecção pelo HIV que podem ser associados à Doença de Alzheimer (Weiler, 1989; Gaeta, LaPolla, Melendez, 1996; Johnson, Haight, Benedict, 1998).

Chen et al. (1998) e Farzaneh, Richard (2000) identificaram mudanças epidemiológicas significativas ao analisarem dados coletados nos Estados

Unidos da América (EUA). Verificaram aumento na categoria de transmissão heterossexual em detrimento da transmissão por hemotransfusão em indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos.

Outras pesquisas, também, realizadas nos EUA, identificaram o predomínio da transmissão sexual do HIV entre os idosos.

Em estudo realizado com idosos infectados pelo HIV, entre 1985 e 1992, em um hospital na cidade de Atlanta (EUA), Gordon, Thompson (1995) identificaram como principal via de transmissão a sexual, seguida pela via sanguínea com destaque para os usuários de drogas injetáveis e indivíduos hemotransfundidos. Além disso, encontraram proporção significativa de indivíduos com história de doença sexualmente transmissível (DST), anterior ao diagnóstico.

Em pesquisa realizada com pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, infectados pelo HIV, em um hospital de Chicago (EUA), Adeyemi et al. (2003) identificaram a transmissão heterossexual como a via de contágio predominante seguida pelo uso de drogas injetáveis.

A transmissão heterossexual do HIV também foi encontrada como a principal via de infecção em mulheres em estudo realizado, entre 1990 e 1998, com indivíduos infectados pelo HIV com idade igual ou superior a 55 anos da cidade de Nova York (EUA) (Shah et al.,2002).

Knodel, Waltkins, VanLandingham (2003) citam que, nos países industrializados, as vias predominantes de transmissão do HIV na população idosa são as relações homossexuais e o uso de drogas. Em contraste, a

transmissão heterossexual do vírus é predominante em partes da África, Ásia e América Latina, atingindo sobretudo mulheres com união estável.

Esta afirmação não é compartilhada pelo *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS), pois com base em dados mundiais, indica que a transmissão heterossexual é a categoria de infecção pelo HIV predominante entre os indivíduos com 50 anos de idade ou mais (UNAIDS, 2002). A explicação para o fato reside nos comportamentos que colocam o indivíduo em risco para a infecção, tais como: a prática de sexo sem proteção, ter múltiplos parceiros, a presença de DST e o uso de drogas que não têm idade limite para ocorrer (Strombeck, Levy, 1998).

Segundo a UNAIDS (2002), a mulher idosa apresenta maior incidência de casos de aids quando comparada aos homens do mesmo grupo etário. Em recente estudo com abrangência de cinco anos, o número de casos novos neste grupo aumentou 40%.

Mueller (1997) também atribui ao aumento da expectativa de vida e a atual terapêutica para a infecção pelo HIV uma possível expansão numérica dos casos de HIV/aids entre os idosos.

O autor citado aponta que a imagem cultural prevalecente do idoso é a de alguém que não tem vida sexual ativa, existindo assim, o mito de que o interesse sexual decresce com o avançar da idade (Mueller, 1997). Para Feldman (1994) e Orel, Wright, Wagner (2004), a deficiência de abordagens da epidemia visando à população idosa em diversos aspectos está intimamente relacionada a esta crença.

Entretanto, Lieberman (2000), Auerbach (2003), Coleman (2003), Orel, Wright, Wagner (2004) e Eldred, West (2005) atribuem o aumento e o prolongamento da atividade sexual entre os idosos à introdução de medicamentos contra a impotência sexual masculina, resultando também no aumento de oportunidades para os idosos infectarem-se pelo HIV.

Abel, Werner (2003) apontam, também, dificuldades na adoção do uso de preservativo nas relações sexuais entre os indivíduos com idade mais avançada. O estudo realizado na Suíça, com 2.275 indivíduos, constatou que os sujeitos com mais de 46 anos formavam o grupo que menos relatou atitudes favoráveis ao uso de preservativo nas relações sexuais, alegando incômodo e falta de destreza com o objeto, além de ser o grupo que menos o utilizou em encontros sexuais ocasionais. Foi identificado também o maior índice de indivíduos que mantinham relações estáveis e eventuais, concomitantemente.

Catania et al. (1989) e Wallace, Paauw, Spach (1993) citam a decadência do funcionamento do sistema imunológico e as mudanças que ocorrem na vagina na fase da menopausa, como dois fatores biológicos próprios do processo de envelhecimento que podem potencializar o risco de mulheres idosas infectarem-se pelo HIV.

Na fase da menopausa, a carência de estrogênio pode causar alterações na vulva e na vagina da mulher, tornando-as pálidas, mais finas e friáveis. Observa-se, ainda, o encurtamento da vagina, bem como o afinamento de suas paredes com uma certa diminuição do orifício de entrada e do lúmen vaginal. A lubrificação torna-se mais demorada e menos abundante, o que propicia maior

ocorrência de lesões da mucosa durante a relação sexual e, assim, um aumento da possibilidade de penetração do vírus, por meio desse tecido para a corrente sanguínea (Ribeiro, 1999; UNAIDS, 2002).

A presença de comportamentos que elevam o risco da população idosa infectar-se pelo HIV foi pesquisada por Stall, Catania (1994), em um estudo realizado, entre 1990 e 1991, nos EUA com indivíduos de idade igual ou superior a 50 anos. Estes autores identificaram um alto índice de pessoas que citaram, pelo menos, um comportamento considerado de risco, sobretudo as relações com múltiplos parceiros, ter um parceiro com comportamento de risco conhecido e ter recebido hemotransfusão, antes do período em que os testes anti-HIV passaram a ser realizados em todas as doações. Além disso, identificaram reduzido uso de preservativo e relatos de realização do teste anti-HIV.

A pesquisa realizada com 181 mulheres negras, com idade entre 50 e 81 anos, residentes em uma área rural dos EUA, constatou que apesar de não se sentirem susceptíveis à infecção pelo HIV, 60% das entrevistadas tinham relato de algum fator de risco, considerando os cinco anos que antecederam ao estudo. Dentre essas mulheres, 48% relataram ter tido mais de um parceiro sexual; 26% que o parceiro tinha tido relação sexual com outra mulher; 12% que o parceiro tinha tido relação sexual com outro homem; 15% que tinham feito sexo em troca de algum item de valor e 11% admitiram ter tido relação sexual com alguém reconhecidamente soropositivo. Além disso, constatou-se que as mulheres envolvidas em comportamentos considerados de risco tinham

menor nível de instrução, usavam menos o preservativo e tinham maior dificuldade em conversar com o parceiro sobre sexo (Winningham, et al., 2004).

Schable, Chu, Diaz (1996), em pesquisa realizada, também, nos EUA, com mulheres com aids que se infectaram com o HIV por relações heterossexuais, identificaram diferenças significativas ao realizarem análises baseadas por faixas etárias. Observaram que o grupo com 50 anos de idade ou mais, quando comparado a outras faixas etárias apresentou maior porcentagem de mulheres separadas, divorciadas e solteiras; menor escolaridade e mulheres vivendo sozinhas, sem histórico de tratamento para DST anterior, que nunca utilizaram preservativo antes do diagnóstico, nem drogas endovenosas, além de menor número de parceiros sexuais recentes.

Em outra pesquisa, também, realizada naquele país, Henderson et al. (2004) constataram que as mulheres com idade igual ou superior a 50 anos apresentavam grande *déficit* de conhecimento sobre a transmissão e a prevenção da infecção pelo HIV pela via sexual. Essas mulheres possuíam conhecimento incorreto e, até mesmo, desconhecimento total de determinados aspectos como, por exemplo, sobre as vias de transmissão do vírus e dúvidas quanto à efetividade do preservativo. Identificaram também como principal veículo de informações sobre o assunto a televisão, seguida por conversas com amigos, familiares e leitura de jornais; sendo o profissional de saúde pouco citado. Estes achados reafirmam a necessidade da criação de medidas preventivas voltadas à população com mais de 50 anos, abordando informações sobre a doença e sua prevenção.

Mack, Bland (1999), em pesquisa realizada nos EUA, também encontraram maior número de relatos de dúvidas referentes à efetividade do preservativo na prevenção da infecção pelo HIV pela via sexual entre os indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, sobretudo entre as mulheres, e o nível de conhecimento sobre o assunto decresceu com o aumento da idade.

O *déficit* de conhecimento sobre os meios de transmissão do HIV e o conhecimento geral sobre esta infecção, presente no grupo com idade igual ou acima de 50 anos, quando comparado a grupos mais jovens, é considerado alarmante por Coleman (2003).

No entanto, Yates et al. (1999), em pesquisa realizada nos EUA, com mulheres de idade igual ou superior a 50 anos, constataram alto nível de informações sobre vias de transmissão do HIV nesse grupo. Porém, os autores esclarecem que a amostra não foi representativa, porque as mulheres que participaram do estudo tinham alto nível educacional.

Em estudo citado anteriormente, Mack, Bland (1999) constataram menor número de relatos de mudanças de comportamentos no último ano baseadas em informações adquiridas sobre o HIV/aids no grupo de indivíduos mais velhos, e as mulheres relataram menos mudanças do que os homens.

Para Rose (2004), o aumento do número de casos de aids na população feminina dos EUA, com idade igual ou superior a 50 anos, que se infectou por relações heterossexuais ou uso de drogas injetáveis, indica que as mensagens sobre prevenção estão tendo pouco impacto nesse segmento populacional.

Lieberman (2000), Coleman (2003) e a UNAIDS (2002) complementam esta constatação enfatizando que a população idosa não foi beneficiada pelos esforços voltados à prevenção do HIV/aids nesses anos de epidemia porque as intervenções foram predominantemente focadas na população jovem, sendo pouco conhecido os programas de prevenção voltados a grupos de pessoas com 50 anos de idade ou mais. O que traz como prejuízo um menor fornecimento de informações sobre o tema para este segmento populacional.

A escassez de intervenções voltadas à prevenção da infecção pelo HIV na população idosa foi foco de pesquisa realizada nos EUA, que verificou que somente 30% dos estados daquele país já tinham providenciado algum tipo de publicação sobre HIV/aids voltada, especificamente, a este segmento populacional (Orel, Wright, Wagner, 2004).

Para a criação de intervenções voltadas à população idosa, Strombeck, Levy (1998) acreditam que seja necessário, primeiramente, obter mais informações sobre o assunto, para que as mensagens a respeito da prevenção da infecção pelo HIV possam ser criadas, visando às verdadeiras necessidades e interesses dos indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos.

Radda et al. (2003) expõem a necessidade de se explorar de maneira profunda e sensível os aspectos relacionados a comportamentos de risco na população idosa, tais como: uso de drogas e atividades sexuais.

Apesar das evidências do crescente envolvimento da população idosa na epidemia de HIV/aids, os profissionais de saúde continuam ignorando esta realidade durante suas atuações, não suspeitando de infecção pelo HIV durante

o atendimento de idosos com sintomas que poderiam ser atribuídos a esta infecção (Moore, Amburgey, 2000).

Em razão dos estereótipos relacionados aos idosos, muitos profissionais de saúde não abordam questões referentes à sexualidade, DST e HIV/aids com este grupo durante seus atendimentos (UNAIDS, 2002; Coleman, 2003).

Para Makulowich (1997), os profissionais de saúde com frequência presumem que os idosos vivenciam só relacionamentos longos e mutuamente monogâmicos, contudo, deve-se considerar que muitos idosos podem ter relacionamentos eventuais, em razão de divórcio e morte do parceiro, além de casos extraconjugais.

Butler (1993), Feldman (1994), Gordon, Thompson (1995) e Eldred, West (2005) sugerem que os profissionais de saúde deveriam abordar a história sexual de seus pacientes idosos, questionando assuntos relacionados a questões sexuais, como a atividade sexual, o número de parceiros, o uso de preservativo e história de DST; assim como, hemotransfusões ou uso de drogas injetáveis.

Para Lieberman (2000), a discussão sobre o uso de preservativo ou sobre os comportamentos de risco relacionados à infecção pelo HIV, entre o idoso e o profissional de saúde, pode ser dificultada pelo fato de a mulher idosa não ter o hábito de discutir assuntos relacionados à sua sexualidade de maneira aberta. A mesma situação é abordada por Moore, Amburgey (2000) e Coleman (2003) ao discorrerem que, durante os encontros entre idosos e profissionais da saúde com frequência são abordados aspectos relacionados à saúde que são mais

confortáveis de serem discutidos para ambos, deixando-se sem abordagem a temática sobre a aids.

É preciso aumentar a quantidade de informações básicas a respeito do tema “HIV/aids e população idosa”, pelo desenvolvimento de estudos que embasem o planejamento e a implementação de intervenções efetivas para diminuição de comportamentos de risco à infecção pelo HIV na população idosa (Lieberman, 2000; Coleman, 2003).

Em revisão bibliográfica realizada por Johnson, Haight, Benedict (1998), identificou-se que a primeira publicação sobre aids, na população idosa, ocorreu em 1984. Henderson et al. (2004) indicam que o aumento real do envolvimento da mulher idosa na epidemia não tem refletido no aumento do número de estudos sobre o tema, sobretudo abordando o conhecimento dessa população sobre a transmissão sexual do HIV.

Outra revisão bibliográfica sobre o HIV/aids na população com idade igual ou superior a 50 anos, abrangendo publicações, entre 1989 e 2001, realizada por Savasta (2004), mostrou reduzido número de estudos sobre aspectos e riscos da transmissão do HIV nesse grupo.

O mesmo autor recomenda um aumento do número de pesquisas focalizando os idosos, a inclusão desse segmento populacional em ensaios clínicos e a criação de intervenções educativas voltadas a esse grupo e aos profissionais de saúde focalizando os riscos da infecção pelo HIV e sua prevenção entre os idosos.

Para Ory, Zablotsky, Crystal (1998), a deficiência de informações sobre o HIV/aids na população idosa é reflexo do reduzido número de intervenções voltadas a esse segmento populacional.

A influência da epidemia de HIV/aids na população idosa, de acordo com os autores citados, tem sido investigada basicamente em três aspectos: o indivíduo que pode estar em risco de se infectar ou já está infectado pelo HIV; o sofrimento dos idosos com os conseqüentes prejuízos advindos da aids, como a perda de um familiar ou a necessidade de se tornar um cuidador informal; e as instituições sociais, incluindo, as que prestam assistência a esse grupo (Ory, Zablotsky, Crystal, 1998).

A UNAIDS (2002) sugere algumas estratégias para amenizar efetivamente o impacto do HIV/aids na população idosa. Indica a necessidade de se modificar o estigma relacionado à sexualidade do idoso, para assim facilitar a discussão sobre o assunto com familiares e profissionais da saúde; incluir programas com abordagem sobre o HIV em serviços voltados à população idosa; criar programas educativos sobre HIV específicos aos idosos; identificar áreas de pesquisa voltadas à interação entre idade e HIV; por último, incluir idosos em pesquisas sobre prevenção e assistência.

1.2 O Idoso, a Aids e o Contexto Brasileiro

Dados epidemiológicos demonstram o crescente envolvimento das mulheres na epidemia de HIV/aids no Brasil. Para Tomazelli, Czeresnia, Barcellos (2003), o aumento do número de casos de aids nesse segmento já era perceptível desde o ano de 1986. Rodrigues Júnior, Castilho (2004) indicam que, em 1992, o número de casos de mulheres com a síndrome superou o de homens na categoria de transmissão heterossexual.

A análise da trajetória da epidemia de HIV/aids mostra a não valorização das mulheres, tanto nas campanhas educativas como nas metas governamentais de atenção à saúde com relação à aids, sobretudo durante a primeira década da epidemia. A vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV foi desconsiderada por longo tempo, o que contribuiu para a expansão da aids nesse segmento (Paiva, 1999).

Para Silveira et al. (2002), o papel social da mulher potencializa seu risco à infecção pelo HIV. Isto porque as relações desiguais de poder e sua dependência econômica, sobretudo, nos países em desenvolvimento, podem limitar o acesso a informações, o que dificulta a modificação de comportamentos e mostra a necessidade de se desenvolver estratégias de prevenção do vírus da aids que sejam mais efetivas entre as mulheres, dado o crescente número de infectadas.

As estimativas de suscetibilidade por idade mostram que o risco relativo de infecção pelo HIV cresce a partir dos 13 anos, atingindo o máximo logo após os 20 anos, e decresce até os 40 anos, quando recomeça o crescimento. Esta constatação aponta para as faixas etárias que carecem de direcionamento de campanhas de prevenção (Barbosa, Struchiner, 2002).

As mudanças epidemiológicas verificadas na população idosa poderiam ser explicadas por fatores diversos ligados à sexualidade, tais como questões culturais, heterossexualização e feminização da epidemia e justificadas, também, por terapias mais eficazes que melhoram a qualidade de vida e prolongam a vida do infectado, que, estariam provocando o adiamento da manifestação da aids e a notificação do idoso. Além disso, o aumento da expectativa de vida ao nascer e o aumento da atividade sexual, provavelmente, sem uso de preservativo, podem ser outras causas (Matsushita, Santana, 2001).

Vasconcelos, Alves, Moura (2001) e Melo et al. (2002) apontam algumas mudanças que estão ocorrendo na população idosa e que contribuem para o quadro exposto anteriormente. Para esses autores, a idéia do idoso deprimido e inútil para a sociedade está cedendo espaço para grupos mais conscientes de sua importância no contexto social. Os idosos estão passando a ver a vida em sua plenitude, o que inclui a redescoberta da extensão do interesse sexual; no entanto, o mito da velhice assexuada persiste, interferindo na criação de campanhas educativas oficiais voltadas à diminuição do número de casos de infecção pelo HIV que focam o uso de preservativos apenas em jovens,

colocando grande parte da população à margem da discussão sobre a prevenção da aids.

Diversos autores apontam a dificuldade das mulheres vivenciando a maturidade e com vida sexual ativa negociar o uso do preservativo com seu parceiro, sobretudo porque este é visto pelos idosos, primeiro, como método contraceptivo. Dessa maneira, as mulheres que vivenciam a fase pós-menopausa não costumam usá-lo por não ter mais o receio de engravidar e porque, culturalmente, não se sentem vulneráveis à infecção pelo HIV. Este comportamento tem trazido conseqüências, como aumento de novos casos de infecção pelo HIV em idosos, em especial pelas relações sexuais sem proteção (Tichy, Talashek, 1992; MacGregor, 1994; Bachus, 1998; Johnson, Haight, Benedict, 1998; Paiva, 1999; Wachtel, Stein, Rabin, 1999; UNAIDS, 2002; Coleman, 2003; Goodroad, 2003).

Fernandes, Soares, Sobreira (1995) apontam que algumas mulheres no período da maturidade, livres de inibições em razão ao receio da gravidez, podem considerar um aumento da libido; outras, porém, referem desmotivação para o sexo, alegando velhice, cansaço e manter relações sexuais por obrigação. Pontuam, também, que as mudanças quanto aos aspectos físicos e psicológicos relacionados ao sexo, quando não existem doenças ou efeito colateral de algum medicamento, não costumam causar problemas sexuais nesta fase do ciclo vital da mulher.

Uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo, por Praça, Barbosa (2004)¹, com 53 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, moradoras em uma comunidade de baixa renda, encontrou níveis de conhecimento e de informação sobre aids reduzidos, portanto, semelhantes aos estudos internacionais já citados.

Atualmente, o preservativo feminino é o método preventivo de DSTs, cujo uso está sob controle das mulheres. Uma pesquisa realizada em nível nacional indicou que apesar de ser conhecido pela população, poucas mulheres relataram tê-lo utilizado. Os dados do estudo mostraram que a população acima de 55 anos era a que mais o desconhecia (Paiva et al., 2003).

Vale acrescentar que Ferreira (2003) considera imprescindível conhecer o nível de informação e a percepção que a população tem sobre a aids para se dispor de informações sobre seu comportamento sexual e suas condições de vida, possibilitando, dessa maneira, a elaboração e a implementação de políticas públicas eficazes.

A escassez de estudos que relacionam a mulher com mais de 50 anos e a epidemia de aids no País, pôde ser verificada em pesquisa que realizou revisão bibliográfica, contemplando as publicações de enfermagem sobre a transmissão heterossexual do HIV publicadas, entre 1980 e 2000, na qual se identificou reduzido número de trabalhos publicados sobre o tema, em nível nacional e em

¹Praça NS, Barbosa FOS. Percepção de risco de infecção pelo HIV por mulheres com idade igual ou superior a 50 anos. [Relatório de Pesquisa] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

periódicos internacionais. Havia apenas dois trabalhos com idosos. Estes dados denunciam a necessidade de a enfermagem, como área de conhecimento, realizar estudos sobre a epidemia de aids, com enfoque nos idosos (Praça, Lima, 2002)².

Tomazelli, Czeresnia, Barcellos (2003) afirmam que o conhecimento sobre a aids em mulheres e as campanhas preventivas específicas para esse grupo desenvolvem-se, preferencialmente, com base nas mulheres em fase de reprodução, excluindo, assim, aquelas que se encontram em outras faixas etárias.

Em níveis internacional e nacional, a situação exposta sobre o envolvimento da mulher idosa na epidemia de aids mostrou a carência de estudos que busquem compreender sua visão sobre a síndrome. Neste aspecto, julgo que a abordagem cultural desse fenômeno contribuirá para a construção do conhecimento no campo da atenção à mulher na fase da maturidade no País. A seguir, procurar-se-á apresentar embasamento sobre esta opção.

² Praça NS, Lima DA. Transmissão heterossexual do HIV: análise da produção científica de enfermagem no período de 1980 a 2000 [Relatório de Pesquisa]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

1.3 Aids e Abordagem Cultural

A epidemia de aids traz as mesmas preocupações de epidemias passadas, mas a história mostra que o comportamento da população frente à doença não se modifica, que indivíduos com informações semelhantes podem reagir diferentemente dentro de cada contexto. A discussão sobre medidas políticas, sociais e educacionais repete-se a cada nova epidemia, mas é evidente a necessidade de aprofundamento nas questões sobre as atitudes dos indivíduos (Branco, Coura, Morgado, 1999).

Xavier (1996) expõe que, para um combate efetivo do HIV/aids, é necessário compreender a aids como uma ameaça social que necessita de uma revolução científica, e de uma política de solidariedade, baseadas no respeito à diferença cultural e na luta por justiça social. A aids tem as características da cultura da sociedade onde se desenvolve, apresentando especificidades ligadas a determinações culturais. O fato reforça a necessidade de se conhecer as características da população para o desenvolvimento de medidas preventivas eficazes à prevenção da infecção pelo HIV.

Na tentativa de compreender o crescimento da epidemia entre as mulheres, Barbosa (1999) e Tomazelli, Czeresnia, Barcellos (2003) expõem a necessidade de se conhecer com mais detalhes as características culturais, sociais, econômicas e comportamentais, de saúde e as intersubjetivas da população feminina, que agravam a vulnerabilidade das mulheres, no sentido

de buscar apreender como estas dimensões articulam-se no avanço da epidemia nesse grupo.

Os conceitos de saúde e doença influenciados pelo meio devem ser considerados, pois variam em cada cultura e se tornados subjetivos devem ser estudados profundamente. Assim, pode-se entender a aids no contexto onde se desenvolve e, somente dessa forma, será possível intervir de maneira eficaz e humana em sua prevenção, compreendendo não só seus mecanismos biológicos, mas também as influências culturais a que se submete, o que inclui os valores, as crenças, e os comportamentos da população.

Apesar das evidências apontarem prejuízos entre a população idosa em razão da epidemia mundial de HIV/aids, percebe-se que há consenso entre os diversos autores ao indicar a carência de ações focadas na temática, incluindo-se, tanto as pesquisas como a criação e a implementação de programas de educação em saúde e intervencionistas, baseados nas necessidades próprias desse grupo, considerando as especificidades inerentes à sua cultura.

No preparo deste estudo, ao realizar a busca bibliográfica sobre o tema “HIV/aids e população idosa”, constatei que a literatura internacional sobre o assunto, concentra-se basicamente em trabalhos realizados nos EUA. Há uma relativa diversificação dos aspectos focados em cada pesquisa, contudo, um reduzido número de trabalhos realizados sob o prisma da cultura deste segmento com abordagem qualitativa.

A maioria dos trabalhos localizados que investigou a percepção de risco e o comportamento do idoso, teve como objeto algo que pudesse se traduzir em números, ignorando o que há por traz dos Algarismos.

Com relação à literatura científica nacional sobre o tema, existe um reduzido número de trabalhos divulgados. Foram localizados poucos artigos publicados em periódicos nacionais que tratavam exclusivamente do assunto.

1.4 O Envelhecimento Populacional

Julgo importante discorrer brevemente sobre o envelhecimento da população, como fator que contribui para a disseminação do vírus da aids.

O envelhecimento populacional é um fato real que vem se consolidando, desde a segunda metade do século XX. A humanidade tem conseguido viver cada vez mais, graças ao controle de certas doenças, à queda nas taxas de fecundidade e de natalidade, à melhoria das condições de vida e ao avanço das tecnologias de trabalho, saúde e lazer (Camargo, 1992; Souza et al., 2004).

No Brasil, a realidade é preocupante em razão do volume de pessoas que irão ingressar na maturidade. A previsão dos demógrafos é que, no ano de 2020, existam cerca de 1,2 bilhões de idosos no mundo, dentre os quais 34 milhões de brasileiros acima de 60 anos, colocando o País como a sexta maior

população mundial de idosos (Vasconcelos, Alves, Moura, 2001; Minayo, Coimbra Júnior, 2004).

Caminhando nessa direção, os dados do Censo Demográfico de 2000 mostram que, naquele ano, 15,96% da população brasileira tinha idade igual ou superior a 50 anos, e, que em 1970, esse segmento populacional representava 10,74% da população total (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2000).

Projeções do Estado de São Paulo para o ano 2020, elaboradas pela Fundação SEADE, mostram que o contingente de idosos será de aproximadamente oito milhões de pessoas, que representarão 18% da população total (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE, 1999).

Camargo (1992) chama a atenção para o fato de as mulheres sobreviverem mais do que os homens do mesmo grupo etário em todas as sociedades. Para Freitas, Silva, Silva (2004), o fato resulta em expressivo aumento de mulheres vivendo a maturidade.

O progressivo aumento da sobrevida humana proporciona um contingente maior de mulheres que alcança a maturidade, vivendo, pelo menos, um terço de suas vidas após a menopausa, o que implica necessidade de criar e se planejar intervenções baseadas nessa nova realidade (Fernandes, Soares, Sobreira, 1995).

Para Uchôa, Firmo, Lima-Costa (2004), apesar do crescente envelhecimento populacional, ainda são raros os estudos que informem sobre a

maneira como os idosos, residentes no Brasil, tentam dar significado a esse período de suas vidas, e à maneira como percebem os problemas de saúde, em especial, a aids e como agem diante deles ou quais os fatores que podem influenciar percepções e ações nesse campo.

Os mesmos autores acreditam que o envelhecimento da população brasileira exige a elaboração de novas políticas e abertura de espaço na agenda de investigações científicas.

Diante do exposto, e dado à minha atuação profissional em uma comunidade de baixa renda no Município de São Paulo, este estudo pretendeu responder às seguintes questões:

A mulher com idade igual ou superior a 50 anos, moradora em uma comunidade de baixa renda:

- *Dispõe de informações sobre a epidemia de HIV/aids?*
- *Percebe-se em risco para a transmissão do HIV por via sexual?*
- *Realiza ações de proteção contra a transmissão do HIV por via sexual?*
- *Vê a aids como ameaça?*

Sua finalidade voltou-se para a detenção de elementos que favoreçam planejamento e a implementação de programas efetivos para o grupo a ser estudado, com enfoque na epidemia de aids.

2 PRESSUPOSTOS

Diante das questões do estudo, foram traçados os seguintes pressupostos:

A mulher com idade igual ou superior a 50 anos, de baixa renda:

- Acredita que a aids é uma doença própria de grupos específicos;
- Não se percebe sob o risco de infecção pelo HIV;
- Não adota medidas preventivas da infecção pelo vírus da aids.

A seguir, são definidos os objetivos desta pesquisa.

3 OBJETIVOS

Este estudo teve os seguintes objetivos:

- Verificar a percepção sobre a epidemia de HIV/aids por mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, moradoras em uma comunidade de baixa renda do Município de São Paulo;
- Verificar se estas mulheres realizam ações de prevenção para a transmissão do HIV;
- Verificar se estas mulheres se percebem sob o risco de infecção pelo HIV.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Pelo fato desta pesquisa ter tido como norte a busca de respostas baseadas na vivência e não no universo numérico, seu desenho foi delineado, segundo o método qualitativo.

Portanto, este estudo qualitativo teve como referencial teórico a Antropologia Médica e como método de coleta e tratamento dos dados o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

4.1 Pesquisa Qualitativa

A pesquisa qualitativa tem como característica a procura de respostas a questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e de atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo da relação, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Proporciona ao pesquisador a possibilidade de apreender a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem frente ao fenômeno estudado. Para isso, a pesquisa qualitativa desenvolve-se

em um processo essencialmente interativo, no qual as pessoas sob estudo falam por si mesmas e ensinam ao pesquisador sobre suas vidas (Minayo, Sanches, 1993; Gualda, Merighi, Oliveira, 1995; Minayo, 1997; Praça, Merighi, 2003).

Polit, Hungler (1995) e Serapioni (2000), apontam como importantes propósitos da pesquisa qualitativa a descrição sobre um grupo de indivíduos, instituição ou algum fenômeno social pouco conhecido. A geração de hipóteses pela coleta de informações que podem ser testadas em pesquisas posteriores e a elaboração de teorias integradas dos fenômenos investigados, ajudando, assim, na descoberta de dimensões não conhecidas do problema. Isso ocorre em razão de sua capacidade de fazer emergir novos aspectos de ir ao fundo do significado e estar na perspectiva do sujeito.

Gualda, Merighi, Oliveira (1995) acreditam que a pesquisa qualitativa à enfermagem contribui para a compreensão holística do homem, oferece oportunidades de discussão de temas que devem ser explorados profundamente. Permite explorar melhor determinados problemas sobre a assistência de enfermagem; abre novos horizontes para a profissão, proporcionando maior reflexão e ao desenvolvimento da enfermagem como ciência e profissão.

Vale ressaltar que Parker (2000) considera que a pesquisa social e comportamental fornece contribuições significativas à prevenção da aids, focalizando não só a incidência de determinadas atitudes e práticas, mas,

sobretudo, os contextos sociais e culturais nos quais a sexualidade é construída.

4.2 Referencial Teórico

Na pesquisa qualitativa, o emprego de uma teoria tem como propósito geral a tomada de significados e generalizações das descobertas científicas. A ligação das descobertas em uma estrutura coerente facilita o acesso ao corpo de conhecimentos acumulados e, assim, torna-se útil aos profissionais que buscam implementar as descobertas e para pesquisadores que almejam ampliar a base de conhecimento. As teorias orientam e levam o pesquisador a uma compreensão mais ampla dos fenômenos. Esta capacidade reside na especificação que as teorias dão sobre quais variáveis que se relacionam entre si e sobre a natureza dessas relações. Dessa maneira, a existência de um referencial teórico determinado que estabeleça o campo de observação e determine as condições de relacionamento entre os fenômenos é imprescindível (Polit, Hungler, 1995; Gualda, Merighi, Oliveira, 1995).

Praça, Merighi (2003) ressaltam a importância do emprego de um referencial teórico na pesquisa qualitativa, como fator norteador da análise dos dados e como alicerce na construção do conhecimento científico.

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, optei por utilizar um referencial teórico que compreende o homem como ser dinâmico e complexo, visto como proprietário de características relacionadas ao meio onde vive e experienciando constante interação com esse ambiente, no que se refere a seus mais diversos aspectos. Além disso, procurei também por um referencial que considerasse as relações existentes entre cultura e saúde. Por essa razão, optei por adotar a Antropologia Cultural e, em especial, um de seus ramos, a Antropologia Médica. A seguir, apresento algumas considerações sobre tais referenciais.

4.2.1 Antropologia Cultural

No final do século XVIII, começaram a surgir os primeiros resquícios do que se tornaria a Antropologia Social e Cultural, com o início da construção de um saber científico que vê o homem como objeto de conhecimento em vez da natureza, até então, focalizada de maneira única (Laplantine, 2003).

A Antropologia Cultural centra sua atenção no homem, considerando todos os aspectos da existência humana, biológica e cultural, passada e presente, combinando esses diversos aspectos em uma abordagem integrada do problema da existência humana (Herskovits, 1963).

Para Herskovits (1963), a Antropologia Cultural compreende que as tradições e as formas humanas de vida são expressões de um comportamento,

baseado no processo de aprendizagem, derivando da estrutura biopsíquica do homem.

Helman (2003) complementa considerando a cultura, como um conjunto de princípios herdados por indivíduos de uma dada sociedade; princípios esses que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação às outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente. Proporciona também aos indivíduos um meio de transmitir suas diretrizes para a geração seguinte, mediante o uso de símbolos, linguagem, arte e dos rituais. O autor compara a cultura a uma “lente” herdada, para que o indivíduo perceba e entenda seu mundo.

A Antropologia Cultural estuda os caracteres distintos das condutas dos seres humanos pertencentes a uma mesma cultura, considerada como uma totalidade irreduzível à outra. Atenta às descontinuidades, salienta a originalidade de tudo que se deve a sociedade à qual se pertence (Laplantine, 2003).

Hoje, existem inúmeros conceitos de cultura, mas foi Edward B. Tylor, em 1871, quem primeiro formulou o conceito antropológico de cultura, segundo o qual afirmou:

[...a cultura é o complexo unitário que inclui o conhecimento, a crença, a arte, a moral, as leis e todas as outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade...] (Bernardi, 1974, p. 24).

Keesing (1961) indica que a cultura envolve ações, idéias e artefatos que os indivíduos aprendem, praticam em comum e prezam, delineando-se na forma de pronunciamentos generalizados sobre comportamento. Tende a seguir uma configuração ordenada, envolvendo a repetição de comportamentos similares aprovados, assumindo uma forma reconhecível.

As culturas não são estáticas, estando sujeitas a transformações e tendem a sofrer constantes alterações. Os processos de mudanças ocorrem continuamente, assimilando ou abandonando traços por meio de diferentes formas, tais como: mudança cultural, difusão cultural, aculturação e endoculturação (Keesing, 1961; Marconi, Presotto, 2001).

A mudança cultural refere-se a qualquer mudança/alteração em uma dada cultura, em razão de acontecimentos diversos, como o aumento ou diminuição das populações, as migrações, os contatos com outros povos e culturas, inovações, catástrofes e outras (Marconi, Presotto, 2001).

Para estes autores, a difusão cultural é compreendida como um processo no qual os elementos ou complexos culturais difundem-se entre as sociedades. A aculturação é a fusão de duas culturas diferentes que, por meio de um contato prolongado, originam mudanças nos padrões culturais de ambas. Já a endoculturação, é o processo de aprendizado e educação do indivíduo em uma cultura, desde a infância.

As atividades do indivíduo são determinadas em grande medida por seu ambiente social; por sua vez, suas próprias atividades influenciam a sociedade onde ele vive, podendo nela gerar modificações (Boas, 1920).

Para Bernardi (1974), a natureza do homem é a cultura, ou seja, o homem, pela sua própria natureza produz a cultura.

Monticelli (1994) aponta que, na enfermagem, a cultura foi investigada sistematicamente pela primeira vez por Leininger, assim para esta autora:

Cultura são valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida, aprendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e as ações dos elementos pertencentes ao grupo (Leininger, 1978 apud Gualda, Hoga, 1992, p. 77)

Koizumi (1992) acredita que a enfermagem como ciência a serviço da humanidade necessita entender o homem na dinâmica de sua vida individual e no conjunto da sociedade. Dessa maneira, o conceito de cultura é essencial para a prática da enfermagem em qualquer campo de atuação profissional.

4.2.1.1 Antropologia Médica

A Antropologia Médica é um ramo da Antropologia Cultural, sendo definida por Helman (2003), como a abordagem das maneiras pelas quais as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde, assim como os relacionam aos tipos de tratamento nos quais as pessoas acreditam e os indivíduos a quem recorrem quando adoecem. Além disso, é também o estudo de como essas crenças e práticas relacionam-se às mudanças biológicas, psicológicas e sociais do organismo humano, tanto na saúde como na doença.

Sua origem deve-se ao reconhecimento pelos antropólogos de que em todas as sociedades humanas, as crenças e as práticas relacionadas aos problemas de saúde são elementos da cultura (Helman, 2003).

Relacionando esta abordagem ao envelhecimento, encontro em Minayo, Coimbra Júnior (2004), que o ciclo biológico para o ser humano é constituído por várias etapas que são social e culturalmente construídas. As diversas sociedades constroem distintas práticas e representações sobre a velhice, posição social dos velhos na comunidade e nas famílias, assim como o tratamento que lhes deve ser dispensado pelos jovens.

Em todas as culturas, o envelhecimento biológico não é necessariamente o mesmo que o social ou psicológico. Dessa maneira, uma idade cronológica definida como velhice, assim como comportamentos definidos por um grupo como inadequados aos idosos podem variar entre as culturas (Helman, 2003).

Para ilustrar tal descompasso, cito um estudo realizado por Uchôa, Firmo, Lima-Costa (2004) em Bambuí – MG, que verificaram diferenças entre a imagem construída pela população sobre os idosos e a real vivência das pessoas nesta faixa etária. Por meio de entrevistas realizadas com indivíduos entre 35 e 45 anos, identificaram a visão que têm dos idosos, como alguém solitário que vive precariamente, inútil, dependente, desamparado, marginalizado e doente; mas, nenhuma das mulheres idosas, também entrevistadas, reconheceram-se nessa conclusão, mostrando o contrário, que perdas e limitações existem, mas, que isto não é específico da velhice.

Outra pesquisa antropológica realizada com mulheres idosas, identificou que as entrevistadas tinham como característica definidora do envelhecimento o surgimento de doenças. Dessa maneira, negavam este processo por se sentirem saudáveis, demonstrando um distanciamento entre a visão dessas mulheres e os conceitos dos especialistas sobre o envelhecimento (Bassit, 2004).

Evidencia-se, portanto, que a definição de envelhecimento é algo tênue e que varia dentro de cada sociedade. Em culturas não letradas, sobretudo, os velhos são respeitados e valorizados por serem considerados repositórios da história oral e de tradições antigas, de hábitos culturais, de convicções, de mitos e de conhecimentos sobre rituais. Em contrapartida, em sociedades ocidentais industrializadas, em razão da maior ênfase dada à juventude, à produtividade, ao individualismo, à autonomia e ao autocontrole, muitas vezes, há intolerância para com os idosos, sobretudo quando há perda de habilidades cognitivas, visto que o raciocínio, a memória, o cálculo, a absorção e a retenção de grandes quantidades de dados são, especialmente, valorizados nestas sociedades (Helman, 2003).

A visão cultural do envelhecimento faz com que esta etapa da vida deixe de ser apenas uma fase biológica, passando a ter diferentes construções de acordo com as relações de gênero e os conflitos que fazem parte da vida, podendo encaminhar situações de readaptação, invenção ou exclusão de valores (Heck, Langdon, 2004).

Dessa maneira, o enfoque tradicional da assistência à saúde do idoso, orientado aos sintomas e à idade cronológica é, atualmente, inadequado para a atenção à saúde das pessoas que estão envelhecendo, pois a saúde dessa faixa etária está dentro do contexto biopsicossocial de suas vidas (Ferrari, 1999).

Ao destacar a visão cultural sobre o envelhecimento e sua relação com a saúde-doença, tive como objetivo demonstrar a estreita relação entre ambos e embasar este estudo, no qual adotei como referencial teórico a Antropologia Médica, segundo Cecil G. Helman.

A seguir, apresento o local onde a pesquisa foi realizada.

4.3 O Cenário da Investigação

O presente estudo foi realizado em parte na região de abrangência da Unidade Básica de Saúde / Programa Saúde da Família³ (UBS/PSF) Jardim

³ O embrião da estratégia do PSF surgiu em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes do PSF, tendo como objetivo reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, substituindo, assim, o modelo tradicional. Esta estratégia está inserida na atenção básica à saúde, priorizando as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de maneira integral e contínua. Os atendimentos são realizados nas UBS e nos domicílios pelos profissionais das equipes. A Equipe de Saúde da Família trabalha com território de abrangência definido, sendo responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população moradora dessa área adscrita. Cada equipe do PSF é composta por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (Brasil, 2005b).

São Jorge, situada no Distrito Administrativo Raposo Tavares, localizada no bairro Jardim São Jorge, zona oeste do Município de São Paulo. Esta unidade foi inaugurada no ano de 1980 sob o modelo tradicional de Centro de Saúde, onde operam os Programas Básicos de Assistência. Em 2001 o modelo PSF foi introduzido pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, o que tornou a unidade de saúde mista.

A área de abrangência da citada UBS/PSF é composta pelo Jardim São Jorge e Jardim Arpoador, agregando o atendimento de aproximadamente 25.000 habitantes, distribuídos da seguinte forma: 18.000 habitantes atendidos pelo PSF e 7.000 pelo modelo tradicional.

Quanto aos equipamentos sociais, a região dispõe de fábricas, estabelecimentos comerciais, igrejas, centros comunitários, parque aberto à população, projetos sociais, escolas de ensino fundamental, creches e linhas de ônibus.

A principal via de acesso ao bairro é a Rodovia Raposo Tavares, que se localiza próxima à região.

Nesta unidade, o PSF é, atualmente, composto de seis equipes identificadas por cores (Rosa, Vermelha, Laranja, Azul, Verde e Amarela); cada equipe é responsável por uma área territorial dividida em seis microáreas.

Esta pesquisa foi realizada em uma região contígua, composta de duas microáreas inteiras e parte de uma terceira da área Laranja. A área foi escolhida porque acredito, que os residentes dessa região compartilham uma

cultura própria. Além disso, trabalho como enfermeira da equipe Laranja do PSF desde junho de 2004.

A seguir, relato parte da história do cenário de estudo. Os dados citados foram colhidos por mim com antigos moradores da região, parte das informações é proveniente do relatório de fevereiro de 2004, produzido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como parte das atividades de comemoração de um ano do PSF na região.

4.3.1 Narrando a História da Área Laranja

Atualmente, a área escolhida é ocupada por prédios de um Projeto Habitacional denominado “Projeto Cingapura”, da Prefeitura de São Paulo e casas construídas ilegalmente.

O local, até 1996, era ocupado por uma grande favela, cujas casas eram feitas com diversos tipos de material, predominando os reaproveitados, o que incluía pedaços de madeira, telhas, alvenaria, etc. No interior da favela, existiam algumas ruas e vielas estreitas que podiam ser percorridas unicamente por pedestres. Havia, também, um centro de convivência conhecido como Sede, usado pela Igreja do Perpétuo Socorro, para a realização de cursos profissionalizantes.

Em 1996, os barracos começaram a ser destruídos de maneira gradativa para a construção dos prédios do “Projeto Cingapura”. As famílias que ali moravam foram cadastradas por profissionais da prefeitura, com a ajuda de

uma líder comunitária, e transferidas para alojamentos provisórios construídos próximos ao local onde viviam, no qual ficaram aguardando a entrega dos apartamentos.

Durante o cadastramento, a líder comunitária montou uma listagem na qual cada morador indicava as famílias que gostaria de ter como vizinhas. O procedimento foi adotado na tentativa de diminuir os atritos provocados no processo de reconstrução.

O critério para ordenar a seqüência de ocupação dos apartamentos foi basicamente a renda familiar. Era investigado se a família conseguiria pagar a prestação do apartamento e as contas decorrentes dessa mudança (água, condomínio, etc.). Isso porque, enquanto moravam na favela e alojamento não tinham esses custos mensais.

Os prédios foram sendo levantados gradativamente, sendo os últimos entregues em 1998.

No total, foram construídos dezessete prédios, destes, catorze são atendidos pela equipe Laranja do PSF, os outros três pertencem à área Amarela. Também há um prédio inacabado, conhecido como “esqueleto” que, atualmente, é ocupado por diversas famílias.

Em 2001, começou a construção de uma escola municipal de ensino fundamental em um terreno adjacente aos prédios. Simultaneamente, alguns barracos de materiais reaproveitados foram surgindo de maneira dispersa próximos às obras. Estes locais anteriormente eram ocupados por hortas dos

moradores dos prédios. Esta área é conhecida pelos moradores do bairro como a “Invasão do Cingapura”.

Observo que, nos últimos meses, a construção de novos barracos vem ocorrendo de maneira acentuada. Atualmente, há desde barracos minúsculos feitos de materiais reaproveitados até casas de alvenaria. Há cerca de oito meses, vários barracos foram destruídos pela Prefeitura porque a modificação no terreno decorrente das construções ilegais prejudicou a estrutura de parte da construção da escola já citada, provocando rachaduras nos muros e interdição da quadra de esportes.

Na maioria, os moradores da invasão são pessoas que possuem amigos ou familiares que vivem no próprio Cingapura ou na região.

Durante o tempo transcorrido desde a entrega dos apartamentos até os dias atuais, muitas famílias deixaram o local dando espaço para outras. Algumas mudaram em busca de melhores condições de vida, permanecendo no mesmo bairro ou, até mesmo, mudando de cidade; outras deixaram o local, mas retornaram tempos mais tarde. Outras ainda deixaram os apartamentos porque não estavam conseguindo arcar com as despesas oriundas da nova moradia, embora nenhuma família tenha sido expulsa dos prédios por falta de pagamento. Algumas preferiram vender o imóvel e permanecer vivendo nas condições anteriores na favela próxima ou na área de invasão.

Uma preocupação que nasceu com a proposta da construção dos prédios reside no aspecto financeiro decorrente das mudanças e a convivência forçada, vista pelos moradores como mais intensa em prédios do que em casas. Esta

condição consolidou-se como um transtorno constante nos últimos anos e as pessoas tentam contorná-lo de diversas maneiras, por exemplo, calcular o valor do condomínio pelo número de moradores que pagam mensalmente. Percebe-se que esta situação gera um mal estar geral, mas não há atritos diretos em razão disso.

4.3.2 Discorrendo Sobre o Momento Atual

Atualmente, os pedestres dispõem de várias vias de acesso à área dos prédios, sobretudo, vielas que cortam a invasão e a favela. Para carros, no entanto, há somente uma entrada. Na área entre cada prédio, existe pavimentação somente em uma estreita faixa que contorna os prédios e alguns outros pontos, as outras áreas são de terra com diversos pontos ocupados por mato. Nestes espaços, alguns moradores construíram garagens cobertas para seus carros, colocaram varais de roupas, as crianças improvisaram um campo de futebol, alguns moradores unidos cultivam pequenos jardins e, recentemente, na área existente entre os prédios têm surgido pequenos barracos, construídos pelos próprios moradores do Cingapura, usados para o comércio de vários itens, como alimentos e produtos de limpeza.

Os fios da rede elétrica e telefônica são repletos de lixo, em especial por pipas oriundas das brincadeiras das várias crianças que circulam nessa região e sapatos velhos.

Além do excessivo número de crianças circulantes nessa área, observa-se um grande número de pessoas conversando de maneira descontraída em pequenas rodas, como adolescentes e mulheres. Cachorros abandonados e pombos circulam na região atrás do lixo que é rotineiramente presente no local. Homens conversando ou jogando baralho, dominó ou sinuca nos pequenos bares que cercam a área.

A conservação dos prédios varia muito, alguns graças à união dos moradores, receberam manutenção desde sua entrega, como pintura externa e interna, colocação de piso nos corredores, padronização das portas dos apartamentos. Além de terem pessoas específicas responsáveis pela sua limpeza, mantendo tudo sempre em ordem.

No entanto, existem prédios que não receberam o mesmo tratamento, apresentando sérios problemas vinculados à manutenção e conservação, os corredores internos não têm acabamento como pintura e piso, estão freqüentemente sujos, há pichações nas paredes, vidros quebrados, elevadores depredados e fachada sem vestígio de ter recebido qualquer tipo de reparo.

Dentro dos apartamentos, as diferenças encontradas são também enormes. Há desde apartamentos com acabamentos primorosos, mobiliados e equipados com itens de qualidade e alto custo até apartamentos com paredes que continuam “no bloco”, cuja mobília é escassa e encontra-se em péssimas condições de uso. Mas, predominam os apartamentos montados de maneira simples, porém, com conforto.

O terreno ocupado pela invasão é acidentado, com diversos pontos considerados de risco para desabamento. O esgoto corre ao ar livre e a eletricidade é proveniente de instalações clandestinas. É comum o relato dos moradores da presença de ratos em suas moradias, assim como de insetos. As vielas que cortam esta área, são estreitas e com percurso de difícil realização, em razão do barro e inclinação do terreno. As moradias são muito próximas uma das outras, propiciando um convívio acentuado entre os moradores.

Com relação à constituição familiar, é interessante ressaltar o aspecto cultural relacionado à diversidade de tipos de famílias encontradas na região. Há desde residências onde residem famílias pequenas e nucleares (pai, mãe e filhos) a apartamentos em que três gerações da mesma família vivem sob o mesmo teto. Os moradores mais antigos e mais velhos, geralmente, os donos dos apartamentos, muitas vezes, dividem o espaço com os filhos já adultos, casados e com filhos, além de outros familiares, como genros, noras, entre outros. A situação ocorre sobretudo pela dificuldade das gerações mais jovens conseguir uma moradia e renda própria, sendo que, além da casa, muitas famílias também dependem dos idosos financeiramente, visto que sua aposentadoria é com frequência a principal ou, até mesmo a única fonte de renda da casa.

Em minha prática profissional, observo a proximidade que existe entre os moradores dessa região. Apesar de se tratar de uma área ampla com centenas de residentes, é interessante notar as relações interpessoais que reinam nessa área. As pessoas se conhecem, mesmo morando em outros blocos do

Cingapura, além disso, há um senso de solidariedade que paira no local, visto que, apesar da maioria dos moradores ter baixa renda, freqüentemente tomo conhecimento de famílias que receberam ajuda dos vizinhos, seja com dinheiro, alimento ou, até mesmo, transporte.

Outra característica da região é o elevado índice de violência. Há diversos moradores, em especial, homens jovens, envolvidos em ações ilegais, em especial, as relacionadas ao tráfico de drogas. O fato traz conseqüências desagradáveis para a população ali residente, como a freqüente ação policial que costuma ser violenta e desrespeitosa, as ameaças dos marginais e a constante sensação de insegurança. Os criminosos, por sua vez, impõem algumas leis próprias, como ao roubo e à violência sexual dentro da comunidade, que acarretam ameaça, agressão, expulsão da área e, até mesmo, morte do morador em alguns casos.

Além disso, durante meu trabalho nesta região, foi possível constatar o grande número de famílias que possuem ao menos um membro que está preso ou é ex-presidiário.

Estas características evidenciam uma área com graves problemas sociais, cujos moradores tentam contornar da melhor forma possível.

A seguir, apresento minha inserção na comunidade.

4.3.3 Relatando a Inserção no Campo de Pesquisa

O reconhecimento do campo que foi o cenário deste estudo, foi realizado, simultaneamente, com minhas atividades profissionais como enfermeira do PSF do Jardim São Jorge, o que inclui tarefas como visitas realizadas, freqüentemente, à comunidade, campo de estudo. Durante essas visitas, há a oportunidade de observar tanto as ruas da região, suas construções, aspectos físicos, em geral, a vida social cotidiana da população e suas moradias externa e internamente. Nas visitas, também, é possível captar os aspectos da interação social dos moradores e os intrafamiliares, que são expostos pelas pessoas, assim como relatos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), moradores antigos do bairro que conhecem peculiaridades da região.

Além disso, há o contato com a população dentro da própria UBS, local onde são realizados atendimentos de assistência básica.

Como enfermeira dessa unidade de PSF, desenvolvo diversas atividades que possibilitam meu encontro com a população do bairro, inclusive, com as mulheres idosas. Dentre essas atividades, citam-se atendimentos individuais realizados em consultas de enfermagem agendadas, no atendimento de demanda espontânea, coleta e entrega do resultado de exame de papanicolaou, na participação em grupos educativos e visitas domiciliares.

4.4 Coleta de Dados

Com a autorização da chefia da UBS (Anexo I) e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Prefeitura de São Paulo (Anexo II), a coleta de dados ocorreu entre setembro e outubro de 2005.

Ao definir que seriam entrevistadas mulheres com 50 anos de idade ou mais, moradoras na comunidade, tracei os critérios para inclusão e considerei aspectos próprios da pesquisa qualitativa para identificar quem seriam as informantes do estudo.

4.4.1 Escolha das Informantes

Para a escolha das informantes, inicialmente, considerei as observações de Gualda (2003) que as define como pessoas comuns, com conhecimento comum, que constroem sua própria experiência e dispõem-se a prestar informações.

Para a mesma autora, o informante deve ser alguém bem situado na comunidade sob estudo e aceitar manter uma proximidade com o pesquisador durante a pesquisa.

Com esse delineamento e facilitado pelo meu trabalho no PSF da região, considerei como critérios para inclusão nesta pesquisa as mulheres com 50

anos de idade ou mais, cadastradas no PSF e moradoras, há pelo menos um ano, na comunidade selecionada para a realização do estudo.

Embora a Organização Mundial da Saúde defina como idoso as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Heck, Langdon, 2004), adotei 50 anos como a idade mínima das mulheres envolvidas nesta pesquisa. Decisão tomada mediante os dados epidemiológicos sobre HIV/aids, e estudos encontrados na literatura onde não há uniformidade na idade dos sujeitos, porém a maioria das pesquisas trabalha com indivíduos na faixa etária acima dos 50 anos.

Como outros critérios para inclusão no estudo, as mulheres deveriam ter histórico de proximidade com a pesquisadora, apresentar facilidade para comunicação e concordar em participar da pesquisa.

Na pesquisa qualitativa, não há necessidade de determinar previamente o tamanho da amostra, pois, o princípio que a norteia é o da qualidade dos dados, visando a precisão que retrata o contexto como um todo. Dessa maneira, número de informante é aquele que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (Minayo, 1992; Gualda, Hoga, 1997). Assim, o número de informantes foi definido ao se alcançar a saturação dos dados.

Na comunidade escolhida para o estudo, no início da coleta de dados, existiam 62 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, destas, participaram do estudo 13 mulheres, cuja escolha foi baseada nos critérios descritos.

4.4.2 Descrevendo a Dinâmica de Obtenção de Dados

Inicialmente, realizei a busca nas fichas de cadastramento familiar do PSF e quando necessário, também, no prontuário da mulher para verificar aquelas que se enquadravam nos critérios de inclusão desta pesquisa. Então, construí uma listagem com seus nomes, cuja ordem foi baseada na facilidade de contato entre a mulher e a pesquisadora. Em seguida, realizei o primeiro contato com as mulheres identificadas em suas residências. O convite não foi feito na UBS pela dificuldade de encontrar e conversar com essas mulheres durante seu comparecimento a este serviço. Neste encontro, foi feito o convite para a participação no estudo, mediante o fornecimento de informações sobre o mesmo, como objetivos, método de coleta de dados, divulgação dos resultados, garantia do sigilo sobre os sujeitos de pesquisa, voluntariedade para participar e ausência de prejuízo na assistência prestada na UBS/PSF.

Em seguida, as mulheres que concordaram participar do estudo, puderam escolher entre sua residência e a UBS para a realização da entrevista, em horário e data por elas determinado. Todas as informantes optaram pelas suas residências.

No momento da entrevista, com respeito à Resolução 196/96 e precedendo as respostas para a pesquisa, as informantes assinaram, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III). Uma cópia foi entregue à mulher e a outra ficou sob minha guarda.

O instrumento (Anexo IV) com os dados de identificação da informante (Parte I) eu o preenchia e, a seguir, era feita a questão norteadora (Parte II), *“Fale para mim como é viver sabendo que existe a aids”*, iniciando-se a gravação em fita cassete.

Caso a mulher não abordasse sua percepção de risco frente à epidemia de aids ou a adoção de medidas preventivas eram realizadas perguntas complementares (Parte III).

4.5 Estudo Piloto

Em agosto de 2005, realizei entrevista piloto com uma mulher que atendia aos critérios de inclusão, porém que residia em uma microárea da área Laranja que não foi incluída no estudo. Este procedimento foi realizado com o intuito de verificar a adequabilidade das questões de identificação e da pergunta norteadora da pesquisa com relação à sua compreensão da entrevistada e à capacidade do instrumento em proporcionar o alcance dos objetivos traçados. Como a análise dessa primeira entrevista foi positiva, nenhuma alteração foi realizada, iniciando-se, em seguida, a coleta de dados.

4.6 Tratamento dos Dados

Na pesquisa qualitativa, a coleta de dados e a análise ocorrem, no geral, paralelamente, o que determina a identificação dos dados obtidos e aponta para a necessidade de continuidade ou não de novas entrevistas.

Assim, cada entrevista foi transcrita na íntegra e os dados foram tratados pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) descrito, a seguir.

4.6.1 O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

Esta é uma proposta de organização de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de diversas maneiras. Esta metodologia visa a tornar mais clara uma dada situação, assim como o conjunto de crenças, afirmações e valores que constituem um dado imaginário. A técnica do DSC busca a discursividade, que é definida como própria e indissociável do pensamento coletivo, almejando preservá-la desde a elaboração das perguntas, passando pela coleta e pelo processamento dos dados, até a apresentação dos resultados da pesquisa. Dessa maneira, com o emprego do DSC, os relatos não se reduzem a uma categoria comum, visto que o que se busca é a reconstrução com trechos de discursos individuais, um número de discursos-síntese que se julgue necessário para expressar um dado pensar ou a representação sobre um fenômeno (Lefèvre, Lefèvre, 2003).

Os mesmos autores discorrem que para se obter as descrições de pensamentos, de crenças e valores em escala coletiva é preciso produzir um tipo de soma de discursos. Para conseguir que as pessoas expressem um pensamento/discurso, é necessário o emprego de questões abertas (Lefèvre, Lefèvre, 2003).

O DSC consiste em analisar o material verbal coletado individualmente extraindo-se das fontes, as idéias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chave; compondo com as expressões-chave das idéias centrais ou ancoragens semelhantes um ou mais discursos-síntese emitidos na primeira pessoa do singular. O enunciado feito na primeira pessoa do singular tem o objetivo de sugerir uma pessoa coletiva falando como se fosse um sujeito individual de discurso (Lefèvre, Lefèvre, 2003).

Lefèvre, Lefèvre (2003) apontam que, para a produção dos DSC, devem ser utilizadas as seguintes figuras metodológicas empregadas neste estudo:

- *Expressões-Chave (ECH)*: são pedaços, trechos ou transcrições literais do relato do informante que revelam a essência de seu conteúdo discursivo. São consideradas a matéria-prima dos DSC.
- *Idéia Central (IC)*: é um nome ou expressão lingüística que descreve de maneira objetiva o sentido de cada ECH dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH.
- *Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)*: formado pelo conjunto de IC similares, tem como função a individualização de um dado discurso. As

ECH que o compõem mostram suas especificidades o que permite distingui-lo de outros discursos.

Para a realização deste estudo, segui os passos definidos pelo método (Lefèvre, Lefèvre, 2003), ou seja:

Transcrição e leitura cuidadosa de cada depoimento, seleção dos trechos dos relatos que considere relevantes ao estudo, destacando-os do texto e obtendo assim as ECH.

Em seguida, busquei uma descrição objetiva e sucinta para as várias ECH identificadas em cada relato, definindo, assim, cada IC.

A tarefa seguinte constituiu-se em agrupar por similaridade as IC obtidas em cada relato acompanhadas pelas ECH correspondentes.

O próximo passo foi reunir as IC semelhantes obtidas dentre todos os relatos e, em seguida, construir cada DSC elaborado com as ECH, baseadas nas IC agrupadas anteriormente.

Dessa forma, obtive os discursos narrados na primeira pessoa do singular, com conteúdo em sequência lógica e que representam o pensamento coletivo das informantes do estudo.

A seguir, apresento os resultados obtidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, serão apresentados os dados referentes às características das 13 informantes do estudo e, em seguida, os 12 Discursos do Sujeito Coletivo com os comentários e a discussão de cada um deles.

5.1 Caracterização das Mulheres Entrevistadas

Os dados da Parte I do Instrumento de Coleta (Anexo IV) apresentam as características das informantes:

5.1.1 Idade

A idade das informantes variou entre 50 e 72 anos; dez mulheres tinham entre 50 e 59 anos de idade; uma, 67 anos e duas, idade superior a 70 anos.

5.1.2 Religião

Todas as informantes referiram seguir alguma doutrina religiosa. O catolicismo foi citado por cinco das entrevistadas e as outras oito referiram seguir o culto evangélico.

5.1.3 Raça/Cor da Pele

A raça/cor da pele foi classificada, conforme relato da própria informante. Entre as entrevistadas, seis se declararam brancas, seis como pardas e uma como negra.

5.1.4 Naturalidade

Nenhuma das informantes nasceu no Município de São Paulo. A maioria (oito) é natural da Região Nordeste do Brasil, três mulheres citaram como estado de origem Minas Gerais, uma São Paulo e uma o Rio de Janeiro.

5.1.5 Tempo de Residência em São Paulo

O tempo de residência no Município também variou entre as informantes: seis citaram entre 9 e 23 anos; seis entre 33 e 40 anos e uma há 50 anos.

5.1.6 Tempo de Residência na Comunidade

O tempo de residência na comunidade sob estudo variou entre as informantes; cinco referiram morar no local entre dois e cinco anos, quatro entre seis e dez anos, duas entre 11 e 14 anos e duas há mais de 20 anos, sendo o maior tempo referido de 40 anos.

5.1.7 Anos de Estudo

Neste item, foram considerados os anos completos de estudo, os dados mostram o predomínio de baixa escolaridade entre as informantes, fato concorde com os dados empíricos obtidos por meio de meu trabalho como enfermeira na comunidade, onde é reconhecidamente alto o índice de analfabetismo e o nível baixo de escolaridade de seus moradores.

Do total de treze informantes, duas nunca freqüentaram a escola, sete estudaram entre um e três anos, três entre quatro e seis anos, e só uma referiu 11 anos de estudo.

5.1.8 Trabalho Remunerado

Entre as informantes, só duas estavam trabalhando no momento da entrevista, ambas como babá. Outras duas eram aposentadas, duas eram pensionistas, duas estavam em licença-médica e cinco não tinham nenhuma fonte de renda própria.

5.1.9 Renda Familiar

A renda familiar referida pelas entrevistadas variou de R\$ 1.800,00 a nenhuma.

Ao considerar o valor atual do salário mínimo no Brasil (R\$ 350,00), três mulheres citaram renda inferior a um salário; uma delas não tinha nenhuma renda; quatro referiram renda entre um e quatro salários; três entre dois e três salários; uma renda entre quatro e cinco salários, e uma tinha renda superior a cinco salários mínimos. Vale acrescentar que uma informante que não tinha renda própria, disse desconhecer a renda familiar.

5.1.10 Renda Per Capita Mensal

Como é freqüentemente observado na comunidade sob estudo, as pessoas mais velhas, além de arcarem com as despesas da própria casa, também ajudam financeiramente familiares que residem em outros locais, em especial, filhos. Ao perguntar às informantes o número de pessoas que dependia da renda familiar referida, verifiquei que entre as 11 mulheres que relataram alguma renda familiar, seis tinham renda per capita inferior a meio salário mínimo, duas entre meio e um salário e três entre um e dois salários. Esta situação reforça a caracterização do grupo estudado, como moradores de uma comunidade de baixa renda.

5.1.11 Número de Pessoas que Moram na Mesma Residência

As entrevistas foram realizadas com mulheres que moravam em companhia de apenas uma pessoa, até membros de famílias mais numerosas que incluíam filhos e netos, entre outros familiares. Residências com até três moradores foram citadas por nove mulheres e a maior família citada correspondeu à composta por oito pessoas.

Dentre as treze residências, cinco informantes habitavam com crianças, a maioria constituía-se de netas das mulheres entrevistadas. O fato indica o convívio de gerações diferentes de uma mesma família sob o mesmo teto, fato comum nessa região, como citado anteriormente.

5.1.12 Lazer

As informantes tiveram a liberdade de citar todas as atividades que realizavam, que consideravam como lazer.

A fonte de lazer mais citada foi a frequência ao culto religioso, sendo indicada por cinco mulheres, seguida pela televisão citada por quatro informantes, visitas/conversas com familiares e conhecidos foram referidas por três mulheres, fazer crochê também foi citada por três mulheres e cuidar da horta, dos netos, da casa e costurar foram atividades citadas apenas uma vez.

5.1.13 Relacionamento Estável

As respostas sobre o estado marital das informantes referiram-se à condição atual da entrevistada. Não foram considerados relacionamentos encerrados anteriormente.

No momento da entrevista, a vivência de relacionamento estável foi citada por cinco mulheres.

5.1.14 Tempo de Duração do Relacionamento Estável

Entre as cinco mulheres que mantinham relacionamento estável, o tempo de união com o parceiro variou entre quatro e 36 anos.

Vale ressaltar que as demais informantes declararam ter vivido, pelo menos, um relacionamento estável em suas vidas, que se encerrou com a morte do parceiro ou por separação.

5.1.15 Relação Sexual nos Últimos Seis Meses

Entre as treze informantes, só três mulheres relataram ter tido relação sexual nos últimos seis meses, apesar de cinco estar vivendo relacionamento estável no momento da entrevista.

O reduzido número de mulheres que se declarou como sexualmente ativa nos últimos seis meses, é condizente com dados encontrados em pesquisa nacional realizada com 3.324 sujeitos, entre 16 e 65 anos de idade que

demonstraram decréscimo da vida sexual com o avançar da idade, visto que na faixa etária de 26 a 40 anos, 16% das mulheres e 6,4% dos homens negaram ter tido relação sexual nos últimos 12 meses; e na faixa etária de 56 e 65 anos, 62,8% das mulheres e 7,3% dos homens negaram atividade sexual no mesmo período (Centro Brasileiro de Análises e Planejamento - CEBRAP, Brasil, 2000).

5.1.16 Uso do Preservativo nos Últimos Seis Meses

Nenhuma das três informantes que referiram relação sexual nos últimos seis meses, declarou ter usado preservativo nesse período.

5.1.17 Realização do Teste Anti-HIV

Somente duas informantes relataram já ter realizado o teste anti-HIV em algum momento de suas vidas.

5.1.18 Fonte de Informações a Respeito do HIV/Aids

A principal fonte de informação sobre o HIV/aids referida foi a televisão, sendo citada por dez informantes, seguida de conversas com conhecidos, citadas por cinco entrevistadas. O rádio foi referido por duas, informações obtidas pelo adoecimento de familiar próximo foram citadas como fonte por duas mulheres e leitura de revista e cartazes em serviços de saúde foram apontados por uma informante.

5.1.19 Tipo de Moradia

Todas as treze mulheres que participaram desta pesquisa residiam em apartamentos dos prédios do Cingapura.

A seguir, apresento os DSC construídos pautados nos relatos das treze informantes.

5.2 Discurso do Sujeito Coletivo

O tratamento dos dados da questão norteadora, segundo o método do DSC, citado anteriormente, possibilitou encontrar 67 Idéias Centrais que resultaram na construção de 12 DSC apresentados a seguir:

- DSC 1: Não se preocupando com a aids
- DSC 2: Acreditando na maior susceptibilidade dos jovens
- DSC 3: Valorizando a prevenção
- DSC 4: Acreditando que as pessoas não se preocupam com a aids
- DSC 5: Acreditando não ser possível identificar o doente pela aparência
- DSC 6: Apontando fluídos corpóreos como fontes de transmissão do HIV

- DSC 7: Atribuindo um significado religioso à aids
- DSC 8: Temendo a aids por ser uma doença sem cura
- DSC 9: Descrevendo a imagem de quem vive com a aids
- DSC 10: Ouvindo falar pouco sobre a aids
- DSC 11: Desconhecendo a aids
- DSC 12: Não usando preservativo pela diminuição do prazer

Neste momento, apresento os DSC, as IC que os originaram, os comentários e a discussão dos dados à luz dos autores encontrados na literatura.

5.2.1 DSC 1

NÃO SE PREOCUPANDO COM A AIDS

Idéias Centrais que compõem este DSC

- Acreditando não ser possível pegar aids do marido;
- Não se preocupando com a aids;
- Não prevenindo a transmissão do HIV nas relações sexuais;
- Não realizando o teste anti-HIV;
- Nunca usando o preservativo para evitar a transmissão sexual do HIV.

Você sabe que eu nem penso nisso? Nunca dei nem quarentena, eu nunca nem coloquei na cabeça. Quando a gente não está passando por aquilo, a gente ouve, escuta e fica quieta. Não é de conhecimento meu, aí também nunca pensei. Na minha própria família mesmo eu nunca vi esse problema. Aí não me preocupo tanto. Eu não penso na aids. Eu não penso em nada de ruim não. Que adianta pensar, né?! Eu não me preocupo com isso. Sobre isso eu sei que não tem problema nenhum. É só eu e o meu marido, e eu confio nele. Eu acho que a mulher dele sou só eu mesmo, então não tem perigo. Eu acho que em casa não tem problema. Eu tenho meu marido e eu sei onde ele vai, de onde ele vem; eu quero dizer, nisso eu não corro risco nenhum. Se eu visse que ele sai para outros lugares assim, a não ser no trabalho, na casa de um parente, no domingo, num feriado, coisa assim eu ia ter medo. Se eu visse ele sair, mas de noite está todo mundo aqui dentro de casa. Nunca teve assim por onde eu desconfiar. Aqui, em São Paulo, eu acho que ele nunca foi homem para isso, para me trair com outra, porque ele já me traiu, né?! Uma vez, mas eu acho que aqui é impossível. Antigamente pode ser que eu até tinha medo,

mas agora eu não tenho “cisma”. Eu não penso. Eu não guardo nada assim na minha cabeça, de coisa ruim. Está certo que falaram para mim que ele é “muiezero”, que, no bar, estava bebendo com mulher, né?! Estava na farra com as mulheres, agora se ele saía eu não sei. Eu não me preocupo, para ser sincera, se eu falar que eu me preocupo vou estar mentindo. Nem passa pela minha cabeça. Ele não tem contato com outra pessoa, é só comigo mesmo. Ele tem muito medo de ficar doente, dessas doenças ele tem muito medo. Então, ele tem filho também, e como eu dou conselho para os meus filhos, para os dele também ele orienta a mesma coisa. Então, se eu aconselho, oriento o outro, é porque eu não vou fazer, né?! Então eu acho que com ele não tem problema. Pode até ser que eu esteja confiando (risos), mas eu confio nele, eu não tenho medo de pegar. Nada interfere assim, para mim não. No meu caso não, porque eu só fico em casa mesmo, minha casa, meu marido, então não tem assim, essas coisas de aids. Nunca me preocupei porque nunca fiz nada que viesse a me comprometer. Sinceramente eu nunca fiz nada para evitar nada. Eu não uso camisinha. Nunca usei. Não previno assim de nada não. Eu não uso camisinha, porque eu não gosto mesmo, só de ouvir o povo, é por isso mesmo que eu acho que já não gosto, que eu nunca usei e não vou usar camisinha nenhuma. Eu vejo o povo dizer que usa, eu não uso. Essa precaução eu não tomo, eu não tomo precaução nenhuma, não tenho os cuidados de usar camisinha. Eu sei que aqui na minha casa eu não cuido. Eu sei que o certo é usar, né?! Mas aqui dentro da minha casa não se usa. Sinceramente eu nunca fiz nada assim para evitar. Você sabe quantos filhos eu tive? Eu tive nove filhos. Eu com ele não me preocupo não, graças a Deus a gente está bem. As vezes eu nem penso, sei que existe a doença perigosa, mas as vezes eu nem penso nisso. Nem passa pela cabeça, com ele não me preocupo não. Ele nunca teve nada, eu estou bem e ele está também. Sobre isso ele também é limpo. Eu digo logo limpo porque ele não tem esse problema. Tem o sangue limpo. Porque quando a pessoa tem qualquer problema é no sangue que dá. Sobre isso ele tem saúde. Acho que ele não tem esse problema porque ele está bem. Se você

confiar no marido, né?! Se confiar nele tudo bem, aí pode usar, mas não precisa usar, se souber que o marido é só para gente. Acho também que as pessoas que têm suas esposas, suas mulheres, não vão andar caçando outras mulheres por aí. Se ele tem uma mulher, ele precisa também se resguardar para não estar saindo com uma e com outra, para depois não estar “jogando” na outra mulher. Eu não penso, não penso assim, para pôr na minha cabeça, para ficar com aquilo “incuada” toda vida pensando, né?! Quando vou no postinho eu sei o cuidado que elas têm lá, também né?! Quando eu vou no hospital eu presto atenção nas coisas também. Eu também nunca fiz exame porque nunca pediram para fazer também, nunca nem postinho nem nada. Mas espero que Deus me livre. Eu acho que eu não tenho não.

Neste DSC, nota-se a distância entre o cotidiano dessas mulheres e a aids, por não conviverem com portador do HIV, como um dos motivos para a despreocupação com a aids. Além do que não pensam em “coisas ruins”, como a aids por acreditarem ser desnecessário, sendo a crença na fidelidade do parceiro a resposta para tal atitude.

No discurso, percebo que as mulheres não vêem a aids como uma ameaça à sua saúde, pois não se sentem em risco de se infectarem pelo HIV. Esta sensação de imunidade é justificada pelos relatos que considero contraditórios com relação ao conhecimento sobre a fidelidade do parceiro e suas implicações.

Para Strombeck, Levy (1998), os idosos são menos prováveis de se perceberem em risco de se infectarem pelo HIV. Fato comprovado pelos resultados de pesquisa realizada em Massachusetts (EUA) com 242 mulheres

com idade entre 58 e 67 anos, ao identificarem que 79% da amostra consideravam reduzidas suas chances em se infectar pelo HIV, enquanto 14% desconheciam suas chances e 6% não souberam responder (Yates et al., 1999).

Pesquisa realizada nos EUA com homens e mulheres com idade entre 18 e 64 anos, identificou que a percepção de risco decai com o avançar da idade, visto que a porcentagem de sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos que citaram mudanças com relação ao comportamento sexual nos últimos 12 meses em razão da aids foi de 5%, contrastando com 16,6% no grupo mais jovem (Mack, Bland, 1999).

Como exposto, o DSC sob discussão mostra que as mulheres sob estudo acreditam que o comportamento infiel do parceiro potencializa o risco de infecção pelo HIV. Este seria uma indicação para a adoção de medidas preventivas com o parceiro, contudo identifica-se que a reflexão dessas mulheres sobre esse tema não condiz com o comportamento adotado. Reconhecem a ocorrência no passado de traições conjugais do parceiro; ao mesmo tempo, afirmam que “em casa não tem problema”, por não acreditarem que este tipo de situação continue ocorrendo. Fazem essa afirmação baseadas no comportamento atual do parceiro que, aparentemente, dedica-se somente à família e ao trabalho. Por outro lado, relatam que têm conhecimento de situações que insinuam infidelidade, como o fato de ouvirem falar que o marido “estava na farra com as mulheres”.

Apesar do conhecimento das traições conjugais, acreditam na fidelidade do parceiro e visualizam-na como um escudo protetor contra a aids. Motivo que as leva a não se preocupar com o HIV; no entanto, citam acreditar que o conhecimento de novos casos extraconjugais do parceiro iria fazê-las preocupar-se. A afirmação deixa sem resposta a questão: “Se realmente o conhecimento da infidelidade do parceiro desencadeia a adoção de medidas preventivas por essas mulheres, porque elas relatam que nunca usaram o preservativo?”

Pesquisa realizada no Município do Rio de Janeiro com mulheres infectadas pelo HIV por meio de relações sexuais com parceiros fixos, identificou situação semelhante à encontrada neste estudo. Seus resultados mostraram que todas as entrevistadas sabiam e aceitavam outros relacionamentos de seus parceiros, pois consideravam como algo natural para o homem dada à sua natureza, que é diferente da da mulher. O estudo verificou, também, que, embora essas mulheres tenham conhecimento de que os parceiros mantinham relações sexuais com outras pessoas, elas não utilizavam o preservativo por se sentirem protegidas pelo relacionamento estável (Xavier, 2001).

Para Guimarães (1996), a passividade e a tolerância da mulher em relação à infidelidade masculina é ponto importante na discussão sobre a sexualidade feminina e sua relação com a aids.

Quanto à infidelidade masculina, pesquisa realizada com 53 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos moradoras em uma comunidade de baixa

renda no Município de São Paulo, identificou que 39,6% da amostra acreditavam que o atual ou o último parceiro tinha/tivera outra parceira. Quando questionadas sobre o fato, 42,8% destas informaram que não gostavam da situação, mas não fizeram nada para modificá-la; outras 42,8% referiram que se separaram do parceiro (Praça, Barbosa 2004)⁴.

Sob análise, o DSC evidencia a importância das relações de gênero frente à epidemia de aids. Para Barbosa (1999), o aumento de casos de aids entre as mulheres revela que as questões de gênero estão presentes, desde o início na determinação e na representação da epidemia.

Takahashi, Shima, Souza (1998) acreditam que o fato da mulher assumir uma multiplicidade de papéis – filha, esposa, mãe, dona de casa e/ou trabalhadora - pode levá-la, muitas vezes, a descuidar do próprio corpo e saúde.

A sexualidade feminina, compreendida pelo conceito de gênero, explica a dificuldade da idéia de prevenção do HIV entre as mulheres. Isto porque o amor, no mundo feminino adquire forte sentido de abnegação, de negação de si mesma em função do outro e a prevenção implica interpor uma racionalidade ao desejo, que é do outro. Além disso, caracteriza-se por um exercício constante do desconhecer, silenciar e conformar-se. Esta cultura feminina explicita uma relação de desconhecimento das suas características físicas, biológicas e emocionais, cujos tabus e preconceitos circundam a expressão da sexualidade, sendo verdadeiras estratégias de silêncio. Dessa maneira, ao

⁴ Ibid. p.28.

reforçar o caráter de pureza, ingenuidade, fragilidade e inferioridade, atributos necessários à conservação da imagem da mulher (Barbosa, Villela, 1996; Guimarães, 1996).

Em contrapartida, o homem é visto como possuidor de um caráter sexual incontrolável, indomável, que requer satisfação sempre imediata. Não recusando nunca um relacionamento sexual, mesmo este sendo extraconjugal, provando, assim, sua virilidade. Ao se considerar, casos extraconjugais como algo natural do mundo masculino, acreditam que determinadas práticas sexuais não devem ser realizadas com a esposa, sendo necessário buscar a realização de suas fantasias com outras pessoas. (Guerriero, Ayres, Hearst, 2002; Silva, 2002).

Dessa maneira, as diferentes construções de papéis sexuais, como sendo naturais nas relações entre homem e mulher, de certa forma, dificultam a conscientização feminina sobre a epidemia de aids (Guimarães, 1996).

Diante desta situação, Guerriero, Ayres, Hearst (2002) e Silva (2002), acreditam que trabalhos preventivos que sugerem a monogamia não são efetivos, já que relações extraconjugais fazem parte da realidade de homens casados, sendo necessário reforçar a importância do uso de medidas preventivas aos casos extraconjugais.

A falta de percepção de risco também foi encontrada em pesquisa realizada com mulheres soropositivas no Estado do Ceará, a qual identificou que, por acreditarem no parceiro, as mulheres sob estudo nunca pensaram que poderiam contrair o HIV, mesmo aquelas que desconfiavam da fidelidade do

parceiro não se preocupavam com a própria proteção (Barroso, Miranda, Pinheiro, 1998).

Pesquisa realizada em Maringá-PR, com 26 mulheres com HIV identificou que todas as entrevistadas afirmaram que não tinham percebido o risco de contágio, por não se considerarem vulneráveis ao HIV ou por lhes faltar informações, não adotaram comportamentos preventivos (Alves et al., 2002).

Resultados semelhantes foram encontrados por Paiva et al. (1998) em pesquisa realizada com 150 mulheres infectadas pelo HIV que freqüentavam um serviço de referência para o tratamento de DST/aids no Município de São Paulo. O estudo mostrou que 59% das entrevistadas nunca tinham pensado em ser soropositivas até receberem o resultado do teste anti-HIV. Dessas, mais de um terço disse que não se preocupava com a questão, porque não fazia parte do “grupo de risco”, nem tinha “comportamento de risco” ou confiava no marido.

Pesquisa qualitativa realizada com mulheres moradoras em uma comunidade de baixa renda, também, constatou ausência da percepção de risco à infecção pelo HIV em razão da certeza na fidelidade do parceiro, associada à despreocupação para avaliar a própria condição diante da possibilidade de se infectarem pelo HIV, embora considerassem a aids uma doença letal (Praça, Gualda, 2003).

Os resultados dessas pesquisas demonstram a complexidade que envolve a adoção de medidas preventivas contra a aids e a própria percepção de risco, mesmo quando a infidelidade do parceiro é conhecida.

O DSC sob análise mostrou que as mulheres acreditam também que a fidelidade conjugal é motivada pelo medo da aids e, assim, crêem que seus parceiros não se arriscam a se infectar pelo HIV, tendo relações com outras mulheres. Acrescentam o fato de os parceiros aconselharem os filhos, como indicativo de seu conhecimento e de sua conscientização sobre a importância de prevenir a aids.

Para justificar a crença em sua imunidade à aids, além do comportamento do parceiro, as mulheres deste estudo consideram que nunca tiveram atitudes que as pudessem colocar em risco. Não houve possibilidade de se especificar, quais seriam essas atitudes, mas com base nos discursos que serão apresentados a seguir, provavelmente, referissem à multiplicidade de parceiros e ao uso de drogas endovenosas.

O uso do preservativo é um tópico que chama a atenção no DSC sob análise, embora reconheçam a importância de seu uso para a prevenção do HIV, as mulheres relataram que nunca o utilizaram e nem demonstram intenção de usá-lo. Diversos autores discorrem sobre as barreiras que as mulheres encontram para usar o preservativo, sobretudo, pela dificuldade de negociar com o parceiro. Entretanto, neste discurso não houve menção sobre a interferência do parceiro. Enfatizam que não usam porque não gostam, ainda que jamais tivessem experienciado seu emprego. Pode-se inferir que o não uso do preservativo esteja associado à não percepção de risco.

Neste aspecto, Whipple, Scura (1989) apontam a falta de percepção de risco à infecção pelo HIV como motivo para o não uso do preservativo pelos idosos, além disso, citam a despreocupação com a contracepção neste grupo.

O não uso do preservativo entre idosas também foi encontrado em pesquisa realizada com mulheres atendidas na rede primária de saúde de Campinas–SP, este estudo identificou que, quanto maior a faixa etária, era mais elevada a frequência de mulheres que nunca tinham usado o preservativo e menor era a frequência dentre aquelas que o haviam usado repetidamente (Fernandes et al., 2000).

Os dados de pesquisas realizadas no País, referentes ao uso do preservativo entre as idosas são concordes com os de pesquisas internacionais. Estudo conduzido nos EUA, com 556 mulheres com aids, infectadas por relação heterossexual, também, identificou que as mulheres com idade igual ou superior a 50 anos foram as que mais citaram nunca terem usado preservativo, antes do diagnóstico (Schable, Chu, Diaz, 1996).

Para Zablotzky (1998), as mulheres idosas encontram maior dificuldade para discutir o uso do preservativo com o parceiro em comparação às mais jovens quando se deparam com a suspeita do comportamento do marido com relação ao risco de se infectar pelo HIV, notadamente pelo fato de, muitas vezes, nunca o ter usado em um relacionamento com anos de duração

Embora reconheçam a traição conjugal, o DSC mostra que as mulheres acreditam ainda ser possível crer na fidelidade do parceiro e, com a certeza,

vivenciam um relacionamento monogâmico, sendo o uso do preservativo dispensável.

A relação entre confiança e uso do condom foi pesquisada com 1.298 homens e mulheres sexualmente ativos em todo Brasil. O estudo mostrou que 30,2% da amostra citaram a relação de confiança, como justificativa para o não uso do preservativo na última relação sexual; e outros 22,8% referiram o casamento ou parceiro fixo como justificativa (Paiva et al., 2003).

A idéia de que a existência de parceiro fixo ou único é uma forma de prevenção de DST, também, foi encontrada em pesquisa realizada com mulheres atendidas na rede primária de saúde de Campinas – SP (Fernandes et al., 2000).

Neste estudo, vale acrescentar que, entre as entrevistadas, existem mulheres que estão convivendo com um segundo parceiro; outras que são viúvas ou separadas, mas que após o fim de seus relacionamentos tiveram outros companheiros. Contudo, julgo que ao referirem que não há “perigo” com relação à aids, aparentemente se esquecem de que os parceiros, assim como elas próprias, tiveram uma vivência anterior ao relacionamento em questão, com outras parceiras e comportamentos, que poderiam tê-los infectado pelo HIV, sem o conhecimento de ambos. A história pregressa do parceiro é ignorada, não sendo considerada na construção da percepção de risco de aids entre essas mulheres.

Lieberman (2000) e Goodroad (2003) acreditam que a falta de percepção de risco entre os idosos também resulta em menos oportunidades de testagem para o HIV, por não procurarem por esse tipo de serviço.

Neste estudo, encontrei resultados semelhantes aos apontados na literatura, pois verifico que a não solicitação da testagem pelo profissional de saúde contribui para a não realização do teste pelas idosas.

Pesquisa realizada nos EUA com homens e mulheres com idade entre oito e 64 anos identificou diferenças com relação à testagem para o HIV com relação à faixa etária, visto que 26,6% dos sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos já tinham realizado o teste anti-HIV, contra 46,8% do grupo mais jovem. As razões para a realização do exame variaram com a idade; sendo, entre os mais velhos, os principais motivos: a realização de *check up* (23,1%), hospitalizações (15,6%) e para conhecer o estado sorológico (15,5%); para os mais jovens, foram: para conhecer o estado sorológico (21,5%), *check up* (13,4%) e gravidez (12,1%). Entre os respondentes com idade igual ou superior a 50 anos, também, foi encontrado que os homens foram mais testados para o HIV do que as mulheres, com 32,9% e 20,8%, respectivamente (Mack, Bland, 1999).

A consequência da menor frequência de testagem nos idosos é a ocorrência de diagnóstico tardio nesse grupo. Fato constatado em pesquisa realizada nos EUA com 2.864 infectados pelo HIV que encontrou maior frequência do diagnóstico, somente na presença de doença, em pessoa com idade acima de 50 anos (Zingmond et al., 2001).

Outro fato a ser considerado é a despreocupação quanto à aids pelo fato de reconhecerem o parceiro como saudável, o que contradiz com o conteúdo apresentado em discursos posteriores, quando discorreram não ser possível diferenciar o doente de aids apenas pela aparência.

5.2.2 DSC 2

ACREDITANDO QUE OS JOVENS SÃO MAIS SUSCEPTÍVEIS À AIDS

Idéias Centrais que compõem este DSC:

- Acreditando que as mães devem conversar mais com os filhos sobre como prevenir a aids;
- Acreditando que a ocorrência de gravidez na adolescência indica que este segmento não adota medidas preventivas referentes à infecção pelo HIV;
- Acreditando que os idosos adotam medidas preventivas referentes à infecção pelo HIV;
- Aconselhando os filhos sobre a aids.

A aids é uma doença que existe, mas e eu não penso, não me preocupo. Quer dizer, me preocupo porque tenho meus filhos, mas assim, com a minha pessoa eu não me preocupo. Tem os filhos, a gente pensa em tudo isso, mas eu não ponho muito na minha cabeça. Nos filhos, porque são todos jovens, mas comigo não, nunca me passou pela cabeça. Agora os filhos, eu falo “Vocês se cuidem”. Se é um filho que a gente vê que sai todas as noites para “balada” aí você já fica mais com “cisma”. Eu penso porque a gente não sabe o que fazem. Às vezes eu penso nos meus netos, mas de outra maneira não sai da cabeça. Nos netos eu penso porque gente nova são umas pessoas que não têm juízo, não pensam; têm juízo, mas não pensam, aí eu tenho medo, porque a gente não sabe, de repente vai fazer uma coisa aí fora, a gente não sabe com quem sai, nem sabe quem é sadio, quem é doente. Para os meus filhos e netos eu alerta muito, porque eu já vivi essa experiência (de perder alguém com aids).

Eu dou conselho para os meus filhos, minhas filhas. Eu falo para eles tomarem cuidado, principalmente meus filhos homens. Eles são safadinhos, e porque elas têm os maridos delas. A gente sempre fala “Cuidado com quem anda, com quem vai atrás”, né?! Tem sua mulher em casa, então cuida para depois não ter problemas, as conseqüências. Para eles tomarem cuidado, não sair com todo mundo; sair com uma moça que eles conheçam, e nem sair com mulher de vida torta, vagabunda. Porque eles, quando têm uma namorada, tem de ser só deles. Minhas filhas são todas casadas, são todas mulheres boas no meu pensar, não me preocupo. Com as minhas filhas estou sossegada, porque elas perderam uma irmã (com aids), então, acho que é por isso que elas se cuidam, né?! Eu alerto muito para não se envolverem com certas pessoas, com certo grupo de risco, a gente tem de vigiar, tem de ver com quem a gente pode construir uma amizade. O que eu mais oriento também é para não se envolverem com droga. Os jovens não têm muita cabeça para essas coisas. Eles estão começando a vida agora, então, eles não têm muito sentido do que acontece, não têm muita idéia na cabeça. Não é como meu caso que sou vivida, experiente, não tenho problema nenhum, agora essas meninas...Os mais velhos já devem ter cabeça para isso, né?! As pessoas de idade não têm esse negócio de ficar com um hoje e outro amanhã. São mais cautelosas em vários sentidos: usam preservativo, não pegam uma mulher hoje e outra amanhã, ficam com uma parceira ou parceiro por mais tempo. Mesmo que seja uma senhora ou um senhor que não seja casado, que seja solteiro, e vai namorar, ele vai se prevenir para uma gravidez, até mesmo para não pegar uma outra doença qualquer que não seja a aids, mas ele vai se prevenir por causa daquilo que ele já sabe que existe. Geralmente as pessoas mais velhas se preocupam de usar droga, têm muitos que usam, mas é mais oculto, mais encoberto, até mesmo para não verem seus nomes por aí. E os jovens não se importam com isso. O jovem não está nem aí, não se preocupa porque acha que a aids acabou, a maioria dos jovens adolescentes é assim, pensa que a aids acabou, que é passado, que não está mais aqui no Brasil, não têm medo.

Não vou dizer que sejam todos, mas a maioria não tem medo, não acredita, arruma namoradinha, namoradinho. Menino de dezesseis, dezessete anos não se preocupa, não se importa, tem um negócio de ficar, num baile só, fica com duas, três meninas ao mesmo tempo, fica com uma hoje e outra amanhã, cada dia com uma. Agora vai saber se ele se preocupa de se prevenir? Tem de se prevenir, se cuidar, eu acho que esse é o negócio. Os velhos também, que andam por aí “saltando a cerca” e traindo as mulheres, e as mulheres traindo os maridos. Precisa saber com quem vai sair. As pessoas que ainda são jovens, precisam prestar atenção, ter cuidado com quem saem, não andar saindo com qualquer pessoa sem saber o que é que ela tem. Uns, quando caem na “gandaia”, ficam com um, ficam com outro, não sabem com quem estão, então, é perigoso. Sair para essas “baladas”, que pega essas mocinhas, as mocinhas que pegam esses rapaizinhos, eu acho que tem de tomar alguma precaução, alguma providência de evitar, porque não sabem com quem estão mexendo. Às vezes pode ser que é uma pessoa sã e às vezes pode ter aquele vírus da aids e pode pegar, né?! O ponto fundamental de transmitir aids é na relação sexual, que essas crianças de hoje não têm medo. Acho que a maior “força” dos rapazes, das meninas, hoje, sabem muito bem o que pode e o que não pode fazer, né?! Eu acredito que previnem, mas ainda devem ter alguns que não previnem. Hoje não tem rapaz, nem moça, “besta” que vão fazer a coisa sem um preservativo. Tanto as adolescentes, como essas mulheres que vivem se prostituindo, que não se cuidam, arrumam esses rapazes que as mães não explicam que eles têm de usar camisinha. Vão saindo assim, não querem saber com quem. As meninas que não se dão valor, saem com qualquer um, aí, de repente, estão muitas com a aids. A maioria não se previne e logo “arruma barriga” (gravidez), e como elas “arrumam barriga” podem arrumar uma aids também, então, tem de se prevenir mesmo, senão elas acabam arriscando a vida delas. É tudo isso as consequências de quem não se cuida. Eu acredito que é porque não tomam as providências que precisam ser tomadas. Elas só acreditam que pega nos outros, nelas, elas não acreditam. Muitos sobrinhos

acreditam que não pegam, que não acontece isso na família, vai acontecer com outras pessoas. Eu falo “Vocês são jovens, são novos, se previnam”. Eles são jovens, eles andam por ai, têm de se prevenir, né?! Então, vou aconselhando os mais novos que sempre saem, arrumam namorada ou namorado. A aids é mais nos jovens por falta de explicações porque ninguém dá uma instrução. Tem mãe que não gosta de explicar as coisas para os filhos, né?! Às vezes tantas coisas que acontecem e é a mãe também que não explica, não quer falar. As filhas, às vezes até perguntam, e as mães não querem falar nada, não conversam com as filhas, por isso também elas vão “aprontando” por ai, porque não têm ninguém para conversar, para desabafar, para falar. As mães têm de conversar, ser mais abertas com os filhos, explicar como evitar a doença, não é só evitar a gravidez, é evitar doença. Se as mães fossem mais abertas com os filhos, não teria tanta doença assim.

Neste DSC, as mulheres relatam que não se preocupam com a aids em relação à própria saúde, mas admitem que pensam sobre essa doença porque possuem filhos e netos jovens, grupo considerado, por elas, mais susceptível à infecção pelo HIV, cujos motivos expostos no discurso são discutidos abaixo.

No DSC analisado, desenham a imagem do jovem como alguém irresponsável, despreocupado, carente de informações e promíscuo. Atribuem parte dessas características a sua pouca vivência, considerando-o, assim, imaturo com relação à prevenção da aids, o que propicia atitudes irresponsáveis que o colocam em risco de se infectarem pelo HIV.

Como comportamentos inerentes aos jovens, citam a multiplicidade de parceiros desconhecidos e a ausência da adoção de medidas preventivas. Na tentativa de justificar estas condutas, além de citarem a imaturidade, relatam

que os jovens não consideram a síndrome em seu contexto e sentem-se imunes a ela, acreditando que a doença não pode atingí-los, sendo a “doença do outro”.

Como fato comprobatório da não adoção de medidas preventivas à infecção pelos jovens, as mulheres associam a gravidez na adolescência à aids, ambas resultantes de atitudes descuidadas, ou seja, sem o uso do preservativo.

As idéias extraídas do DSC construído provêm do meio em que as mulheres vivem, pois elas relatam o que é possível observar das janelas de suas casas. Minha atuação profissional permite observar que, no local onde foi realizada esta pesquisa, o Cingapura, é elevado o número de adolescentes grávidas, sendo a maioria das gestações não planejadas e resultantes de relacionamentos recentes. Durante as consultas de pré-natal que, rotineiramente, realizo na UBS, investigo a vida sexual da gestante como parte da anamnese, quando constato que a vida sexual dos moradores dessa comunidade inicia-se precocemente, com ocorrência de alta rotatividade de parceiros.

Dados de pesquisa realizada em âmbito nacional, identificou que a vida sexual dos jovens tem começado cada vez mais precocemente. O estudo indicou que em 1984, a porcentagem de mulheres, entre 16 e 19 anos, era de 13,6% que já haviam iniciado a vida sexual, saltando para 32,3% em 1998 (CEBRAP, Brasil, 2000).

A ênfase dada à vida sexual dos jovens talvez tenha como uma das explicações, a maneira como as mulheres sob estudo foram educadas quanto a este aspecto. Estudo antropológico nacional, realizado com mulheres idosas, identificou nos depoimentos a visão da virgindade como valor máximo às mulheres solteiras (Bassit, 2004).

Ao mesmo tempo que as mulheres citam a desinformação e a imaturidade como causas da falta de prevenção da aids, acreditam que os jovens possuem conhecimento necessário para evitar a infecção pelo HIV, sobretudo em relação ao uso do preservativo.

Em contrapartida, acreditam que, por causa da experiência adquirida pela vivência e pelos hábitos de vida, os idosos não possuem múltiplos parceiros, cultivam relacionamentos estáveis por longos períodos, têm maior propensão para uso do preservativo; portanto, tomam cuidados que os tornam menos propensos a se infectarem pelo HIV.

Dados oriundos de pesquisa de âmbito nacional comprovam que a proporção de pessoas que vive uma relação estável e exclusiva aumenta com o avanço da idade, pois esse estudo verificou que 69,2% entre os jovens de 14 a 25 anos e 91,8% entre os indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos vivem nessa condição. Entretanto, a citada pesquisa encontrou o uso do preservativo, sendo mais comum entre os jovens (Paiva et al., 2003).

Assim como estudo realizado nos EUA com 1.114 sujeitos com idade igual ou superior a 50 anos, que identificou 8,8% dos participantes com, pelo menos, um comportamento considerado de risco à infecção pelo HIV, estando entre os

principais a multiplicidade de parceiros e o relato de parceiro com comportamento de risco conhecido (Stall, Catania, 1994).

Entre 1990 e 1998, pesquisa realizada em New York (EUA) com 198 indivíduos com idade igual ou superior a 55 anos, infectados pelo HIV, identificou que 47% citaram como comportamento de risco relações sexuais com parceiro considerado de risco, e 30% citaram o uso de drogas endovenosas (Shah et al., 2002).

As três pesquisas apontadas contrariam a crença das mulheres deste estudo com relação às atitudes da população idosa frente à aids; porém, Makulowich (1997) também cita a existência da crença entre os idosos, de que a aids é um problema da geração mais jovem. MacGregor (1994) atribui essa idéia ao fato de os idosos considerarem os jovens mais promíscuos e, assim, mais vulneráveis à infecção pelo HIV.

Pesquisa realizada com mulheres moradoras em uma comunidade de baixa renda no Município de São Paulo que vivenciavam a fase de maturidade do ciclo vital, verificou que essas mulheres mencionaram que o advento da aids fê-las mudar o comportamento apenas quanto à preocupação voltada aos filhos e netos, indivíduos carentes de informação (Praça, Barbosa, 2004)⁵.

Para Strombeck, Levy (1998), os comportamentos que colocam as pessoas em risco de se infectarem pelo HIV, não têm limite de idade. Além disso, acreditam que os idosos são menos propensos a adotarem medidas

⁵ Ibid. p.28.

preventivas referentes à aids do que os jovens quando se comparam os mesmos comportamentos.

Apesar de criticarem as atitudes dos jovens, as próprias mulheres admitem não pensarem na aids, o que reflete na não adoção de medidas preventivas, como veremos nos DSC seguintes.

Diante desta imagem sobre o jovem e sua susceptibilidade à infecção pelo HIV, noto a preocupação das mulheres deste estudo para com seus filhos e netos, em especial quando estes apresentam vida social intensa. A preocupação é justificada pelo fato de não terem como controlar seus movimentos no que diz respeito à escolha dos parceiros e amigos.

Verifico, também, diferenças com relação ao aconselhamento baseadas no sexo dos filhos. O discurso mostra que, para estas mulheres, é necessário oferecer aconselhamento prioritariamente aos filhos do que às filhas, pois acreditam que os homens adotam mais comportamentos ditos de risco, ao contrário das filhas, que casadas são vistas como “seguras” em um relacionamento estável. Além disso, aconselham os filhos a relacionarem-se com parceiras consideradas “boas”, entendendo-se por isso, mulheres fiéis de seu convívio.

O discurso realça, ainda, que é comum o aconselhamento que dão aos filhos e que não se restringem à escolha de parceiros, como também aos amigos. Relatam que os orientam a manter distância de pessoas que estão incluídas nos antigos, mas ainda presentes “grupos de risco” como os usuários de drogas endovenosas.

Para Alves et al. (2002), a associação da infecção pelo HIV a grupos específicos ainda é muito presente, repercutindo negativamente na percepção de risco das pessoas e a adoção de comportamentos preventivos à infecção pelo HIV, assim como a persistência de idéias discriminatórias.

Acredito que a preocupação com a orientação dos filhos que permeia este DSC, justifica-se pelo fato de que algumas mulheres perderam familiares com aids, o que as faz refletir sobre a importância de aconselhar os jovens da família.

A valorização do papel de mãe como fonte de informação sobre a aids é outro ponto relevante no DSC sob análise, pois as mulheres responsabilizam-na pelos comportamentos de risco adotados pelos jovens. Atribuem a maior disseminação da aids entre os jovens à falta de orientações das mães que, muitas vezes, não respondem às questões dos jovens, pois não gostam de conversar sobre o assunto. Consideram que tal atitude pode contribuir para a adoção de comportamentos perigosos pelos filhos que podem resultar na infecção pelo HIV.

Noto o elevado grau de responsabilidade atribuído às mães com relação à orientação dos filhos sobre a aids, pois as mulheres acreditam que as adolescentes e as prostitutas são expostas ao risco de infecção pelo HIV por meio de relações sexuais com jovens que podem estar desinformados sobre o valor do uso do preservativo pela falta de aconselhamento materno.

A visão das mulheres com relação ao papel da mãe na orientação dos filhos sobre a aids encontra possível explicação em Zablotsky (1998) ao

acreditar que a mulher é vista pela sociedade como a cuidadora da família, fato que interfere em seu comportamento com relação à saúde.

Pesquisa antropológica realizada em uma comunidade rural no município de Santo Cristo – RS, observou que as mulheres eram as responsáveis pelo cuidado individual no cotidiano da família, sendo iniciadas desde a infância pela avó, mãe ou responsável (Heck, Langdon, 2004).

A importância dos idosos, como conselheiros dos jovens sobre aids e sua prevenção, foi explorada por Yates et al. (1999) e Knodel, VanLandingham (2002). Os autores sugerem a criação de estratégias que capacitem e motivem os idosos a disseminar conhecimento sobre a aids, sobretudo para os filhos e familiares, por acreditarem no poder de influência desse segmento sobre os jovens, o que contribuiria para a prevenção da aids, que é facilitada pela proximidade de ambos ao viverem na mesma casa ou por residirem próximos.

Com relação ao uso de drogas, também, mencionam que os idosos são mais cuidadosos. É interessante notar que o cuidado citado não se refere ao uso de material descartável, mas, sim, à manutenção do sigilo sobre o vício, o que aumenta o risco de seus contatos para a infecção pelo HIV.

Ainda com relação ao uso de drogas, pesquisa realizada com 3.324 indivíduos entre 16 e 65 anos em todo território nacional constatou que o consumo de drogas psicoativas é maior entre os homens e decai com o avançar da idade (CEBRAP, Brasil, 2000).

Por outro lado, características dos idosos usuários de drogas foram pesquisadas nos EUA com 3.023 usuários de drogas, com idade entre 17 e 80

anos, que constatou que o grupo com idade igual ou superior a 50 anos, quando comparado a grupos mais jovens, costumava usar mais drogas endovenosas, porém, com menor frequência. Além disso, tinham maior cuidado em não compartilhar os materiais para o uso das drogas, e eram pessoas que iniciaram o uso de drogas mais tardiamente (Kwiatkowski, Booth, 2003).

5.2.3 DSC 3

VALORIZANDO A PREVENÇÃO

Idéias Centrais que compõem este DSC:

- Vendo importância na realização do teste anti-HIV;
- Sabendo que o HIV é sexualmente transmitido;
- Acreditando que as pessoas devem ter cuidado para evitar a aids;
- Sabendo que o preservativo previne a transmissão sexual do HIV;
- Acreditando ser possível infectar-se na relação com o marido se ele for infiel;
- Acreditando ser necessário adotar com o marido medidas preventivas referentes ao vírus da aids;
- Acreditando que há exames anti-HIV com resultado falsamente positivo;
- Relatando meios pelos quais a aids não é transmitida;
- Acreditando que o surgimento da aids favoreceu a fidelidade entre os casais;
- Acreditando ser possível infectar-se pelo HIV ao sentar-se em determinados locais.

Eu já ouvi falar que precisa se cuidar, agora não que eu saiba cuidar, eu não sei, sei que já ouvi falar que as pessoas têm que se prevenir, né?! Se tem essa doença, tem de se prevenir, se precaver, ter o máximo do cuidado, que é uma doença que acho que não tem cura, né?! A única coisa que eu penso é isso, que a pessoa tem de se cuidar, porque tem tanto jeito! Se todo mundo se cuidasse o risco era menor. Principalmente quem tem relação evitar, usando a

camisinha. Já que vai sair com parceiro que não conhece, só usando camisinha. É o que eu vejo falar, que é através do sexo que pega aids né?! Essa camisinha evita pegar doença, se evita ter filho, evita também qualquer doença que a pessoa tiver. A pessoa precisa ter muito cuidado para ter relacionamento, para ter cuidado com aquela pessoa que tem aquela doença. Se cuidar é não sair com um aqui e outro “acolá”, e não ter uma camisinha. Acho que é essencial a camisinha. Eu não sei se ela é contagiosa de qualquer maneira, mas o ponto final é esse, ter relação com homem ou com mulher, que diz que é onde pega mais a doença. Outra coisa, esse negócio de sexo oral, sexo de não sei o quê, sexo mesmo comum sem camisinha, não tenha dúvida que pega aids, né?! Eu acho assim, que quem deve pensar nisso é quem vai aprontando por fora, aí tem de pensar nas conseqüências. Eu preocupava se eu saísse com a pessoa, se tivesse um namorado, e fosse sair com ele, aí, talvez, eu pensaria, ía me prevenir, aí eu ia me cuidar. Acho que a pessoa que não se previne é porque é relaxada, né?! Acho que tem de se cuidar. Com a minha idade já não ía acontecer isso comigo, porque eu ía me prevenir de qualquer jeito. Se todo mundo se cuidasse, então, acho que tinha menos. De repente sai, não se previne, quando dá pega uma doença e não sabe como pegou. Quando arrumar um namorado, de qualquer maneira tem de se prevenir, né?! E a pessoa nem conhece direito, nem sabe de onde veio, mesmo se ela conhecer um “cara” hoje, não sabe a intimidade dele, não sabe se ele tem ou não tem essa doença, então tem de prevenir. É só isso que eu penso, tem de se precaver antes usando o preservativo que é o único jeito, a vacina não foi aprovada. Tem de ter muito cuidado, para depois não ter conseqüência quando vir a descobrir alguma coisa ser tarde demais. Se não se cuidar vão ter muitos por aí com essa doença. E eu acredito que eles sabem muito bem o que estão fazendo, hoje não é possível, hoje não tem ninguém bobo. Então, é o alerta que eu deixo para todos: evitem o máximo, que não é brincadeira! Eu vejo falar que o casal, mesmo dentro de casa, tem de usar o preservativo. Que mesmo mulher casada tem de se prevenir, porque às vezes vive com alguém

que a gente pensa, acha que ele vive só com a gente, mas a gente não sabe, né?! Porque tem homem também que não tem só você, aí está arriscado a pegar também. Geralmente os homens também saem com várias mulheres. Então, tem de usar camisinha. Tem de se prevenir de alguma maneira para não ter contato com esse tipo de doença. Quando eu tinha marido eu até me prevenia, eu usava preservativo porque eu não posso ter mais filho, e eu não confiava também, então, servia para evitar ficar com doença e para evitar filho também. Pensar a gente pensa, ainda mais depois que a gente é traída uma vez. Deus me livre guarde, se eu pegar uma coisa dessa, só se for mesmo o meu marido que trouxe ou então através de um sangue. E sabendo que o homem está traindo a gente com outra mulher, aí o medo da gente é maior. Vai confiar em marido hoje? Não dá para confiar, os maridos de hoje são safados. Quem vai confiar em alguém? Você pode confiar em alguém hoje em dia! Tem marido que tem uma aqui e outra lá embaixo, a gente não sabe, então tem de se prevenir, usar camisinha. Tem tantas mulheres que pegaram aids dos parceiros delas e elas nunca traíram os maridos, mas os maridos transmitiram o vírus para elas, né?! O cara dava os “pulinhos” dele, então, alguns deles pegavam, e traziam para a mulher. Trazem de lá para gente, lá de fora, quem sabe o quê vai fazer lá? E como ela pegou essa doença se ela não saía com ninguém? Até ela entender que pegou do próprio marido... Tem pessoas que é porque não se cuidaram, porque confiaram. É na confiança, porque na maioria dos casos ela é transmitida porque as mulheres confiam muito. Agora as mulheres não confiam tanto, né?! Mas antes, há uns anos, a mulher confiava muito. A partir de certo tempo começou a aparecer essa aids, muitos homens ficaram mais fiéis às mulheres, com medo, e as mulheres aos homens também. Então, por isso eles devem ter medo né?! Eu conheço gente que era separado da mulher, e voltou para a mulher depois que apareceu isso aí. Eu acho que com medo. Mas agora acho que já sabem mais se prevenir, então, começaram a relaxar de novo. Também é importante procurar fazer os exames certinho, sabe? Fazer o HIV, fazer os exames para ficar ciente que não tem o vírus. Tem

de procurar os postos para fazer os exames. A pessoa que pode fazer o teste do HIV tem mais é que fazer, tem de ir lá é fazer todos esses exames. Então, se você fizer o teste do HIV, você sabe que não tem o vírus, então você está mais tranqüila. É bom a gente fazer. Eu acho que hoje em dia quando um casal é inteligente, com responsabilidade, antes de se casar tem de fazer todos os exames primeiro, para saber se está tudo bem, se tem algum problema. Apesar que teve caso aí que as pessoas misturaram os exames e pessoas que não tinham, foi dado como se estivessem contaminadas. Agora outros cuidados, bem, eu não sento em banheiro nenhum, nem no médico, quando eu vou. Eu evito sentar porque se sentar, a gente apanha doença. Outras doenças também pegam né?! Doenças venéreas você pega sentando, usando o sanitário dos outros. Também procuro não sentar em lugar que está muito quente, que a pessoa levantou e eu não sei quem é. Quente eu não sento não. Já viram que pega no calor. Agora, eu sei que a aids não é transmissível por copo, por beber, por beijo. Se comer no prato que aquela pessoa comeu, se você tomar água naquele copo que a pessoa que tem aids tomou, não pega aids. Então, não é coisa que transmite assim, né?! Diz que através do beijo não tem nada também. Muitas pessoas falam na televisão, que através do beijo não pega, então, não sei também né?! Nem a pessoa convivendo junto na mesma casa, eu acho que não passa. O corpo, sem ter ferimento, sem te transmitir sangue, nem nada, você não pega.

Neste discurso, em razão do reconhecimento de que não há cura para a aids, as mulheres valorizam a prevenção da infecção pelo HIV, embora admitam dúvidas sobre o assunto.

Falhas no conhecimento sobre a prevenção do HIV na população idosa, também, foram encontradas em pesquisa realizada no município de Blumenau-

SC, que identificou que 18% dos idosos entrevistados admitiram não saber como prevenir a transmissão do HIV (Rotta et al., 2003).

Apesar da existência de lacunas no conhecimento, verificadas no DSC sob análise, as mulheres demonstram classificar a aids como doença sexualmente transmissível, e, fundamentadas nesse fato citam condutas preventivas. O conhecimento de que a aids é sexualmente transmissível também foi encontrado por outros autores em seus estudos, conforme descrito a seguir.

Pesquisa realizada com 384 puérperas, no Município de São Paulo, constatou que 99% das entrevistadas identificavam a via sexual como meio de infecção pelo HIV (Praça, Latorre, 2003). Assim como, outro estudo realizado com 53 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos de uma comunidade de baixa renda no Município de São Paulo constatou que 96,2% da amostra sabiam que o HIV é transmitido por relação sexual (Praça, Barbosa, 2004)⁶.

O discurso mostra que as mulheres sob estudo reconhecem que a adoção de medidas preventivas diminui o risco de infecção pelo HIV. Com relação à transmissão sexual, citam o preservativo como método preventivo, contudo, noto idéias conflitantes sobre seu uso, pois o indicam somente para situações específicas, como nas relações sexuais com parceiros desconhecidos ou em caso de desconfiança da fidelidade do parceiro. Ao mesmo tempo, citam a necessidade de usar o preservativo também em relacionamentos estáveis por considerarem não ser possível confiar na fidelidade do parceiro, pelo fato de acreditarem em uma tendência masculina a ter múltiplas parceiras. Vale

⁶ Ibid. p.28.

acrescentar que estas afirmações são contraditórias à apresentada em DSC descrito anteriormente.

Indicações para o uso do preservativo também foram encontradas em outra pesquisa nacional realizada com mulheres de baixa renda. Seu uso foi apontado sobretudo em relacionamento sexual com parceiros não habituais ou na presença de desconfiança com relação à fidelidade do parceiro (Praça, 1998).

O DSC mostra também que as preocupações das mulheres com relação à infecção pelo contato com o parceiro infectado são potencializadas pelo conhecimento da infidelidade conjugal. Esta foi uma das justificativas apresentadas pelas entrevistadas para o uso do preservativo, visto que seu emprego tem duas finalidades: evitar gestação e prevenir DSTs/aids.

A existência de mulheres infectadas pelo marido por acreditarem que vivem uma relação mutuamente fiel, é outra situação apontada pelas mulheres, pois acreditam que a existência desses casos tem, atualmente, contribuído para o decréscimo na confiança entre os casais.

Essas mulheres acreditam que o advento da aids interferiu na fidelidade conjugal, citam que a aids promoveu a fidelidade entre os casais nos primórdios da epidemia em razão ao medo que a doença despertava, embora, atualmente, com o conhecimento das vias de infecção, como dos meios de prevenção, essa condição deixou de existir.

A crença de que o medo da aids promoveu a fidelidade entre os casais, em especial, a masculina, também, foi encontrada em pesquisa realizada em

Porto Alegre – RS com mulheres pertencentes à baixa condição sócioeconômica com baixo nível de escolaridade e com parceiro fixo (Roso, 2000).

Vale ressaltar que as mulheres deste estudo só se referem à infidelidade masculina, talvez por considerarem esse comportamento inerente ao homem, por terem vivenciado a situação de traição conjugal ou por terem sempre sido fiéis, usando as suas próprias histórias de vida como base para essas conclusões.

Em pesquisa realizada com puérperas, Praça, Latorre (2003) identificaram a crença de que os homens são naturalmente propícios a buscar satisfação fora do casamento. A mesma idéia foi encontrada em pesquisa realizada com 16 mulheres em situação de pobreza, com relação conjugal estável no município de Camaragibe – PE que identificou que o sexo é visto, como uma necessidade do homem. Dessa forma, as relações extraconjugais são percebidas como fato natural e esperado, embora não seja uma atitude desejada, é compreendida pela esposa (Nascimento, Barbosa, Medrado, 2005).

Com relação à própria percepção de risco, no DSC noto que as mulheres acreditam que a aids nunca poderá atingi-las pela via de transmissão sexual. Entretanto, como visto em discursos anteriores, as entrevistadas referem que pensam na aids somente por causa dos filhos, assim, não é percebida como ameaça pessoal.

A situação parece não ser exclusiva das mulheres deste estudo, pois, pesquisa realizada na Suíça, com 2.275 homens e mulheres, com idade entre

19 e 65 anos, constatou que o uso do preservativo decai com o avançar da idade. Considerados por faixa etária, 52,6% dos sujeitos com idade entre 46 e 65 responderam não usar o preservativo, mas somente 26,9% do grupo entre 19 e 30 anos não o utilizavam (Abel, Werner, 2003).

Neste estudo, como cuidado relacionado à aids, as mulheres citam, também, a realização do teste anti-HIV, pois sabem que a doença é diagnosticada por meio de exame laboratorial. Valorizam a realização do teste para obter tranquilidade, diante de resultado negativo para a infecção. Acreditam que a realização do teste demonstra uma atitude inteligente dos casais e que deve ser realizado antes do casamento. Contudo, consideram a possibilidade de ocorrer exames com resultados falsamente positivos. Diante dessa condição, creio que as mulheres obtêm essa informação pela mídia que, esporadicamente, divulga a ocorrência de casos isolados que tiveram esse desfecho. No entanto, deve-se considerar que o diagnóstico não é dado por um único exame.

A desconfiança com relação aos resultados do teste anti-HIV também foi identificada em pesquisa realizada em Massachusetts–EUA com 242 mulheres entre 58 e 67 anos de idade que constatou que 72% das entrevistadas acreditavam na possibilidade de ocorrer erros no resultado do teste anti-HIV (Yates et al., 1999).

Vale ressaltar que, neste estudo, as mulheres indicam o exame somente para se tornarem tranquilas e não destacam efetivamente o estado sorológico. No discurso, não foi possível identificar o momento considerado pelas

mulheres, como o ideal para a realização do exame, pois referiram somente “é bom a gente fazer” ou como exame pré-nupcial.

Dados de outra pesquisa realizada no Município de São Paulo, com mulheres de baixa renda, além de mostrarem o reconhecimento das entrevistadas sobre o teste anti-HIV como única maneira para a obtenção do diagnóstico da infecção, também, apontaram a falta de conhecimento sobre o momento ideal em que a testagem deve ser realizada (Praça, 1998).

Além da via sexual, noto a inadequação de vias de infecção pelo HIV apontadas pelas mulheres que, com base nestas, expõem medidas preventivas sem embasamento científico.

Acreditam que o uso do vaso sanitário seja capaz de transmitir o HIV e “doenças venéreas”, possivelmente, por estar infectado em razão do uso compartilhado de pessoas, inclusive, pelos infectados. Não houve menção sobre o que tornaria o vaso sanitário contaminado, posso inferir que, atribuem à presença de resíduos de suor, de urina ou de fezes, todas secreções corpóreas reconhecidamente incapazes de transmitir o HIV.

Pesquisa nacional, citada anteriormente, realizada com 3.324 pessoas, entre 16 e 65 anos, também constatou que 37,2% dos entrevistados eram mal informados com relação à infecção pelo HIV pelo uso de banheiro público (CEBRAP, Brasil, 2000).

Esta crença não se limita ao Brasil, visto que estudo realizado na Turquia com 1.048 homens e mulheres, com idade entre 11 e 83 anos, identificou que

33% dos entrevistados acreditam que o HIV pode ser transmitido em banheiros (Ayranci, 2005).

Pesquisa realizada na Tailândia, identificou que 58% de sua amostra, com idade igual ou superior a 50 anos, sabiam que não é possível contaminar-se com o HIV pelo uso do vaso sanitário, embora as mulheres demonstrassem maior desconhecimento dessa informação (Im-em et al., 2002).

Por sua vez, Ory, Mack (1998) referem que os idosos são mais propensos a acreditar na possibilidade de se infectar pelo HIV por meio do uso de banheiros públicos.

Pelo DSC sob estudo, é possível verificar, ainda, que as mulheres do grupo pesquisado citam o uso de assento que estava sendo ocupado anteriormente por outra pessoa, como fonte de infecção pelo HIV, pois, ainda permanece quente em razão do calor do corpo. Não houve explicação sobre como a infecção poderia ocorrer, porém, creio que as mulheres associam a infecção à presença de secreções no local. Chama a atenção o fato de as mulheres citarem “viram que pega no calor”, o que sugere a possibilidade desta crença estar baseada na compreensão equivocada de alguma informação recebida sobre a aids.

Apesar dos enganos citados com relação às vias de infecção pelo HIV, as mulheres sob estudo, neste DSC, reconhecem que a aids não é transmitida pelo uso de copo e prato em comum com alguém infectado, assim como pelo beijo e pelo simples convívio, embora estes últimos não sejam unanimidade entre elas, conforme observaremos em DSC posteriores.

A mudança de comportamento diante da epidemia de aids foi tema de pesquisa realizada por Praça, Barbosa (2004)⁷ que identificaram que 34% das mulheres entrevistadas, dentre 53 moradoras em uma comunidade de baixa renda com idade igual ou superior a 50 anos no Município de São Paulo, responderam afirmativamente sobre mudanças de comportamento, após o advento da aids. Dentre as entrevistadas, 62,3% acreditavam que se preveniam da aids, e 7,5% pensavam dessa forma por usar preservativo; 32,1% por evitarem contato com infectados com o HIV; 34% por evitarem usar louças ou objetos de outras pessoas; 52,8% por não usarem drogas e 62,3% por não terem múltiplos parceiros.

⁷ Ibid. p.28.

5.2.4 DSC 4

ACREDITANDO QUE AS PESSOAS NÃO SE PREOCUPAM COM A AIDS

Idéias Centrais que compõem este DSC:

- Acreditando que as pessoas não se preocupam com a aids;
- Acreditando que as pessoas de classes sociais mais baixas, sobretudo, os jovens, não se preocupam com a aids;
- Considerando importante a realização de palestras sobre a aids.

Se as pessoas se preocupassem, tomassem cuidado não tinha tanta aids. Eu acho que não acreditam, ou não levam a sério, porque não se previnem. Então, não têm medo, não estão nem aí, não dão muita importância, porque se dessem, não tinha tanta gente com aids, né?! Elas pensam que só acontece com os outros, que não pegam. Eu penso assim, que a pessoa quando vai sair com qualquer um nem pensa nisso, né?! Tanta gente que tem possibilidade de se cuidar, de se tratar um pouco, mas às vezes não tem idéia do que pode acontecer. A pessoa sai com qualquer um, não se previne, não se cuida, não usa camisinha, sai por aí. Muitas coisas que acontecem é porque a pessoa não se previne, aí quando vai descobrir já é tarde demais. Olha, a classe média baixa não se preocupa muito com isso. Classe alta, classe média alta, os ricos, se preocupam muito e para eles (a aids) fica assim, por debaixo do pano, né?! A baixa não se preocupa. Você não vê, não escuta uma rodinha de mocinha dessa classe média baixa conversar sobre isso. Geralmente as meninas não se preocupam, porque na classe média baixa é onde mais as mulheres têm filhos. As meninas começam a ter relação sexual com dez, doze anos, e com doze,

treze, catorze anos já têm um filho, e muitas meninas não sabem nem com quem saem, vão com outro, com outro, com Pedro, com Paulo, com Francisco, com Tiago... Então, é onde eu acho que tem mais contaminação. Muitas crianças já nascem contaminadas. Você vai nesses orfanatos por aí, nessas casas que têm crianças que têm o HIV, a maioria é tudo de classe média bem baixa, de nível bem mais baixo. É muito jovem que tem por aí. Devia ter bastante palestra, principalmente nos postos de saúde, chamar essas meninas novas que vão no posto, que geralmente tem muitas, né?! E chamar os velhos também que é bom, para a gente saber mais um pouquinho, nunca é demais. Se pudesse fazer palestras para esses povos que são muito desligados das coisas era bom. Se no posto tivesse palestra era bom, ou então, por exemplo, aonde tem prédio devia juntar um dia e falar. Era bom!

Neste discurso, as mulheres entrevistadas demonstram acreditar que a expansão da aids tem como causa a despreocupação das pessoas frente a esta doença, resultando em não adoção de medidas preventivas referentes à infecção pelo HIV.

Novamente, mostram que a aids é vista como uma doença que atinge somente os outros, nunca sendo percebida como uma ameaça pessoal.

Vale ressaltar que, apesar das críticas expostas neste discurso à despreocupação com a aids pelas outras pessoas, em DSC apresentados anteriormente, as mulheres enfatizam que não vêem a aids como ameaça à própria saúde que também não adotam medidas preventivas. Esta contradição faz inferir que, para essas mulheres, a percepção de risco à aids é ausente ao ponto de se sentirem como um grupo à parte da sociedade, é como se a preocupação com esta síndrome fosse relevante somente para outras pessoas

e não para elas, ou seja, não se sentem na mesma situação de risco de outros segmentos da população.

Acreditam também que a aids atinge mais o nível sócioeconômico baixo por considerarem que as pessoas inseridas nesse grupo são menos propensas a prevenir a aids, essencialmente os jovens que são considerados mais susceptíveis à infecção pelo HIV. Para embasar esse raciocínio, citam o fato das mulheres desse nível terem mais filhos, o que representaria menor uso de preservativo, assim como iniciar a vida sexual precocemente e ter múltiplos parceiros.

No DSC sob discussão, as mulheres reconhecem que a aids também atinge segmentos mais ricos da população, contudo, consideram que este é um assunto velado entre as pessoas desse nível sócioeconômico. Talvez acreditem nisto, porque as pessoas com quem convivem, inclusive, os infectados pelo HIV são na maioria de nível sócioeconômico baixo, assim como elas, o que pode tê-las conduzido a esta conclusão.

Resultados de pesquisa realizada com homens e mulheres entre 16 e 65 anos em todo território nacional, evidenciam que os indivíduos com menor escolaridade e pertencentes a nível sócioeconômico baixo, são os que menos se percebem em risco à infecção pelo HIV. Concluem também concluem que mais do que a informação a percepção de risco é o diferenciador entre adoção ou não de comportamentos protetores (Ferreira, 2003).

Em pesquisa realizada com mulheres de diferentes estágios sócioeconômicos em Campinas – SP, Jiménez et al. (2001) identificaram que

as mulheres de status médio-alto afirmaram usar o preservativo em porcentagem maior que as de status mais baixo, que indiferente ao status sócioeconômico a prevalência de uso do preservativo foi aproximadamente o dobro entre as adolescentes se comparadas com as adultas. Identificaram também maior porcentagem entre as mulheres de status mais baixo que expressaram não conhecer nenhum método preventivo para DST ou nunca ter sido alertadas sobre a necessidade de se prevenir.

Bastos, Barcellos (1995) e Farias, Cardoso (2005) discorrem sobre a disseminação da epidemia em populações com menor renda e/ou com menor nível educacional, o que caracteriza o processo de pauperização da epidemia possível de ser analisado por meio de parâmetros socioeconômicos, como a escolaridade dos doentes.

A epidemiologia da aids mostra que, até 1982, a totalidade dos casos notificados da síndrome era de pessoas com escolaridade de nível superior ou com até 11 anos de estudo. Nos anos seguintes, observou-se a tendência de aumento no registro de casos com indivíduos com menor grau de escolaridade. Em 1999/2000, entre os doentes com escolaridade reconhecida, observou-se que 74% eram analfabetos ou tinham até oito anos de escolaridade, apenas 26% tinham mais de 11 anos de estudo ou curso superior. O número de casos aumentou acentuadamente em todos os níveis de escolaridade, exceto para o estrato com mais de 12 anos de estudo que apresentou declínio entre 1991 (15%) e 2000 (6%) (Dhalia, Barreira, Castilho, 1999/2000; Rodrigues Júnior, Castilho, 2004).

Fonseca et al. (2000) citam o decréscimo na proporção de mulheres com aids atribuído à transmissão heterossexual em níveis mais altos de status sócioeconômico e o acréscimo nos níveis mais baixos. Ao discorrerem sobre a pauperização da epidemia de aids no Brasil, expõem que, ao se expandir a infecção, reduziu a velocidade de crescimento nos grupos socialmente mais favorecidos, ainda que cresça de forma intensa entre os socialmente desprivilegiados.

Pesquisa conduzida no Município de São Paulo, entre 1994 e 2002, na qual foram realizadas as correlações entre os coeficientes de mortalidade por aids entre homens e mulheres, com idade entre 25 e 49 anos e os índices de inclusão/exclusão social, identificou que a epidemia está atingindo populações mais pobres. Os dados mostraram que, entre os homens, a partir de 2001 não houve significância estatística entre mortalidade por aids e índice de equidade, porém o mesmo não ocorreu na população feminina, na qual os dados sugerem que a alta mortalidade por aids nesse grupo ocorreu simultaneamente ao baixo índice de equidade nas localidades do Município, demonstrando o impacto da aids sobretudo entre as mulheres mais pobres (Farias, Cardoso, 2005).

É oportuno esclarecer que o local onde este estudo foi realizado, localiza-se na periferia do Município de São Paulo, conforme descrito a população residente tem baixo nível de escolaridade, muitos moradores interromperam os estudos ainda no ensino fundamental por motivos diversos, como necessidade de trabalhar, gravidez, falta de vontade ou incentivo dos pais. Entre os idosos, o grau de não letramento é alto, muitos escrevem somente o nome, outros nem

mesmo isso. Trabalho com moradores dessa área há dois anos e, até o momento, não conheci nenhuma pessoa com curso superior completo. Lembro-me somente de uma jovem que cursava pedagogia. O desemprego também é um problema social que atinge essa população de maneira ampla. É comum famílias inteiras que não têm nenhuma fonte de renda ou que somente um membro trabalha sendo responsável pela sobrevivência de familiares. Vale ressaltar que nos apartamentos há famílias constituídas por até 17 pessoas. Entre os empregados, predominam os trabalhos que exigem baixa qualificação e que oferecem remuneração reduzida.

Diante do exposto, é perceptível o fato do segmento sob estudo possuir características favoráveis à epidemia de aids, visto que seu perfil social é condizente com os principais alvos da epidemia de aids: populações de baixa condição sócioeconômica e baixa escolaridade. Além disso, existe reduzida percepção de risco à infecção pelo HIV, resultando em não adoção de medidas preventivas. A soma desses achados indica a necessidade de um olhar mais atento para este grupo e que resulte em ações de intervenção à prevenção da aids.

O DSC em análise, demonstra a preocupação das mulheres com o resultado da infecção pelo HIV entre pessoas pobres, que citam a existência de um grande número de crianças que se infectaram pela transmissão vertical que são deixadas em abrigos. Não foi possível identificar a explicação para o motivo deste raciocínio, contudo, suponho que talvez acreditem que as condições financeiras dos infectados pelo HIV impossibilitem a assistência às crianças,

também, infectadas, resultando na institucionalização das mesmas ou talvez pelo adoecimento e morte dos pais.

Para reduzir essa precária situação, as mulheres demonstram acreditar que os serviços de saúde, representados nos relatos da UBS, deveriam organizar palestras educativas sobre a aids, voltadas à população carente. Avaliam positivamente esse tipo de intervenção para os jovens, mas acrescentam que a participação dos idosos também seria importante para o aumento de informações sobre o assunto. Sugerem também a realização de atividades educativas, não só nos serviços de saúde, mas também dentro da própria comunidade.

Pesquisa realizada na Califórnia - EUA, com 249 homens e mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, identificou aspectos que interferem na participação em programas educativos para prevenção do HIV/aids. Os autores constataram que as mulheres são mais prováveis de freqüentar esse tipo de atividade quando comparadas aos homens. Verificaram também que existe uma forte relação entre idade e comparecimento, pois, quanto maior a idade menor a participação. Além disso, identificaram como fatores motivantes: ter relacionamento com alguém infectado; ter medo de contrair o HIV; sentir vontade de obter mais informações sobre o assunto, além do que pessoas que se julgavam muito religiosas, apresentavam maior freqüência aos programas educativos (Altschuler, Katz, Tynan, 2004).

Os autores citados constataram como um dos obstáculos para a educação sobre a aids dos idosos a falta de percepção de risco à infecção pelo HIV presente nesse grupo.

Associando esses achados da literatura aos dados deste estudo, cabe esclarecer que a UBS/PSF Jardim São Jorge, onde trabalho como enfermeira na equipe que atende esta área, tem desenvolvido programas educativos na comunidade, contudo, todos os profissionais envolvidos no processo referem como dificuldade comum neste tipo de atividade a baixa adesão da população. O fato demonstra que o desenvolvimento e a implementação desse tipo de trabalho, nesta região, demanda esforços para a criação de estratégias que sejam atraentes para esta população, para obter, assim, sucesso no trabalho desenvolvido.

Para Yates et al. (1999), as mulheres idosas deveriam ser alvo de programas visando a prevenção da aids basicamente por três motivos: pelas dificuldades que este grupo tem ao discutir com o parceiro questões relacionadas ao sexo; porque muitas vivenciam a necessidade de cuidar de um familiar com aids e para serem multiplicadores de informações sobre aids na família.

5.2.5 DSC 5

ACREDITANDO NÃO SER POSSÍVEL IDENTIFICAR O DOENTE PELA APARÊNCIA

Idéias Centrais que compõem este DSC:

- Acreditando que quem tem aids não aparenta tê-la;
- Acreditando ser possível infectar-se ao conviver com quem tenha aids;
- Achando perigoso infectar-se quando se tem múltiplos parceiros;
- Acreditando ser possível infectar-se ao relacionar-se com desconhecido;
- Acreditando que as pessoas devem escolher os parceiros para evitar a aids.

A pessoa precisa ter cuidado porque não sabe quem é que está doente, e quem está sadio. É uma doença que não é descoberta na mesma hora. A pessoa que tem aids não mostra no rosto. Quem tem, não mostra. Não está escrito na testa de ninguém “Eu tenho aids, você não tem”, né?! Pode ser bonitinho, bem arrumadinho, mauricinho, mas não está escrito na testa. Então, por isso, muitas vezes, as pessoas quebram a cara. Como é que você vai saber? A não ser que a pessoa já esteja muita avançada e dê para desconfiar. A aids só mostra que você está com ela depois que já está no finalzinho. Ela não mostra antes. Quando está no começo ninguém sabe, ninguém percebe que está com a doença, às vezes até ele próprio não está sabendo, então, com o tempo vai descobrindo, né?! Eu já vi conhecidas minhas morrerem com aids e você olhava para elas e não dizia que elas tinham aids, então a aids é assim. É muito ruim, também depende da pessoa que você convive, você não sabe se

pode ter esse problema. Às vezes eu saio, estou com uma pessoa que tem, e eu não estou sabendo, pode até pegar em mim que eu não estou sabendo, né?! Tem de se prevenir de alguma maneira para não ter contato com a doença, porque a gente não sabe quem tem e nem quem não tem. Eu acho que é perigoso, principalmente para quem não se previne, não usa preservativo, para essas pessoas que saem com vários parceiros. A pessoa que pega aids tem vários parceiros, ou que o marido sai com outras, tem várias parceiras. Acho que tem de ter a camisinha, porque não adianta a pessoa “Ah, não vou com aquele. Aquele não tem doença”. A gente não sabe. Se eles tiverem não vão contar. Não ficar, também, com um e outro porque é muito perigoso. Sair com qualquer pessoa também, tem de se prevenir, né?! Eu acho que todo mundo tem de se cuidar, porque a gente não sabe o quê aquela pessoa pode ter, que ainda não foi descoberto. Procurar olhar os parceiros. Prestar atenção, com quem vai sair, com as pessoas que vai ter esse relacionamento, para se cuidar. É fazendo sexo com pessoa que você não conhece, sem camisinha, que pega. A pessoa precisa prestar atenção, ver se já ouviu falar. Jovem, e gente que não é muito jovem. Tem de se prevenir, saber com quem sai. Sai com qualquer um, depois pega uma doença e não sabe de quem pegou, quando vai ver já está alterada, aí é ruim, né?! Isso que é o problema.

Neste DSC, as mulheres reforçam a idéia que havia sido apresentada anteriormente: que as pessoas infectadas pelo HIV podem ter a aparência saudável. No entanto, citam como exceção o doente em estado avançado, quando já é possível perceber sinais da aids.

Citam como fonte desse conhecimento a própria convivência com pessoas infectadas pelo HIV, o que não exclui a possibilidade de terem aprendido por meio de outras vias também.

Pesquisa qualitativa realizada com mulheres moradoras de uma comunidade favelar no Município de São Paulo, identificou entre as entrevistadas a percepção de que a pessoa com aids pode não aparentar a doença (Praça, 1998).

Contudo, outra pesquisa também realizada no Município de São Paulo, com 53 mulheres com idade igual ou acima de 50 anos, identificou que 60,4% das entrevistadas acreditavam que a pessoa com aids não tem a aparência normal (Praça, Barbosa, 2004)⁸.

Esses estudos e os resultados dessa pesquisa levam-me a refletir sobre o fato de ter consciência da possibilidade de ter relações sexuais com alguém infectado, embora seja, aparentemente, sadio, motiva a reflexão sobre a necessidade da adoção de medidas preventivas, como o uso do preservativo nas relações sexuais, independente da aparência do parceiro.

Mesmo sabendo que a aparência física não transparece o estado sorológico, as mulheres deste estudo acreditam que o HIV seja transmitido por relação sexual com desconhecido. Julgo que alicerçadas nessa crença, citam como medidas preventivas formas que contradizem o reconhecimento de que não é possível saber quem tem aids, como a importância de se “olhar os parceiros”, não sair com “qualquer pessoa”, e “ver se já ouviu falar” sobre a pessoa que se está interessado.

Também mencionam idéias preconceituosas com relação aos infectados pelo HIV. Atribuem a estes a possibilidade de dois papéis: vítima ou culpado.

⁸ Ibid. p.28

Acreditam que a infidelidade do parceiro pode infectar o companheiro, tornando-o vítima, ou em razão do próprio comportamento promíscuo do indivíduo, sem a adoção de medidas preventivas, tornando-o culpado.

Praça (1998) também identificou a percepção de maior facilidade para a transmissão do HIV entre pessoas que possuem múltiplos parceiros.

5.2.6 DSC 6

APONTANDO FLUÍDOS CORPÓREOS COMO FONTES DE TRANSMISSÃO DO HIV

Idéias Centrais que compõem este DSC:

- Acreditando ser possível infectar-se ao realizar exames ginecológicos, de sangue e ao tomar injeção;
- Acreditando ser possível infectar-se em manicure;
- Acreditando ser possível infectar-se por meio de transfusão sangüínea;
- Acreditando ser possível infectar-se em dentista;
- Acreditando ser possível infectar-se ao entrar em contato com sangue contaminado por meio de ferimento cutâneo;
- Sabendo que o HIV pode ser transmitido pelo sangue;
- Preocupando-se com a aids ao ir a hospital;
- Acreditando que é seguro doar sangue e realizar exames;
- Acreditando ser possível infectar-se ao fazer a barba com navalha;
- Acreditando ser possível infectar-se ao realizar tatuagem;
- Acreditando ser possível infectar-se pelo beijo;
- Acreditando ser possível infectar-se pelo uso de drogas endovenosas.

Fala-se sempre que é seguro a gente doar sangue ou fazer exame. Que é muito seguro, sempre fala no rádio. Que aquelas coisas são todas descartáveis, mas a gente não sabe. A gente tem certeza que lá está tudo descartavelzinho? Não tem! Você não tem como ter certeza se foi usado. Como é que a gente vai ter certeza que aquele aparelho é esterilizado? Você não tem! Então, geralmente fazendo exames a gente tem medo. Você vai fazer um exame, vai

fazer um Papanicolaou, uma “ultravaginal”, a gente tem medo de pegar aids, isso tudo a gente pode pegar. Eu tenho medo, quando eu faço exame eu vou com medo. Eu faço porque a gente tem de fazer obrigatoriamente todo ano, mas que a gente tem medo de pegar a aids, tem. Vou fazendo meus exames mesmo, o que eu posso fazer é arriscar. Exame de sangue também. Quando for tomar injeção, tem de saber se é descartável, porque assim também pega, né?! Se a pessoa usar seringa contaminada. Tem de tomar cuidado para tirar sangue, para tomar injeção, tem de ser descartável. Esse é o perigo, né?! Eu tenho medo quando a gente vai tirar sangue, e às vezes em hospital. Às vezes eu fico pensando o quê vai usar, aí eu fico meio de olho. Mas do contrário não, pegar a aids como? Só se for em injeção. Só se for assim: for no médico, no posto tomar injeção, alguma coisa assim, tirar sangue, do contrário não, né?! Como é que eu vou pegar aids? A gente tem medo, acho que todo mundo tem medo se tratando de seringa, de agulha. Vai que aquelas agulhas não foram esterilizadas, se não foram descartáveis, todos nós corremos esse risco. Se a pessoa fizer um exame, e não praticar nada de errado, e acusar que a pessoa está com aids, como que pegou? Só pode ser nos exames, né?! Tanta gente que acontece de pegar em seringa. Eu vejo falar muito isso na televisão, eu vejo falar. Você faz vários exames, eu faço todo mês, e você não tem certeza se esses aparelhos que a gente usa estão esterilizados mesmo. Quem tem mais idade precisa se preocupar por causa dos exames que faz. É velho, mas e os exames que você faz? Tem de se preocupar! Eu me preocupo. Eu fico com um pouco de medo daquela seringa ser usada em outra pessoa, tirar um sangue da gente com uma agulha que está contaminada. Injeção, isso aí a gente pensa, mas seja o que Deus quiser, né?! Porque isso, se eu preciso passar no médico para tomar uma medicação, seja injeção ou alguma coisa, é um risco que eu tenho de correr. (A aids) é coisa que contamina o sangue, né?! Se tiver contato com sangue, às vezes fazer a unha, eu já pensava nisso, falava para duas filhas que eu tinha “Vocês levem os alicates de vocês para fazer as unhas”. A gente tem de evitar porque você sabe que pega. Me corta, vai fazer

em você, te corta, te contaminou. Eu só faço unha no salão onde eu sei que tem a estufa que eu vejo tirar o alicate. Tem gente que faz unha em casa. Eu não faço. Você vê, em casa a gente paga seis reais, se você fizer lá são doze. Eu prefiro pagar doze. Ai eu estou tranqüila, estou evitando de pegar uma doença, e não é só aids. Eu prefiro pagar mais caro lá no salão, mas eu sei que fez a minha unha com alicate tirado da estufa. E também quando faz a barba, né?! Tem pessoas que têm a pele meio áspera, meio enrugadinha, às vezes aquelas espinhas velhas que ficam meio grossas... passa a navalha ali e fere e passa em outro. Até no dentista é arriscado pegar aids porque você não conhece o dentista. Se for no dentista, exigir sempre seringas descartáveis, ver que está tirando da caixa para não usar uma que já foi usada. Tem um rapaz novo que mora aqui no Cingapura que está com aids, diz ele que foi fazendo tatuagem. Às vezes usa uma coisa que usou em um que tem esse problema, usa em outro sem esterilizar, então, às vezes pode passar, né?! Eu vejo falar que através de uma transfusão de sangue também pode passar para outra pessoa. Mas como que a gente vai saber se o sangue é contaminado ou não? Aí é que está. Eu já ouvi falar de várias pessoas que pegaram de transfusão. Estou com o meu sangue bom e tomo o sangue de uma outra pessoa que eu não conheço, eu posso contaminar o meu sangue a qualquer hora, né?! Eu fico preocupada. Transfusão de sangue, as agulhas, em dentista, em manicure... Sempre que tem contato com sangue de duas pessoas. Isso me dá susto. Droga na veia é muito perigoso também. As pessoas que usam droga, a maioria tem (aids) por causa de estar injetando coisa uns nos outros e vai passando. E também se a pessoa tem e você trabalha com ela tudo é perigoso. Sabendo que se vive com aquela pessoa que tem aids e você não tem, você pensa assim, que você pode pegar a qualquer hora, né?! Se eu estiver machucado e o meu sangue pegar em você, e se você tiver um machucado, aí o meu sangue vai contaminar você pelo machucado, isso transmite aids também. Acho que pega né?! Não sei. Eu penso que pega. Eu acredito que ela só pode pegar se for em sangue, relação sexual, essas coisas mais profundas,

mas eu já ouvi falar que se pega até no beijo, na boca, no rosto. Assim pega também, né?! Mais na boca. Diz que não pode beijar na boca, que não pode ter relação, não sei o quê. Tudo isso eu sei porque eles falam na televisão, mas que eu sei mesmo, não.

Neste discurso, percebo que as mulheres acreditam que a transmissão do HIV pode ocorrer pelo contato com fluídos corpóreos contaminados, tais como: sangue, saliva e secreções vaginais. Citam vias corretas de infecção como hemotransfusões, mas, por outro lado, mencionam, também, vias improváveis, como o beijo ou ferimento cutâneo.

Com base no conhecimento de que a transmissão do HIV pode ser feita pelo contato com sangue contaminado, crêem em uma série de situações que consideram preocupantes, assim como os cuidados preventivos referentes a estas fontes de infecção.

É possível perceber que as informações sobre a transmissão do HIV voltadas à segurança da doação de sangue e a realização de exames são do conhecimento dessas mulheres, contudo, o medo da infecção permanece, visto que estes procedimentos continuam sendo motivos de preocupação, pois desconfiam da procedência dos materiais empregados nestas ações.

No DSC, relatam a necessidade dos materiais utilizados em procedimentos médicos, odontológicos e alguns estéticos serem descartáveis ou esterilizados para prevenir a infecção, mas se sentem impotentes com relação ao controle desses procedimentos e dos materiais usados, vêem-se em risco de se infectarem pelo HIV.

A expressão de medo na transmissão do HIV foi constatada pela realização de exames, contudo continuam submetendo-se periodicamente aos exames pelo reconhecimento de sua necessidade para manutenção da saúde, embora sintam que estão “se arriscando”.

O reconhecimento da possibilidade de se infectarem pela possível reutilização de agulhas e seringas, desperta sensação de insegurança nos serviços de saúde ao receber injeção ou ao sofrer punção venosa e como tentativa de minimizar o risco que reconhecem, relatam que tentam observar os materiais utilizados.

A ênfase dada ao risco de infecção ocasionada por exames laboratoriais talvez tenha como fundamento o fato de acreditarem que os idosos sejam vulneráveis a adquirir o HIV, unicamente por essa fonte, visto que, com freqüência, realizam exames motivados pelas morbidades que acometem esse grupo. Sentem-se vulneráveis e expressam o fato usando frases do tipo “Pegar a aids como? Só se for em injeção”.

Ao reforçar a crença neste tipo de transmissão, a leitura do DSC sob análise demonstra que para essas mulheres, os infectados sem história de comportamentos, denominados “errados”, têm como única explicação plausível a infecção transmitida por exames.

O medo da transmissão do HIV por exames laboratoriais foi encontrado em pesquisa realizada com mulheres com idade igual ou superior a 50 anos no Município de São Paulo, que identificou que 15,1% das entrevistadas acreditavam que poderiam ter aids um dia, 17% responderam que não tinham

certeza, justificando, sobretudo, por medo de serem infectadas em hospitais e outras instituições (Praça, Barbosa, 2004)⁹.

Outra fonte de transmissão apontada foram os tratamentos odontológicos, fato explicado pelo desconhecimento da pessoa do dentista e pelo reconhecimento do uso de materiais esterilizados ou descartáveis para os procedimentos. Reconhecem esse risco pela presença de sangue e, possivelmente, de saliva, visto que também citam o beijo como via de infecção.

A mesma preocupação foi encontrada por Praça, Latorre (2003), em pesquisa realizada com 384 puérperas no Município de São Paulo, na qual 79% da amostra sentiam-se susceptíveis à infecção pelo HIV em consultório médico e odontológico.

Como enfermeira, percebo que muitos profissionais da área da saúde não se preocupam com a necessidade de expor ao usuário a segurança dos procedimentos realizados e de lhe mostrar que os materiais empregados são descartáveis ou esterilizados. Acredito que esses cuidados são vistos pelos profissionais como algo óbvio e, assim, acreditam na inexistência de dúvidas entre os pacientes/clientes.

A transfusão de sangue também citada como fonte de infecção, visto que as mulheres relatam ter ouvido falar de pessoas que se contaminaram com o HIV por essa via.

Dados do Ministério da Saúde comprovam que as transmissões do vírus da aids por hemotransfusões aconteceram nos primeiros anos de epidemia,

⁹ Ibid. p.28.

quando os bancos de sangue não eram obrigados a realizar no sangue doado teste sorológico para o HIV (Brasil, 2005a), Só em 1987, o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, pela Portaria Interministerial nº14, de 18 de maio, tornaram obrigatório o teste sorológico para a detecção do vírus HIV no sangue e hemoderivados adquiridos com recursos previdenciários, deixando ainda de lado o sangue recebido em bancos de sangue privados que foi incluído posteriormente (Marques, 2003b).

Baseado em dados dos EUA, Bachus (1998) indica que a população idosa foi um dos grupos mais infectados por essa via, visto que esse segmento com frequência é acometido por morbidades que requerem hemotransfusões.

Pesquisa realizada, entre 1981 e 1994, em Maryland (EUA) identificou que, do total de 321 casos de aids diagnosticados em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, 32% tinham história de hemotransusão como causa primária de infecção (Chen et al., 1998).

A exposição ao risco de infecção por hemotransusão em idosos foi encontrada por pesquisa realizada com 53 mulheres com idade igual ou acima de 50 anos, no Município de São Paulo. Identificou que 30,2% do grupo sob estudo tinham história de hemotransusão, destas, 25% ocorreram entre 1984 e 1992 (Praça, Barbosa, 2004)¹⁰.

Apesar do exposto, o Brasil e os EUA têm trajetórias diferentes de infecção pelo HIV em idosos com relação à via de infecção, visto que em nosso País desde o primeiro caso notificado nesse segmento, a transmissão sexual

¹⁰Ibid. p.28

tem sido predominantemente a causa de infecção, ao contrário do que ocorreu nos EUA, que no início teve a hemotransusão como principal via que foi cedendo espaço à transmissão sexual com o passar dos anos (Zablotsky, 1998; Brasil, 2005a).

O DSC sugere que as mulheres do estudo desconhecem a realização de exames sorológicos no sangue doado, acreditando que a hemotransusão ainda é uma importante via de infecção pelo HIV.

Os achados são concordes com a pesquisa citada anteriormente realizada por Praça, Barbosa (2004)¹¹ que constataram que 98,1% da amostra citaram que a transmissão do HIV pode ocorrer por hemotransusão; 92,4% citaram a possibilidade da transmissão do HIV ser feita em consultórios médicos, odontológicos e em hospitais; 90,5% citaram a possibilidade de transmissão em salão de beleza e em farmácia, além de outras formas de transmissão que também foram identificadas nesta pesquisa como, por meio de ferimento cutâneo, banheiro e banco quente.

O medo de contrair o HIV por meio de tratamentos de saúde pode estar associado a notícias divulgadas pela mídia. Nos primeiros anos da epidemia, com frequência, foram difundidas notícias sobre a infecção pelo HIV em hemotransfundidos, provavelmente, a ocorrência desses casos ainda esteja presente na memória destas mulheres, fazendo-as refletir sobre a possibilidade de adquirirem o HIV durante a assistência à saúde. Outra possibilidade citada por Praça (1998) é o fato da mídia, com frequência divulgar óbitos ocorridos em

¹¹ Ibid. p.28

serviços de saúde em razão de infecções hospitalares, o que pode levá-las a acreditar que, em alguns casos, a possibilidade da infecção em questão ser causada pelo HIV.

Com base no reconhecimento de que a aids pode ser transmitida pelo sangue, as mulheres acreditam que o uso de alicates contaminados é uma possível via de infecção ao fazer a unha e, assim, com enfoque na prevenção, demonstraram cuidado em procurar salões de beleza que possuem equipamentos para esterilização de material, ainda que com um custo maior, pelo reconhecimento da necessidade dos materiais cortantes, serem esterilizados após o uso.

É possível verificar, no mesmo DSC, que as mulheres reconhecem que as lesões cutâneas eventualmente ocorridas durante a realização de barba com navalha podem contaminá-la com sangue, tornando-a veículo de infecção.

Acreditam que, ao se submeter a tatuagens, pode ocorrer o uso de materiais contaminados, fato destacado pelo conhecimento de alguém que aponta esta via, como fonte de sua infecção.

Ao citarem, o uso de drogas endovenosas como via de infecção atribuem o fato ao compartilhamento de agulhas e seringas.

Minha experiência profissional no local onde foi realizado o presente estudo, mostra que é grande o número de usuários e de traficantes de drogas ilícitas. Este fato leva os moradores da região a conviverem de maneira próxima com pessoas envolvidas com drogas, portanto, com suas conseqüências, como a infecção pelo HIV. A constatação foi reforçada pelo relato de uma das

mulheres entrevistadas que informou ter perdido um familiar próximo, vítima da aids, usuário de drogas endovenosas, comportamento ao qual atribuía a infecção.

Pelo DSC, é possível notar que as mulheres acreditam que a infecção pelo HIV pode ocorrer pelo contato de ferimento cutâneo com o sangue contaminado de um indivíduo. Consideram esta situação motivo desencadeador de medo na convivência com um portador do HIV, pois acreditam que esse tipo de contaminação pode ocorrer a “qualquer hora”, apesar de a impossibilidade dessa situação ocorrer efetivamente.

Temem os exames ginecológicos, a colpocitologia oncológica e a ultrasonografia transvaginal como situações nas quais pode ocorrer a transmissão do HIV, de onde infiro que estas mulheres associam a secreção vaginal, como via de infecção.

O beijo, outra fonte de transmissão do HIV apontada, poderia ser explicado pela crença de que a saliva, assim como o sangue é um fluido corpóreo infectante.

Esta crença também foi identificada em outros estudos realizados com população idosa. Pesquisa citada anteriormente, realizada em Blumenau-SC, com homens e mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, identificou que 37,14% dos entrevistados acreditavam que o HIV é transmitido por transfusões sangüíneas, 28,09% pelo uso de drogas injetáveis e 17,14% por beijo pelo contato com a saliva (Rotta et al., 2003).

Pesquisa realizada nos EUA com 514 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos constatou que 63% das entrevistadas acreditavam que o HIV pode ser transmitido pelo beijo (Henderson et al., 2004).

Dados da pesquisa realizada no Rio de Janeiro em uma comunidade favelar, também identificou essa crença, visto que 20,3% da amostra acreditavam que o HIV pode ser transmitido pelo beijo na boca (Fernandes, 1998).

5.2.7 DSC 7

ATRIBUINDO UM SIGNIFICADO RELIGIOSO À AIDS

Idéias Centrais que compõem este DSC:

- Acreditando que a aids está descrita na Bíblia;
- Descrevendo o surgimento e avanço da aids;
- Sabendo da existência da aids em todo Brasil;
- Acreditando que Deus pode curar a aids.

Essa doença não faz muito tempo que começou, né?! Eu acho que já tinha, mas ninguém descobriu o nome da doença... então, agora descobriram. Há uns 15 anos só tinha muita aids nos Estados Unidos, então eles vieram trazendo de lá para cá; tem uns 15 anos, mais ou menos...eu acho que sim. Acho que de uns 10 anos para cá está pior. Eu tenho visto falar muito que tem esse “problema” do vírus da aids no Brasil todo, não somente aqui em São Paulo, mas seja o Brasil todo, a gente escuta que tem o vírus. Isso aí é fim de época, que tem muita essa “doençaiada”, quando ela veio, ela veio assim já. Nas religiões, a bíblia mesmo fala sobre essas doenças. Na bíblia fala sobre todas essas coisas. Está escrito, na bíblia já tem essa doença, a aids já está falado, está escrito lá que essas doenças tudo, câncer, todas essas coisas vêm, estava escrito que vinham. Tudo que é doença assim, que é peste, que é coisa ruim vem. Isso é o cumprimento da palavra de Deus. Na bíblia está escrito que no fim dos tempos iam chegar todas essas epidemias, e quem vive a bíblia sabe que é o cumprimento da palavra de Deus, porque está se cumprindo mesmo. A bíblia fala que iam chegar essas coisas, que iam confundir até os médicos, até eles iam desenganar porque não ia ter solução para isso. Para

nós não tem, mas para Deus existe a cura sim. Se Deus quiser tem, porque quem manda é Deus, não somos nós. Ele tem o poder de fazer isso. Só Deus cura, não adianta nem procurar médico nem nada. O que Deus não faz, o médico vai fazer? Eu penso que só Deus que cuida e mais ninguém. Eu acho que não tem uma doença no mundo, nada, no mundo, que Deus não possa. Quem não pode somos nós, agora Deus pode. Não tem doença que seja difícil para Jesus. Muitas coisas Jesus cura. Ele tudo pode. Pode não ter para os médicos da Terra, mas para Jesus tem cura. Ele é tão poderoso que no meio do povo evangélico, mesmo quando é desenganado dos médicos daqui da Terra, Jesus cura. Eu já ouvi falar mesmo, e foi verdade, que Jesus já curou na Assembléia de Deus, viu? Aqui mesmo em São Paulo, Jesus já curou.

A primeira descrição da aids ocorreu em 1981 em Los Angeles (EUA), e no Brasil no ano seguinte, em 1982. Mas, em 1985, um caso foi reconhecido, retrospectivamente, como ocorrência em 1980 no Estado de São Paulo, conforme dados epidemiológicos da Divisão de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde do Brasil (Grangeiro, 1994; Brasil, [199-?]; Marques, 2003a).

Entretanto, no DSC sob análise percebo que as mulheres desconhecem o tempo real de existência da aids, referindo um momento inferior ao do verdadeiro surgimento da síndrome. Deduzo que o tempo relatado por elas coincide com a época em que começaram a descobrir a aids, sendo citado um período de 15 anos, o que coincide com os primeiros anos da década de 1990, quando a aids já tinha feito milhares de vítimas, visto que, até 1995, já tinham

sido notificados 108.400 casos de aids e 68.628 casos de óbitos pela doença no Brasil (Brasil, 2005a).

O fato leva a constatação de que as campanhas sobre a aids, realizadas anterior a esta época, passaram despercebidas pelo grupo de mulheres estudadas, que demorou para identificar a existência da síndrome, acarretando ausência do emprego de medidas preventivas.

Além disso, no DSC há o uso de expressões que denotam a existência de dúvida sobre as informações dadas referentes ao tempo de existência da aids, como “eu acho” e “eu ouvi falar”.

O fato de acreditarem que a epidemia avançou mais rapidamente nos últimos dez anos pode ter várias explicações, infiro que tal referência deve-se ao conhecimento de pessoas infectadas pelo HIV, neste período, ou talvez por acompanhamento pela mídia que apresentou maior freqüência de abordagem sobre a aids.

As mulheres citam a aids como originária nos EUA. Como já mencionado, o primeiro caso diagnosticado foi naquele país, contudo sabe-se que a epidemia já assolava a África silenciosamente desde meados da década de 1970 (Fedrizzi, 1992).

A crença religiosa é o enfoque principal do discurso sob estudo. Acredito que a fé religiosa dessas mulheres é o alicerce da construção de uma teoria própria sobre a origem e o avanço da aids, fato constatado pela assiduidade com que muitas freqüentam os templos, sobretudo os evangélicos. Além disso, vale ressaltar que todas as mulheres entrevistadas seguiam alguma religião.

No bairro onde o estudo foi realizado, observo grande número de igrejas, cujo tamanho varia de prédios amplos a pequenos salões. Observo, também, que é grande o número de mulheres que seguem uma doutrina religiosa, sendo maior entre as de mais idade.

As mulheres sob estudo consideram, ainda, que a aids sinaliza um período que demarca o fim de uma época, pois acreditam que esse limite é marcado pela presença de doenças graves. Para justificar essa crença citam a existência de passagens bíblicas que, supostamente, falam da aids e, dessa maneira, legitimam o discurso.

Apesar de reconhecerem que, na medicina, não há cura para a aids, acreditam na possibilidade de sua ocorrência, conforme o desejo de Deus. Reforçam a idéia ao relatarem a ocorrência de um caso de cura divina.

A experiência de trabalho com residentes na região mostra que entre os moradores dessa área, é comum encontrarmos pessoas que atribuem a Deus a cura de doenças. Verifico que alguns abandonam os tratamentos médicos propostos e recusam-se a realizar exames alegando que estariam duvidando do poder de Deus.

A Bíblia, citada como fonte de informação sobre a síndrome, foi encontrada na pesquisa de Praça, Barbosa (2004)¹², realizada com 53 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos em uma comunidade, também, de baixa renda no Município de São Paulo.

¹² Ibid. p.28

Na literatura, há também a relação entre aids e crença religiosa verificada em pesquisa realizada na Turquia, com 1.048 homens e mulheres entre 11 e 83 anos, na qual 23,2% dos entrevistados consideravam a aids uma punição de Deus. Com essa constatação, a autora indica a necessidade de pesquisas que abordem a questão religiosa com relação à prevenção da aids, fato com o qual concordo (Ayranci, 2005).

Pesquisa realizada no Senegal com 858 homens e mulheres de diversas religiões, com idade entre 15 e 59 anos, constatou que as mulheres que consideravam a religião como algo muito importante, citaram menos adoção de mudanças no comportamento com vistas à prevenção da aids. Concordavam que o uso do preservativo opõe-se à religião e sentiam-se mais susceptíveis à infecção pelo HIV, ao contrário dos homens, que demonstraram menor percepção de risco. Os autores acreditam que esta diferença encontrada entre os gêneros com relação à percepção de risco pode ter como explicação o fato de a religião oferecer ao homem a sensação de proteção, e à mulher pode estar associada à submissão e à consciência da falta de controle sobre seu risco pessoal de se infectar pelo HIV. Para os autores desta pesquisa, os resultados indicam que a religião é capaz de modular comportamentos preventivos, sendo necessário intensificar esforços para envolver líderes religiosos em nível local na prevenção da aids, visto que a maioria não se preocupava em transmitir mensagens referentes à prevenção da aids (Lagarde et al., 2000).

Pesquisa realizada com 3.324 sujeitos entre 16 e 65 anos em todo território nacional, verificou a relação entre a religião declarada e o nível de

conhecimento sobre HIV/aids. Constatou que as mulheres pertencentes às religiões católicas ou pentecostal apresentavam menor grau de conhecimento em relação às que se declaravam sem nenhuma religião, protestantes ou de outras religiões (CEBRAP, Brasil, 2000).

5.2.8 DSC 8

TEMENDO A AIDS POR SER UMA DOENÇA SEM CURA

Idéias Centrais que compõem este DSC:

- Perdendo familiares em razão da aids;
- Achando a aids uma doença ruim;
- Temendo a aids;
- Sabendo da existência de pesquisas sobre vacinas para a aids;
- Sabendo que não há cura para a aids;
- Acreditando que muitas pessoas morreram por causa da aids;
- Sabendo que há tratamento para aids, apesar de não existir cura.

Eu acho que a aids é a pior doença que existe no mundo, uma doença muito perigosa, grave, também...eu ouvi falar. Acho que ela não tem cura. Não tem mesmo! Essa doença é horrível! Tenho dó de quem tem essa doença. A pessoa tem de evitar para não pegar, porque depois que pega não tem jeito. Não existe cura. Tem tratamento, mas não para aquela pessoa. Por exemplo, está com uma doença, procura o médico, mas depois que o médico vir que está com aquela doença ele vai desenganar. As pessoas têm de se cuidar muito bem, porque depois que está contaminada não tem jeito. Depois que descobre a aids não tem mais jeito. Tendo condições de se cuidar, dura um pouco, né?! O tratamento é só para ficar indo em médico, ficar levando furada, cortar aqui, machucar ali... Tem gente que está convivendo assim com a aids, tomando coquetel. Toma aqueles remédios, né?! Os remédios vão fazendo assim: o sangue da pessoa que vai ficando ruim, que não é purificado, a pessoa toma para diminuir, para tirar, e hoje ainda pode prolongar a vida. Uma pessoa que

tem aids e se trata pode viver quantos anos, né? Curar não cura, mas eu acho que ganha bastante tempo, dá para viver uns 10, 15 anos. Vai tomar um medicamento para esticar a sua vida mais um pouquinho, mas cura não tem. Tem tratamento, mas o tratamento é só para viver mais um pouco. Não tem cura. Hoje pode ter alongamento, pode ter um medicamento para prolongar a vida, mas cura não tem. Acho que se a pessoa pensar bem, já pode viver com esse remédio aí, assim o médico falou para minha filha (que morreu de aids) que se ela se “curasse” ela ia durar mais uns meses. Você tem, vai ficar com ela para o resto da vida, até morrer. Não é brincadeira, essa doença mata mesmo! Muitos morreram porque não podiam se tratar; porque como o tratamento era muito caro, eles não tinham dinheiro para se tratar, e outros morreram porque não queriam dar trabalho para família. Essa doença não é brincadeira! Não tem volta, se pegar, a pessoa não tem remédio. Eu ouvi falar assim, que é uma doença que não tem remédio. Essa doença não tem cura não! Se tivesse cura não morria nem artista, né?! Quem é artista morreu também! Eu acho que a aids é uma doença assim... é quase como um câncer, só que ela é mais forte. Eu tenho muito medo do câncer, mas da aids muito mais! Para mim, para minha família, para as pessoas que eu gosto, que estão perto de mim. Eu espero que Deus me proteja que nunca aconteça na minha família. Eu acho que é triste uma mãe ver um filho com uma doença triste dessa, um filho, ou qualquer pessoa da família, pode ser até um estranho mesmo que você conhece assim; você sabe que a pessoa vai morrer logo, logo, daquilo ali... é triste. Eu já perdi duas primas que pegaram aids. Uma pegou do marido e a outra pegou traindo o marido. É muito triste ter essa doença porque a qualquer hora pode passar pela família da gente. Antes o povo tinha medo de tuberculose, agora ninguém mais tem medo, porque é uma doença comum, é uma doença perigosa, mas é uma doença que tem cura. Outras doenças você ainda tem cura; você se cuida, e a aids não. Todos os tipos de doença são ruins, mas essas doenças que não têm um remédio para combater são piores ainda. Disseram que tinham feito vacina, no estrangeiro, mas até agora não soube o resultado. Uma vez passou na

televisão que, nos Estados Unidos, sei lá onde é, nesses lugares longe, que vão fazer uma vacina contra essa doença, mas até chegar já morreu muita gente. A gente tem de viver preocupado, porque sabe que existe a aids. Ter medo de pegar. Quem não tem medo de ter uma aids? Deus me livre! É uma doença terrível, sem cura, muito triste. Acho essa doença triste demais, não é brincadeira! Saber que a gente está convivendo com uma doença que eu acho que ainda não tem cura. Porque neste mundo a gente fica pensando... às vezes a gente não tem, mas acaba pegando do outro, né?! Essas coisas que não têm cura, eu tenho medo.

Neste discurso, é possível verificar que a aids é vista pelas mulheres como uma doença perigosa e temida, notadamente pelo fato de não existir cura. Esta consciência de que a aids leva a morte dos infectados pelo HIV, está exposta pelo emprego de expressões marcantes, tais como: “não tem jeito” e “ela mata mesmo”. Esses conceitos traduzem-se em medo declarado de que a aids atinja de alguma maneira, seja pela infecção em si própria ou em um vizinho ou amigo, mas, sobretudo nos familiares mais próximos como os filhos.

Acredito que esta imagem da aids talvez tenha raízes nos primeiros anos de epidemia, quando a mídia empregava estratégias, como o uso do terror para promover a prevenção da aids. Para Ayres (2002), esta via além de se mostrar ineficiente, promoveu a discriminação e o preconceito entre a população. Outra possibilidade é o fato de algumas dessas mulheres terem acompanhado o adoecimento e morte de pessoas conhecidas.

Em pesquisa realizada com mulheres moradoras em uma comunidade de baixa renda no Município de São Paulo, Praça (1998) apesar de encontrar

lacunas nas informações sobre a aids, também, constatou o reconhecimento de que a aids é incurável, assim como existe uma forte vinculação entre a aids e a idéia de gravidade.

Contudo, pesquisa realizada com um grupo de 210 sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos residentes em Blumenau – SC, encontrou a citação da aids como doença perigosa/grave e doença incurável em somente 39,56% e 24,17% dos entrevistados, respectivamente. Estes dados apontam para a existência de deficiências no conhecimento desse grupo sobre a aids com relação à gravidade da doença (Rotta et al., 2003).

Pesquisa realizada em Massachusetts (EUA) com 242 mulheres entre 58 e 67 anos, encontrou dados diferentes dos nacionais. Constatou que 94% das pessoas entrevistadas sabiam que não há cura para aids, mas verificaram falhas no conhecimento sobre o tratamento, visto que somente 69% sabiam de sua existência. Vale ressaltar que este estudo teve como diferencial importante o fato de a amostra ter sido construída predominantemente com mulheres com alto grau de escolaridade (Yates et al., 1999).

O DSC sob análise mostra que, além de saberem que não existe cura para aids, as mulheres conhecem a existência de tratamento para os infectados pelo HIV, referindo-se a este pelo nome amplamente divulgado pela mídia, “coquetel”. Explicam o mecanismo de ação das medicações com os recursos que possuem, entendendo que eles agem “limpando o sangue”. Também reconhecem como benefício do tratamento o prolongamento da vida, contudo não mencionam a melhora da qualidade de vida dos infectados, mas, sim, a

idéia de sofrimento causado pelo tratamento. Aparentemente, a forte idéia de morte vinculada à aids faz com que os benefícios do tratamento sejam vistos como algo secundário.

Com relação ao conhecimento sobre o tratamento, Paiva et al. (2003) em pesquisa realizada com 1.298 homens e mulheres sexualmente ativos em todo Brasil constataram que só 56,1% dos entrevistados já tinham ouvido falar sobre o tratamento para aids.

O tratamento para a aids deu sua guinada em 1996 durante a II Conferência Mundial de Aids, quando foi anunciado o conjunto de drogas que ficou conhecido como “coquetel” que diminui em 100 vezes o ritmo de reprodução do vírus em relação à monoterapia até então empregada com a Zidovudina (AZT), demonstrando surpreendente aumento da sobrevida e intitulado tecnicamente de terapia anti-retroviral de alta potência (High Active Antiretroviral Therapy – HAART). Na vigência desse tratamento, a aids passou a ser considerada uma doença crônica, por causa da grande sobrevida alcançada pelos infectados pelo HIV (Marins et al., 2001/2002; Souza, Almeida, 2003).

No Brasil, durante o período entre 1982 e 1989, a sobrevida média das pessoas diagnosticadas com aids era de 6,1 meses, subindo para 16 meses no ano de 1995 e atingindo 58 meses no ano de 1996. Coube à introdução da terapia anti-retroviral ser a maior responsável por essa situação (Marins et al., 2001/2002).

Ainda com relação ao tratamento, no DSC em questão, também, existem expressões que sugerem desconhecimento sobre a oferta gratuita dos

medicamentos às pessoas infectadas pelo HIV, tais como: “tendo condições de se cuidar”, “muitos morreram porque não podiam se tratar, porque o tratamento era muito caro”. No Brasil, desde 1996, os medicamentos que compõem a terapia são distribuídos gratuitamente, conforme lei federal (Marins et al., 2001/2002).

Para explicar melhor o medo que a aids desperta, as mulheres utilizam como recurso o uso de comparações da síndrome com outros agravos à saúde que também trazem idéias negativas, como o câncer, doença reconhecidamente temida pela população em geral em razão de sua letalidade. Entretanto, elas demonstram medo maior da aids em comparação ao câncer, provavelmente, por considerarem a primeira uma doença mais grave, visto que o câncer é tratável e passível de cura em alguns casos, o que já não ocorre com a aids. Também comparam a aids à tuberculose associando-a à época em que esta ainda não tinha cura.

O fato do reconhecimento da inexistência de cura para a aids pelas mulheres faz com que reflitam a respeito da importância das pessoas prevenirem a infecção pelo HIV, ao mesmo tempo que lhes desperta um sentimento de compaixão por quem é acometido pela síndrome.

A existência de pesquisas que busquem obter vacina contra a aids também é de conhecimento dessas mulheres, apesar de desconhecerem suas particularidades.

Com relação à existência de vacina contra o HIV, pesquisa realizada no Município do Rio de Janeiro, com 210 sujeitos com idade entre 13 e 49 anos,

moradores em uma favela, identificou a presença de dúvidas, visto que 74,4% da amostra sabia da inexistência de vacinas para a infecção pelo HIV (Fernandes, 1998).

A crença de que a aids não tem cura é reforçada pela recordação sobre pessoas de vida pública que morreram com a síndrome, em especial, nos primeiros anos da epidemia. Provavelmente, por acreditarem que se existisse cura, as pessoas de nível sócioeconômico mais elevado teriam acesso e, assim, curar-se-iam. Apesar dessas mortes terem ocorrido, há alguns anos, a imagem da aids, trazida pela mídia que acompanhou o adoecimento e a morte dessas pessoas, continua habitando o imaginário de grande parte da população até hoje.

A presença da imagem de artistas que morreram por causa da aids também foi encontrada por Vermelho, Barbosa, Nogueira (1999), em pesquisa realizada com mulheres soropositivas no Município do Rio de Janeiro. Nesse estudo, algumas mulheres acreditavam que a aids era “doença de artista”, o que as fazia sentir seguras com relação a não infecção pelo HIV.

No DSC sob discussão, novamente, há a presença de expressões que demonstram a incerteza dessas mulheres com relação às informações que relataram, tais como: “ouvi falar”, “eu acho”. A existência dessas expressões nos leva a pensar que ainda não houve incorporação total dos conhecimentos sobre a aids, persistindo dúvidas e incertezas, embora a aids seja uma doença com história de mais de duas décadas e meia de existência, além do fato de

haver proximidade de algumas dessas mulheres com a síndrome pelo convívio com parente ou conhecido infectado pelo HIV.

O conhecimento e a vivência da população idosa diante da infecção pelo HIV, também, foram investigados por outros pesquisadores, como: Knodel, Watkins, VanLandingham (2003) que apontaram que a população idosa tem sido alvo da aids, não somente pela própria infecção pelo HIV, como também pela perda de familiares, sobretudo filhos. Pois, quando adoecem, geralmente, voltam à casa dos pais para receber cuidados e, muitas vezes, após sua morte, deixam os filhos com os pais já idosos.

Os autores citados acreditam que as perdas afetam o bem-estar e a vida desse grupo, com conseqüências emocionais em razão do sofrimento por acompanhar o adoecimento e a morte do familiar, a exposição às reações negativas de vizinhos e amigos pelo preconceito e medo. Perdas econômicas também são citadas pelo fato de precisarem arcar com os custos do cuidado e, muitas vezes, com as despesas do familiar doente. Perdas físicas, em razão das tarefas oriundas do cuidado e o risco de adquirir uma doença oportunista que possa estar acometendo o familiar, sobretudo a tuberculose; e perdas sociais pela redução do tempo dedicado às atividades sociais ocasionadas pela dedicação ao cuidado do doente. Os autores apontam que esse aspecto da epidemia da aids, embora presente, tenha sido ignorada nas discussões sobre a epidemia de aids.

Em 1999, foi realizada pesquisa com homens e mulheres, entre 20 e 74 anos, na Tailândia que verificou que 69% dos indivíduos entrevistados

conheciam pelo menos uma pessoa com aids, dentre estes, 13% relataram prestar cuidado ou conviver com alguém com aids (Im-em et al., 2002).

5.2.9 DSC 9

DESCREVENDO A IMAGEM DE QUEM VIVE COM A AIDS

Idéias Centrais que compõem este DSC:

- Achando difícil conviver com a aids;
- Acreditando na importância da família para quem tem aids;
- Acreditando que há pessoas que transmitem o HIV propositadamente;
- Achando ruim conviver com quem tem aids;
- Acreditando que quem tem aids, deve enfrentar a doença;
- Acreditando que quem tem aids, deve fazer tratamento psicológico;
- Acreditando que quem tem aids, deve manter os objetos de uso pessoal separados.

Eu acho que a pessoa que vive sabendo que tem aids não é viver. Se uma pessoa está com aids para ela viver é tristeza, né?! Alegria não pode ter sabendo que não tem cura. É melhor morrer, não é mesmo? Você saber que está com uma doença dessa, qual é o seu pensamento? É morrer. Tem uma pessoa que está com ela, aí outro chega falando assim “Ah, meu Deus, essa doença não tem cura”. O que é que você deseja? É a morte. Depois que você fez o exame e está com aids só tem de esperar morrer, porque não existe cura para aids, não tem mais jeito. É muito triste porque você pega essa doença e sabe que a qualquer hora você pode morrer porque as pessoas que têm aids não duram muitos anos, né?! Saber que tem uma doença assim, que não tem cura, é horrível, só conta o tempo de morrer. Para a doença não pegar em outra pessoa, o copo, a colher, o prato são separados. Então aí o que causa? Tristeza. Todo mundo bebe e come, e sua vasilha fica por ali separada, seu

prato, sua caminha... Eu acho tudo isso muito triste. Não é fácil. A pessoa deve viver desesperada e até se suicida, porque sabe que vai morrer mesmo. A única coisa que pode fazer é procurar uma psicóloga para conversar, porque existe tratamento psicológico. Uma pessoa na família que está com essa doença é muita tristeza. O amor da família é a única coisa. Mas para ser sincera, é horrroso viu?! A gente fica apavorada, tudo é motivo de medo, tudo é motivo para se apavorar, não confiar naquela pessoa que está convivendo com aquela enfermidade. Eu já ouvi reportagem na televisão que tinha pessoas que tinham aids e saíram distribuindo ela por aí, saindo com as pessoas de propósito. Às vezes passam o vírus para outro de maldade. Agora já não é tanto, né?! Porque, agora, a pessoa tem e já se conscientiza que teve porque não se cuidou, porque confiou. Eu vejo pela televisão as pessoas magrinhas, doentes, umas com o cabelo caindo. A pessoa com aids é horrível, vai murchando, parecendo um velhinho de 90 anos; se acabando, seca de uma tal maneira que dá pena. Vai emagrecendo até a morte. Você vê a pessoa cada dia diminuindo, enfraquecendo, é terrível conviver com alguém dessa maneira. Quem tem aids inventa "Ah, é uma infecção de não sei o quê. É uma infecção". Inventam um nome bonito para colocar na infecção para não encarar. Tem de encarar, não tem de estar morrendo. A pior coisa é você ter um problema, uma doença séria, grave, e não querer enfrentá-la, porque muitas vezes você morre e não é nem por causa da doença, é porque você não tem coragem de lutar pela sua vida. É ruim, mas fazer o quê? Nós temos que viver de qualquer jeito. Quando aparece, a pessoa tem de conviver com ela, né?! Se tratar direitinho, e esperar até o dia que Deus quiser. E assim vai levando a aids.

Pelo fato das mulheres afirmarem que não há cura para a aids, julgo que acreditam que os infectados pelo HIV esperam e, muitas vezes, desejam a morte, pela certeza de que esta chegará brevemente, como é expresso pelas

frases “saber que está com essa doença, acho que não quer viver, não” e “as pessoas que tem aids não duram muitos anos”.

Além de acreditarem que a morte é, muitas vezes, desejada elas concordam que a morte é melhor do que o convívio com a aids, o que se evidencia na expressão “sabendo que não tem cura é melhor morrer”.

Imaginam uma vida triste, de desespero que só tem como razão a espera da morte, tendo uma verdadeira imagem de morte em vida para essas pessoas.

O desejo pela morte entre os infectados pelo HIV foi encontrado em pesquisa realizada em duas cidades dos EUA com 113 homens e mulheres com idade entre 47 e 69 anos, que identificou que 31% e 11% dos homens e mulheres, respectivamente, sob estudo tinham tido pensamentos sobre suicídio na última semana, sobretudo entre homens brancos e homossexuais. Além disso, foi encontrado que a existência de idéias suicidas era maior entre as pessoas que tinham contado sobre sua soropositividade para familiares e amigos, assim como entre aqueles que consideravam receber menos suporte social dos conhecidos. Diante disso, os autores indicaram a necessidade de intervenções no campo da saúde mental ao grupo (Kalichman et al., 2000).

Em contrapartida, as mulheres do estudo acreditam que, apesar das dificuldades, quem tem aids não tem outra alternativa a não ser continuar vivendo e enfrentando a doença, procurando assistência médica na tentativa de prolongar a vida, assistência psicológica e tendo a família como fonte de apoio.

Com relação à família, acreditam que ter um familiar com aids é algo muito triste, porém, consideram o apoio familiar essencial. Vale acrescentar que

algumas mulheres informam, ter vivenciado a perda de familiares em razão da aids, o que talvez reforce a valorização dada à família.

O apoio familiar recebido por portadores do HIV foi pesquisado por Schrimshaw, Siegel (2003) em um grupo de 63 pessoas com idade igual ou superior a 50 anos em New York (EUA). O estudo identificou insatisfação com relação ao suporte emocional e assistencial recebido dos familiares e amigos por 27% dos entrevistados.

O mesmo estudo constatou que muitos entrevistados não relatavam a doença para a família e aos amigos, por medo de reações negativas ou por não saber como contar, ou por medo de que as pessoas divulgassem a informação, ou por preferir resguardar a privacidade. O risco de se deparar com reações negativas fez com que alguns sujeitos preferissem perder o apoio da família ao declarar sua soropositividade. Além disso, algumas das pessoas que contaram à família ou aos amigos relataram que não receberam o apoio necessário por medo ou por desconhecimento da doença pelos familiares/amigos, além de relatarem situações estigmatizantes que dificultaram ou, até mesmo, impediram o suporte. O estudo identificou, ainda, que algumas pessoas eram resistentes a pedir ajuda por não querer se tornar um fardo na vida de terceiros. Outros entrevistados sentiam que não podiam contar com os familiares, visto que estes, muitas vezes, eram tão idosos ou doentes como eles próprios (Schrimshaw, Siegel, 2003).

No DSC, é possível perceber que às mulheres do grupo estudado, as pessoas que vivem com aids, apresentam algumas características físicas

marcantes. Citam a queda de cabelo, mas enfatizam o emagrecimento. Para expressar essa imagem de debilidade física, usaram expressões como: “vai murchando”, “se acabando”, “cada dia diminuindo”.

O reconhecimento de determinadas características físicas que denunciam a doença, também foi encontrado em outras pesquisas apresentadas a seguir.

Estudo realizado em Porto Alegre–RS com mulheres com condições sócioeconômicas baixas, com baixo nível de escolaridade e com parceiro fixo, identificou a vinculação de estereótipos físicos às pessoas que têm aids, em especial, com relação ao emagrecimento (Roso, 2000).

Em São Paulo, pesquisa realizada com mulheres moradoras em comunidade de baixa renda, identificou a crença na imagem de quem tem aids como de uma pessoa debilitada, emagrecida, indisposta e definhando, sendo o emagrecimento a manifestação mais relacionada à aids, apesar de reconhecerem a existência de infectados aparentemente saudáveis (Praça, 1998).

Praça, Latorre (2003) em pesquisa realizada em São Paulo com 384 puérperas verificaram que 12% da amostra acreditavam ser possível identificar quem tem aids somente pela aparência.

No DSC, verifico que as mulheres acreditam que a aparência física é um meio de denunciar que a pessoa está com aids, e que na tentativa de esconder o fato, o doente inventa que sofre de outra infecção. A afirmação demonstra que estas mulheres reconhecem a aids como uma doença estigmatizante que

força os indivíduos que a têm, muitas vezes, a esconder o verdadeiro diagnóstico, para poderem levar uma vida livre de preconceito.

Paiva et al. (1998), em estudo realizado com 150 mulheres portadoras do HIV, identificaram que esse grupo temia o preconceito vinculado à aids, tanto para si como a seus filhos e que enfrentavam obstáculos para esconder a doença, pois tinham dificuldade em disfarçar o esquema medicamentoso constituído por várias pílulas ao dia com horários rígidos e regime complicado.

As mulheres deste estudo acreditam que, além da certeza da morte e da debilidade física, a aids traz tristeza pela necessidade de separação de objetos de uso pessoal, como cama, talheres e pratos. Demonstram possuir a imagem de uma vida praticamente apartada da sociedade pelo risco de transmitir a aids por meios cientificamente descartados. Esta constatação demonstra a falta de conhecimento dessas mulheres sobre as corretas vias de infecção pelo HIV, o que desperta medo da doença e uma visão irreal sobre as pessoas que vivem com a aids.

Praça, Barbosa (2004)¹³, em pesquisa citada anteriormente, realizada com mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, encontraram uma visão distorcida com relação ao cotidiano do portador do HIV, visto que 56,6% das mulheres entrevistadas acreditavam que o infectado não pode ter amigos, e 54,7% acreditavam na impossibilidade para o trabalho. O mesmo estudo constatou que 60,4% das entrevistadas reconheciam que a pessoa com aids pode ter aparência normal, embora tenham fortemente a idéia de

¹³Ibid. p.28

emagrecimento vinculada à figura do doente de aids. Além disso, 83,0% acreditavam na existência de apoio familiar oferecido como suporte ao doente.

Vale ressaltar que, embora apresentem sentimento de piedade por quem tem aids, as mulheres, representadas pelos relatos que compuseram o DSC sob análise, também, acreditam que existem pessoas infectadas pelo HIV que o transmitem propositadamente. Complementam esta idéia, afirmando que tal situação se reduziu porque essas pessoas, atualmente, têm consciência que se infectaram por descuido próprio.

Roso (2000) em pesquisa já citada, também identificou a constância da idéia de que, motivado pelo desejo de vingança, quem sofre de aids pode transmiti-la propositadamente.

A crença na ocorrência da transmissão propositada do HIV desperta a desconfiança e o medo de conviver com quem tem aids, o que, provavelmente, é potencializado pelo fato de acreditar nas vias erradas de infecção, como o uso comum de objetos de uso social.

Em pesquisa citada anteriormente, as autoras também constataram que 28,3% das entrevistadas acreditavam que a transmissão do HIV pode ocorrer pelo uso de louças e objetos (Praça, Barbosa, 2004)¹⁴.

Os resultados apontados mostram que os achados deste estudo são compartilhados por outros grupos culturais na mesma faixa etária.

¹⁴ Ibid. p.28

Vale acrescentar que os dados de pesquisas internacionais também demonstram desconhecimento sobre as vias corretas de infecção pelo HIV nas populações estudadas:

Estudo realizado na Turquia com 1.048 indivíduos entre 11 e 83 anos, também, identificou a crença de que o HIV pode ser transmitido por vias incorretas: 33,7% citaram o uso de objetos pessoais e 37,7% o compartilhamento de utensílios de cozinha (Ayranci, 2005).

Pesquisa realizada na Tailândia com 773 sujeitos entre 50 e 74 anos e 398 pessoas entre 20 e 39 anos de idade, identificou que somente 44% dos respondentes com 50 anos ou mais sabiam que não existe risco em usar o mesmo copo de alguém infectado (Im-em et al., 2002).

5.2.10 DSC 10

OUVINDO FALAR POUCO SOBRE A AIDS

Idéias Centrais que compõem este DSC:

- Descobrindo a aids;
- Conversando pouco sobre a aids;
- Acreditando que as pessoas não gostam de conversar sobre a aids;
- Ouvindo falar pouco sobre a aids.

Agora a gente não vê falar muito que nem no começo, né?! A gente não ouve falar mais em aids que nem antes. Não sei se tem mais. A aids é uma doença que ninguém gosta muito de comentar, de fazer comentários. Tem pessoas que não gostam nem de responder, às vezes, as perguntas que se faz porque acha que incomoda. A gente quase não conversa com as outras pessoas, a gente conversa mais mesmo em família. Eu não sei porque não tinha no meu tempo esses cuidados; agora tem muitas doenças. Escutava mais de câncer, né?! Mas aids não ouvia falar não. Eu nunca me preocupei com isso porque eu não escutava falar disso aí, eu comecei a escutar agora. De uns tempos para cá que fiquei sabendo que essa doença existe mesmo. É difícil a gente escutar falar, né?! A aids, comecei a descobrir, a saber dessa doença, acho que de uns cinco anos para cá, eu não sabia que existia isso, que existia essa doença. Eu fiquei sabendo depois que eu internei minha filha que eu descobri que era essa doença. Eu não sabia dessas coisas, eu fiquei sabendo depois de ter perdido a minha filha que tinha essa doença, depois que eu vi meu sobrinho que veio a falecer com 32kg, aí que eu vim despertar que o caso era grave, não era brincadeira. É muito difícil você saber porque não convive

muito com as pessoas do lado de fora. Fica trancada só aqui dentro, e às vezes pouca coisa eu escuto falar na televisão, da aids. Às vezes a gente não quer nem ver, ficar assistindo repórter na televisão. Passa tanta coisa né?! Que a gente é obrigada a assistir. Eu não gosto nem de ver.

Neste discurso, as mulheres relatam que não têm recebido informações sobre a aids quando comparado à anos anteriores.

As campanhas sobre a aids não têm sido vinculadas pela mídia com muita freqüência nos últimos anos, com exceção da época de carnaval, na qual o assunto é retomado, contudo, geralmente, a propaganda resume-se à mensagem “use camisinha”, não expandindo a discussão ou oferecendo informações complementares. Esse tipo de estratégia, além de se mostrar deficiente, sugere que o preservativo deve ser usado em situações específicas, como no carnaval que é considerado um período de maior liberação sexual, ocorrendo mais encontros sexuais casuais. Este tipo de estratégia é excludente por ignorar grande parte da população, sobretudo as mulheres com parceiro fixo, que têm sido um segmento populacional com crescente envolvimento na epidemia de aids. A população idosa também não tem sido alvo das campanhas de prevenção, apesar do crescente número de infectados pelo HIV.

Praça (1998), também, aponta a brevidade das campanhas e sua ocorrência somente em épocas determinadas, como o carnaval. Acredita que a propaganda informativa sobre a aids nem sempre atinge seu objetivo na população, visto que é freqüente o uso de metáforas que dificultam a compreensão da mensagem. Assim como o fato de abordarem somente a

transmissão sexual, sem citar as demais vias de infecção. Dessa forma, a informação é incompleta e dificulta o entendimento da população sobre a epidemia.

A falta de campanhas direcionadas aos idosos resulta, para as mulheres sob estudo, no que este discurso evidencia, dúvidas sobre a existência da aids e um grande intervalo entre o início da epidemia e a descoberta da doença.

Com relação à descoberta da aids, vale ressaltar que no grupo sob estudo, ocorreu também há poucos anos, com o adoecimento e morte de familiares, demonstrando a ineficácia das campanhas educativas em alcançar os idosos. As mulheres não têm incorporada a existência dessa doença, acarretando na ausência de medidas preventivas e, assim, potencializando o risco de infecção pelo HIV nesse grupo, visto que elas relataram: “nunca me preocupei com isso, porque eu não escutava falar disso aí”.

Atribuem a demora para descobrir a aids à sua inexistência “no seu tempo”, referindo-se, provavelmente, à juventude, quando uma das doenças que mais despertava medo e discussões era o câncer.

Houve também menção de que a aids é um assunto considerado desagradável pelas pessoas, sendo evitado em conversas informais. Apesar de sentirem esse desconforto entre as outras pessoas, ao mesmo tempo relatam que não gostam de assistir a notícias sobre a aids na televisão; no entanto, sentem-se obrigadas a fazê-lo por falta de opção. Talvez essa afirmação se relacione ao fato de considerarem que a aids e suas notícias não são importantes para elas, pois, conforme exposto em discursos anteriores, este

grupo não percebe a aids como uma ameaça à própria saúde, tendo um sentimento de falsa imunidade a esta infecção.

Além da família, o DSC sob discussão mostra a televisão como fonte de informações sobre a aids, embora as mulheres tenham considerado reduzida quantidade de informação veiculada.

No Cingapura, local de residência do grupo sob estudo, por mais precária que seja a condição financeira dos moradores, todos os apartamentos têm ao menos uma televisão. Acredito que o importante papel social da televisão é consequência das dificuldades dos moradores para terem acesso a outros meios de comunicação, como: jornais, revistas e *internet*, quer pelos custos, quer pelo reduzido grau de instrução.

Estes achados são similares aos encontrados em pesquisa realizada com mulheres com idade igual ou superior a 50 anos residentes em outra comunidade de baixa renda no Município de São Paulo, na qual 81% citaram a televisão como fonte de informação sobre a aids, enquanto 67,9% relataram conversas com parentes e amigos (Praça, Barbosa, 2004)¹⁵.

Praça (1998) também encontrou a televisão como principal fonte de informações sobre a aids em pesquisa realizada na década anterior, citada anteriormente. O mesmo ocorreu com Fernandes (1998) em pesquisa realizada no Rio de Janeiro com 210 indivíduos, com idade entre 13 e 49 anos, moradores em uma favela que encontrou a televisão como principal fonte de

¹⁵ Ibid. p.28.

informação (56%), seguida pela escola (13,5%) e pessoas da própria comunidade (6,8%).

Dados de pesquisa realizada nos EUA com 514 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos também identificou a televisão, como principal fonte de informação sobre a aids, sendo citada por 85% da amostra, seguida por conversas com amigos (54%), família (51%), jornal (51%) e profissional da saúde (38%) (Henderson et al., 2004).

Gonçalves, Varandas (2005) citam a importância da construção de uma cumplicidade entre os meios de comunicação e o debate sobre os rumos da epidemia que são permeados por conflitos morais, pontuando sempre a vulnerabilidade das mulheres, os processos de socialização e a moralização que as circundam na observância criteriosa de que as mulheres são as mais afetadas pela infecção pelo HIV.

5.2.11 DSC 11

DESCONHECENDO A AIDS

Idéias Centrais que compõem este DSC:

- Acreditando que a aids não é sexualmente transmitida;
- Desconhecendo a aids;
- Desconhecendo a camisinha.

Não penso nisso não, por não saber nem o que significa. Eu não sei o que significa esse negócio de aids. Eu não sei a gravidade da doença, porque eu nunca nem vi a pessoa com aids, por isso que eu não sei. Não tenho idéia do que possa ser. No meu tempo não tinha essas doenças, por isso que eu não sei. Aquilo que não aconteceu na família, a gente não pode saber, dar detalhe direito, né?! Não pode falar certo, porque se não é uma coisa do conhecimento da gente, da nossa própria família, a gente não pode nem esclarecer uma verdade. A aids eu não sei os sintomas não. Dizem que não tem cura, mas agora eu mesma não sei se tem ou não tem. Deve até ter, né?! Eu não acho nada não, porque eu não sei de nada. Bom, pode ser que tem e eu ainda não sei, né?! Não sei se não tem cura. Mas deve ter cura sim. Deve ser como o câncer também, que não tinha remédio já hoje tem. Pode ela ser assim também. Já pode ter aparecido remédio para ela, aparecido assim um jeito. Diz que camisinha evita, mas eu não sei nem o que é essa coisa que eu nunca nem vi, não conheço. Se eu vir o quê é, eu não sei o quê é. Se me derem, assim, um pacote de camisinha, eu não sei o quê é, porque eu nunca nem vi. Eu acho que são essas coisas que podem evitar de pegar doença; se é que pega desse jeito;

não sei se é contagiosa. E também assim, no beijo não pega. No sexo não é, acho que pelo sexo não, né?!

Neste DSC, é possível observar a existência de idéias equivocadas sobre a aids entre as mulheres, assim como dúvidas e conceitos contraditórios que já tinham sido apresentados em discursos anteriores. Relatam informações sobre a inexistência de cura para a aids, mas demonstram não ter certeza da veracidade dessa informação. Atribuem as dúvidas à falta de convívio com alguém infectado pelo HIV e ao fato, da aids não ter existido no chamado “meu tempo”, provavelmente, referindo-se à juventude.

O DSC demonstra que a informação sobre o uso do preservativo como forma de prevenção da infecção pelo HIV alcançou essas mulheres, porém, aparentemente sem resultado, visto que elas desconhecem este objeto. Isso evidencia que o apelo das campanhas pelo uso do preservativo, sem a associação de informações complementares, estratégia que vem sendo usada nas campanhas preventivas da aids nos últimos anos, não surtiu efeito na totalidade no grupo sob estudo.

Com relação às vias de infecção, demonstram a existência da dúvida sobre a transmissão do HIV pelo sexo, embora os discursos anteriores tenham mostrado conhecimento sobre essa via, assim como pesquisas citadas anteriormente realizadas com outros grupos.

O aumento da deficiência no conhecimento sobre a aids com o avançar da idade foi apontado por pesquisas citadas abaixo:

Fernandes et al., (2000) em pesquisa realizada com mulheres atendidas na rede primária de saúde no município de Campinas – SP identificou que o desconhecimento sobre sintomas, vias de transmissão e medidas de prevenção de DST aumentava diretamente com a faixa etária. Assim como pesquisa realizada na Tailândia com 773 sujeitos entre 50 e 74 anos e 398 indivíduos entre 20 e 39 anos (Im-em et al., 2002).

Outra pesquisa realizada nos EUA com 514 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, também, identificou deficiências no conhecimento sobre a transmissão sexual e prevenção do HIV, visto que 65% apresentaram baixo escore com relação ao questionário aplicado com questões sobre transmissão e prevenção do HIV. Além disso, constatou que só 13% consideravam o uso do preservativo muito efetivo para a prevenção do HIV e 18% que ele não era totalmente efetivo (Henderson et al., 2004).

5.2.12 DSC 12

NÃO USANDO PRESERVATIVO PELA DIMINUIÇÃO DO PRAZER

Idéia Central que compôs este DSC:

- Não usando o preservativo pela diminuição do prazer.

Algumas vezes que eu fui experimentar (a camisinha) não achei bom e ele também não achou. Ele diz que não presta, que não acha bom. Usei porque surgiu, apareceu por aí, mas não é coisa que foi direto não, foram pouquinhas vezes. Foi só para experiência. É horrível, já é sacrifício demais para mim sentir prazer, então, com a camisinha eu acho que foi pior ainda. Com a camisinha eu não gostei de jeito nenhum. Essa precaução eu não tomo. Eu não tomo precaução nenhuma, não tenho os cuidados de usar camisinha.

O DSC apresentado acima foi construído com base no relato de uma única mulher. Optei por apresentá-lo isoladamente pelo fato de ser discordante dos DSC anteriores.

Em discurso anterior, as mulheres relataram que nunca usaram o preservativo por existir o conceito de que seu uso não é agradável, o que as faz repudiá-lo sem nem mesmo tê-lo usado uma única vez.

Ainda que reconhecesse a importância do preservativo para a prevenção da infecção pelo HIV, noto no DSC atual que a mulher que referiu seu uso, não

fez essa associação, relatando que o usou poucas vezes com o único intuito de experimentar.

O discurso citado sugere que o preservativo não entrou na casa da mulher por iniciativa própria, na compra ou na busca em instituição de saúde. Provavelmente, recebe-os em programas de distribuição aleatória.

Considero que o fornecimento gratuito do preservativo é importante para a promoção da prevenção da infecção pelo HIV, mas os resultados seriam potencializados se estivessem associados a outras medidas, como o fornecimento de informações e de discussões sobre o assunto.

Para justificar o não uso do preservativo em todas as relações sexuais, a mulher cita sua interferência negativa na qualidade da relação sexual. Considera que seu uso diminui o prazer, e o parceiro compartilha da mesma opinião.

Pesquisa realizada em nível nacional, referida anteriormente, verificou que 5% da amostra alegaram o fato de não gostar de usar o preservativo como motivo para seu não uso na última relação sexual, sendo essa citação maior entre as mulheres (Paiva et al., 2003).

Como justificativa para o não uso do preservativo nas relações sexuais, oferecida por homens entrevistados, em pesquisa realizada no Município de São Paulo, observa-se o relato de que seu uso afeta negativamente a relação sexual, por alterar a sensibilidade, diminuir o prazer e prejudicar a ereção, pelo alto custo e pela modificação estética (Guerriero, Ayres, Hearst, 2002).

O uso do preservativo entre mulheres idosas também foi investigado em pesquisa realizada com 53 mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, moradoras em uma comunidade de baixa renda no Município de São Paulo, onde se verificou que apenas oito mulheres já o usavam, porém outras seis já haviam pensando usá-lo. Dentre as mulheres que pensaram usar o preservativo, cinco conversaram com o parceiro e, destas, um único parceiro aceitou usá-lo. Após a recusa, as mulheres relataram que não tocaram mais no assunto, alegando que o companheiro dissera que não havia necessidade ou não queria (Praça, Barbosa, 2004)¹⁶.

Diante deste e outros DSC que abordam o preservativo, fica evidente que seu uso pelas mulheres do grupo estudado enfrenta barreiras que evidenciam a necessidade de intervenção dos profissionais de saúde para oportunizar a discussão do assunto, com abordagem sobre a reduzida percepção de risco à infecção pelo HIV motivada pela crença na fidelidade conjugal que deve ser considerada no presente, com destaque, também, para o passado, período nem sempre considerado. Deve ser considerada também a tentativa de modificação da visão negativa do preservativo por parte de homens e mulheres.

No capítulo a seguir, apresento a análise cultural dos dados obtidos, segundo o referencial adotado.

¹⁶ Ibid. p.28.

6 ANALISANDO OS DADOS CULTURAIS

Ao adotar como norte os princípios da Antropologia Médica, segundo Cecil G. Helman, os dados obtidos neste estudo mostram que a aids determinou discretas modificações na vida das mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, moradoras na comunidade onde a pesquisa foi realizada.

Embora estas mulheres identifiquem a aids como uma doença perigosa, especialmente pelo fato de não ter cura, consideram-na como ameaça só para as “outras” pessoas, que possuem características diferentes da dinâmica de suas vidas. Ao acreditarem que a aids acomete os indivíduos que adotam comportamentos específicos como o uso de drogas endovenosas, a multiplicidade de parceiros e o não uso do preservativo com parceiros desconhecidos, estas mulheres não demonstram preocupação em modificar seu comportamento em relação à proteção do vírus da aids quando o enfoque é o relacionamento sexual.

Diante da crença voltada às pessoas consideradas como “alvos” da aids, estas mulheres não se sentem em risco de infecção pelo HIV pela via sexual. Nos discursos, transpareceu o sentimento de segurança, garantido pela adoção de comportamentos tidos como protetores da infecção pelo HIV, sendo o principal deles, o relacionamento monogâmico com o parceiro. A confiança na fidelidade do companheiro é sua principal garantia de proteção contra a

infecção, embora tenham sido encontrados relatos contraditórios, pois, ainda que acreditem na fidelidade, reconhecem que os homens são naturalmente propensos a se envolverem em relacionamentos extraconjugais, assim, demonstram relevar situações de traições passadas e de atitudes que sugeriam a continuidade desse comportamento do parceiro.

A crença na fidelidade do companheiro e a não valorização de seu passado com relação às atitudes que poderiam tê-lo infectado, são fatores que geram o não emprego do preservativo, cuja imagem negativa favorece o desinteresse em usá-lo, também, no futuro. Para as mulheres, que utilizam ou utilizaram o preservativo, a tendência é atribuir-lhe interferência no prazer durante o ato sexual, bem como relacionar seu uso à curiosidade. Percebo que a preocupação com a prevenção da infecção pelo HIV não tem impacto suficiente na modificação do comportamento dessas mulheres.

Um dado a se considerar é a contradição observada na crença relacionada ao uso do preservativo, embora reconheçam sua importância na prevenção da infecção pelo HIV, deter essa informação não é suficiente para modificar seu comportamento e adotá-lo em todas as relações sexuais. Demonstram acreditar que o preservativo deve ser utilizado em eventuais relações sexuais e com desconhecidos, e não demonstram segurança quanto à valorização de seu uso em relação à vida doméstica.

Ainda que acreditem na possibilidade da infidelidade masculina, de um modo geral, que desencadearia a obrigatoriedade do uso do preservativo, essas mulheres demonstram certeza quanto à fidelidade do próprio parceiro, o

que dispensa a adoção de medidas de proteção. Dessa maneira, a preocupação com a manutenção da própria saúde no aspecto voltado à prevenção da infecção pelo HIV mostra-se reduzida ou nula às mulheres estudadas, o que leva a concluir que o surgimento da aids não desencadeou nesse grupo mudanças favoráveis para sua prevenção nos relacionamentos sexuais. Fato que se confirma quando a mulher refere não ter interesse em usar o preservativo.

Por outro lado, a preocupação com a prevenção da síndrome faz-se presente no cotidiano dessas mulheres, visto que se percebem susceptíveis à infecção pelo HIV por via de reduzida ocorrência ou não comprovação científica, ao acreditar em tais vias de exposição, que alteram seu comportamento para se prevenir da infecção.

Esta preocupação manifesta-se pela atenção em observar os materiais empregados em procedimentos médico-odontológicos, em procurar salões de beleza que possuem equipamento para esterilização de material e ficar atentas ao se sentarem em locais que consideram como possíveis fontes de infecção, exemplificados pelo vaso sanitário e outros assentos, recém-ocupados por um desconhecido.

Neste momento, outro fato que deve ser considerado reside na preocupação com a infecção pelo HIV nos jovens. Para estas mulheres, o jovem constitui-se no segmento mais susceptível à infecção pelo HIV, pois, além de, com maior frequência, adotar comportamentos favorecedores da

infecção, quando comparados aos membros de outras faixas etárias, demonstra irresponsabilidade, não se preocupa com a aids e é carente de informação.

Para as mulheres do grupo estudado, a preocupação maior com a aids não tem como foco a própria existência, mas reside em seu papel de cuidadora da família, pois ao acreditarem na maior vulnerabilidade dos jovens, despertam para a necessidade de orientar os filhos e netos quanto à prevenção da infecção pelo HIV. Informar os jovens sobre o uso do preservativo e sobre os cuidados necessários na escolha de amigos e parceiros sexuais para evitar usuários de drogas endovenosas e pessoas promíscuas sexualmente, parece ser tarefa das mulheres de mais idade, moradoras na comunidade.

É interessante ressaltar o valor atribuído às mães, pelas próprias mulheres, como fontes de conhecimento sobre a aids. Para elas, é tarefa materna atuar como fonte de informação sobre o assunto e deter o poder de desencadear a adoção de medidas preventivas voltadas à prevenção da infecção pelo HIV entre os filhos. Dessa maneira, para estas mulheres, a prevenção do vírus da aids deve ser iniciada dentro de casa, valendo-se da discussão sobre o tema entre mães e filhos. Vale citar que este papel não é extensivo ao pai, o que demonstra que ele é visto como provedor, ao passo que à mãe são atribuídas as funções de educadora e de cuidadora da família.

Com relação às orientações dadas aos filhos, as questões de gênero permeiam as ações e as atitudes destas mulheres: dão maior ênfase à importância de orientar os filhos do sexo masculino sobre a prevenção da doença, pois os consideram mais prováveis de manter relacionamentos sexuais

ocasionais, mesmo quando vivem um relacionamento estável. Outro fato a ser considerado é o aconselhamento sobre a busca de relacionamento com mulheres “fiéis”. Por outro lado, os dados mostram menor preocupação para com as filhas, porque acreditam que o casamento as mantêm seguras contra a epidemia de aids. Some-se o fato de considera-las como “mulheres boas”, ao contrário dos filhos do sexo masculino que são vistos como “safadinhos”.

Ao ter como foco as diferentes gerações que convivem na comunidade, o estudo mostrou que as mulheres, diferentemente da visão atribuída aos jovens, vêem o idoso, como alguém consciente da síndrome e sem envolvimento em comportamentos considerados de risco para a infecção. Atribuem essa situação ao conhecimento adquirido com a experiência de vida, resultando na adoção de medidas preventivas, como o uso de preservativo nas relações sexuais e a manutenção de relacionamentos prolongados. No entanto, esta crença é discordante das próprias ações, já que não têm o hábito de utilizar preservativo ao longo de sua vida sexual.

A religiosidade se faz presente, pois são religiosas e freqüentadoras, principalmente, de igrejas evangélicas. A crença nos princípios religiosos, provavelmente, fornece-lhes subsídios para a construção de uma teoria própria para o surgimento e o avanço da aids, pois atribuem à síndrome um significado religioso, visto que a vinculam à imagem de “peste”, citada na Bíblia, ao surgimento de doenças devastadoras em períodos que limitam o fim de uma época.

Além disso, a religiosidade também está representada em outra abordagem com relação à doença. Embora reconheçam que a ciência não descobriu a cura, crêem no poder de Deus para obtê-la. O desencontro entre as informações que possuem e a doença e sua crença em Deus leva-as a acreditar na possibilidade de cura divina para a aids.

Nesta análise, vale acrescentar que as palestras educativas realizadas em unidades de saúde são vistas pelas mulheres, como importantes fontes de divulgação de informações sobre aids. Quanto à televisão, outra fonte de informação vale acrescentar que as mulheres percebem a ausência de veiculação recente de informações sobre a síndrome, o que gera dúvidas sobre a existência da aids nos dias atuais, o que pode ser tomado como fator gerador da não adoção de medidas preventivas da infecção pelo HIV.

As mulheres vêem a aids como uma situação que afasta o doente da convivência social e familiar, pois acreditam que seus objetos de uso pessoal devem ser separados dos de uso comum daqueles com quem convivem. Atribuem-lhe, também, a imagem de um indivíduo emagrecido, embora acreditem que uma pessoa, com aparência saudável, pode ter o vírus e disseminá-lo. Diante desta crença, as mulheres reconhecem que a aids é um tema desagradável que evitam em conversas ocasionais com conhecidos; de onde deduzo ser conseqüência da imagem negativa que esta síndrome acarreta, evidenciada nos relatos pela forte vinculação à morte e ao sofrimento. A carência de intervenções dos serviços de saúde associadas à aids e direcionadas a essas mulheres acumula-se à sua dificuldade em acessar

informações encontradas na mídia impressa e na *Internet*, ambas distantes da realidade destas mulheres.

Esta análise mostrou que a aids desperta preocupações nas mulheres sob estudo, porém não na prevenção e manutenção da própria saúde diante de relacionamento sexual, mas, na de seus filhos e netos, em especial dentre os do sexo masculino. Reconhecem a gravidade da aids, porém possuem informações sobre a transmissão do vírus, também, por fontes que as levam a alterar ações diante da epidemia e temer a realização de exames e tratamentos em instituições de saúde. Atribuem idéias estigmatizantes aos infectados/doentes e apresentam crenças religiosas para o surgimento e cura da aids.

No próximo capítulo, apresento a conclusão desta pesquisa.

7 CONCLUSÃO

A análise dos DSC sob a perspectiva cultural mostrou que emergiram dados que sugerem o risco do grupo estudado quanto à infecção pelo HIV em razão do somatório das características que o potencializam, como: as crenças que possuem, o *déficit* de conhecimento sobre a epidemia, a não adoção de medidas preventivas e, sobretudo a ausência de percepção de risco. Assim como a descrição de uma visão equivocada sobre a aids.

As mulheres com 50 anos ou mais de idade moradoras de uma região da área Laranja, atendidas na Unidade Básica de Saúde/ Programa Saúde da Família no Jardim São Jorge, do Município de São Paulo, demonstram deter a informação de que não há cura para a aids, motivo pelo qual a consideram uma doença perigosa que precisa ser prevenida. O reconhecimento de sua gravidade e de sua letalidade despertam sentimentos e reflexões, como a piedade sentida por quem tem a doença.

Reconhecem a existência de tratamento para a aids, contudo, é interessante notar que o atribuem como única vantagem para o aumento da sobrevida, mesmo assim às custas de sofrimento.

Em relação à imagem que possuem dos portadores do HIV, as mulheres, ainda que admitam que o doente de aids pode ter aparência saudável,

acreditam que há indícios físicos marcantes da doença, como o emagrecimento, a debilidade física e a queda de cabelo.

Reconhecem, também, o preconceito vivenciado pelos infectados pelo HIV, visto que percebem que, muitos doentes, na tentativa de esconder o próprio diagnóstico, relatam que sofrem de outras doenças, menos estigmatizantes que a aids.

Ao mesmo tempo que demonstram dúvidas sobre a etiologia da aids, mostram ter acesso a informações recentes sobre a epidemia, fato evidenciado pelas informações que possuem, ainda deficitárias, quanto a pesquisas sobre vacinas.

As mulheres do grupo estudado demonstram suas crenças relacionadas à origem da aids embasando-se em lembranças de pessoas de vida pública que, no início da epidemia, morreram por causa da doença. Consideram que a morte de pessoas com destaque na mídia, com alto nível sócioeconômico, comprova a ausência de cura, pois essas pessoas não teriam morrido, já que teriam acesso ao tratamento.

As mulheres acreditam que a aids esteja intimamente relacionada a comportamentos condenados socialmente, tais como: a multiplicidade de parceiros, principalmente sem o uso do preservativo, e o uso de drogas endovenosas.

A preocupação com os jovens evidencia-se pela crença de que estes se constituem no grupo mais exposto à aids, pois acreditam que são carentes de informações e que adotam comportamentos considerados, como irresponsáveis

e incoseqüentes, que potencializam os riscos de infecção pelo HIV. Este pensamento resultou na valorização do papel de mãe como orientadora e cuidadora dos familiares jovens, como filhos e netos, em relação à epidemia de aids, a ponto de atribuírem à figura materna o poder de modificar o comportamento dos filhos para sua prevenção. Acreditam que as mães devem orientar os filhos para uso do preservativo, para a escolha de parceiros fiéis e de amigos que não sejam usuários de drogas, fatores que consideram essenciais para prevenir a infecção pelo HIV.

No entanto, a preocupação com os filhos diferencia-se em relação ao sexo, percebemos que as questões de gênero estão fortemente presentes com relação às atitudes dessas mulheres na orientação dos filhos. Acreditam que os filhos do sexo masculino necessitam de maior orientação, pois consideram que tenham mais probabilidade de relacionamentos sexuais ocasionais, mesmo quando vivem uma relação estável. Já a preocupação com as filhas é menor, pois julgam que o casamento lhes dá segurança na prevenção da epidemia de aids.

As mulheres reconhecem os fluídos corpóreos como fontes de transmissão do vírus da aids e atribuem como fontes de infecção o sangue, o sêmen e a secreção vaginal, contudo, também apontam a saliva e o suor.

Embora acreditem que a transmissão sexual e o uso de drogas endovenosas sejam categorias de exposição ao vírus, crêem, também, no beijo, no uso de vaso sanitário, no banco quente, após uso de terceiros, em objetos

de uso pessoal, em ferimento cutâneo e, sobretudo, na realização de exames e uso de seringas e agulhas como fontes de transmissão do HIV.

Acreditam, também, que os salões de beleza e os consultórios odontológicos sejam locais potencialmente perigosos à infecção pelo HIV, pois utilizam materiais que entram em contato com sangue e com saliva, tornando-os potencialmente infectantes. Crêem, ainda, que as tatuagens e o uso de navalha ao fazer a barba constituem-se em outras fontes de infecção.

As mulheres do estudo como medida preventiva citaram o uso do preservativo e o cuidado na escolha dos parceiros, apesar de reconhecerem que o infectado pelo HIV pode ter a aparência saudável.

Um achado na análise dos dados que chama a atenção foi a percepção de risco restrita a uma situação: a realização de exames. As mulheres reconhecem a necessidade do emprego de equipamentos descartáveis ou esterilizados em procedimentos médico-odontológicos em razão de seu contato com o fluído corpóreo, contudo, não se sentem seguras nos serviços de saúde, por não confiarem na procedência e segurança dos materiais utilizados. Esta situação leva-as a acreditar que os idosos sejam mais susceptíveis ao contágio nesses locais pela à maior freqüência de realização de exames, próprios da idade.

Consideram, portanto, que o único risco para a infecção pelo HIV, em idosos, reside na realização de exames, já que vêem esse segmento como mais consciente sobre a epidemia de aids, pois, com maior freqüência, pela maior experiência de vida, adotam medidas preventivas, embora elas próprias não o façam.

No entanto, utilizam como medidas preventivas a observação cuidadosa do material usado em procedimentos médico-odontológicos e evitam sentar-se em determinados locais.

Outro fator a ser considerado é o medo manifestado no convívio com portadores do HIV, pois acreditam que existem infectados que transmitem o vírus propositadamente, colocando-as sob risco de infecção.

Embora valorizem a prevenção e tenham consciência da gravidade da doença, as mulheres criticam as pessoas que não adotam medidas preventivas relacionadas à transmissão sexual do HIV, mas não demonstram preocupação com esta condição. Acreditam que a manutenção de relacionamento monogâmico seja garantia de segurança para a aids, apesar de acreditarem que os homens, pela própria natureza, têm tendência para se envolver em relacionamentos extraconjugais. Demonstram ter conhecimento da infidelidade do parceiro ocorrida no passado, com indícios de continuidade desse comportamento no presente, contudo, o fato não resulta na adoção de medidas preventivas.

Reconhecem o uso do preservativo como medida preventiva para a infecção pelo HIV e consideram-no importante somente em situações específicas, como nos relacionamentos com desconhecidos e com parceiros infiéis. Reafirmam que, diante da certeza da fidelidade do parceiro, o preservativo é dispensável, apesar de considerarem não ser possível confiar em ninguém.

Com relação aos relacionamentos afetivos, as mulheres, também, acreditam que a aids despertou o medo das pessoas para se envolverem em relacionamentos extraconjugais, favorecendo, assim, a fidelidade, sobretudo nos primeiros anos da epidemia.

A par desta situação, estas mulheres não utilizam preservativo e atribuem-lhe um conceito negativo, negando disposição em usá-lo futuramente. O emprego do preservativo quando citado foi atribuído à curiosidade.

Embora reconheçam o teste anti-HIV como necessário ao diagnóstico da infecção, não é característica do grupo estudado submeter-se à testagem.

É interessante destacar, também, que as mulheres acreditam que a aids atinge em maior proporção a população de nível sócioeconômico menos favorecido, pela alta proporção de comportamentos que consideram displicentes voltados à prevenção da aids, à maior despreocupação com a doença, ao início precoce da vida sexual e à multiplicidade de parceiros. Acreditam também que, nas famílias com nível social mais elevado, a doença é escondida da sociedade.

A televisão e as conversas com os familiares são as maiores fontes de informações sobre a aids nesse segmento, mas reconhecem o decréscimo de sua abordagem pela mídia, o que suscita dúvidas sobre o tema, e mesmo sobre a persistência da doença nos dias atuais.

Além da mídia e do relacionamento informal, a descoberta da aids ocorre, também, com o adoecimento e a perda de familiares próximos, indicando que

as intervenções voltadas à educação da população sobre o assunto passam despercebidas por esse grupo.

A religiosidade é outro fator a ser ressaltado. A crença religiosa das mulheres reflete uma visão negativa sobre a aids, visto que a consideram um prenúncio do fim de uma época, segundo a própria interpretação de trechos bíblicos que descrevem para esse período o surgimento de doenças consideradas como peste. Além disso, acreditam que a aids é passível de cura divina se esta for a vontade divina.

Estes dados nos permitem concluir que as mulheres do grupo sob estudo não se percebem sob risco de infecção pelo HIV por via sexual, embora considerem importante a possibilidade de contatarem com o vírus da aids em salões de beleza, consultórios odontológicos, durante a realização de exames que envolvem fluídos corporais e no relacionamento social com um portador/doente.

É característica desse grupo a não adoção de medidas preventivas como uso de preservativos e não realização de testagem anti-HIV.

São mulheres que acreditam que a aids seja doença própria do segmento mais jovem da população e não dos mais idosos.

8 TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo evidenciaram a exclusão da população com idade igual ou superior a 50 anos das campanhas sobre o HIV/aids, que têm tido como alvo outros segmentos populacionais.

A descontinuidade das intervenções que observo no cotidiano, deve ser considerada, pois, nos últimos anos as campanhas sobre aids têm se concentrado em períodos específicos, como o que antecede o carnaval, sendo escassas as intervenções em outros meses do ano, havendo, assim, descontinuidade nos processos de educação e conscientização da população.

Desse modo, creio que este tipo de abordagem tem se mostrado ineficaz por alguns motivos: sugere que o risco de infecção pelo HIV está presente somente nas relações sexuais ocasionais; exclui os indivíduos que mantêm relacionamentos estáveis; não desperta oportunidades para reflexão e mudança de comportamento graças à brevidade da abordagem.

Esta abordagem pontual trouxe como consequência para o grupo sob estudo, além de lacunas no conhecimento sobre a doença, a dúvida da existência da síndrome nos dias atuais, visto que perceberam o decréscimo da veiculação do assunto pela mídia.

As campanhas sobre a aids, além da descontinuidade, também, demonstram falhas com relação a seu conteúdo. As estratégias empregadas

costumam utilizar mensagens que não estão ao alcance de todas as pessoas, pelo uso freqüente de metáforas, que são de difícil compreensão pelos indivíduos com baixa escolaridade e pelo uso de frases que não despertam reflexões. Fato comprovado pela leitura dos discursos, visto que a informação sobre a importância do uso do preservativo alcançou o grupo estudado, contudo não resultou em alterações de seus comportamentos com relação à prevenção do HIV pelo uso do preservativo com o parceiro.

Sou favorável, portanto, à abordagem da aids não somente em caráter de campanha, com necessidade de construção de programas contínuos de intervenção em níveis local e nacional.

A abordagem do indivíduo com idade igual ou superior a 50 anos, com relação à aids, necessita ser discutida pelos profissionais de saúde, que precisam ser sensibilizados sobre o fato de que este segmento pode continuar tendo vida sexual ativa, assim como, tem a possibilidade de adotar comportamentos que os coloque em risco de infecção pelo HIV. Dessa maneira, julgo que a discussão desses aspectos durante consultas com os idosos em nível local seja de fundamental importância para a promoção da conscientização dessa população sobre o tema.

Além de orientar estes pacientes sobre a prevenção da aids, os profissionais de saúde, os enfermeiros, em particular, precisam estar atentos às queixas de saúde que podem indicar a infecção pelo HIV, proporcionando, assim, o diagnóstico precoce, visto que pesquisas internacionais têm indicado a demora para a descoberta da aids entre os idosos devido à falta de percepção

dos profissionais da área da saúde que tendem a atribuir as queixas geralmente a outras patologias associadas à idade avançada.

As intervenções que visam à prevenção da aids, além de considerarem a disseminação do conhecimento sobre a doença, devem também trabalhar com temas considerados de difícil abordagem por serem impregnados de valores, tais como a percepção de risco e as questões de gênero, aspectos que se apresentaram nos discursos e que determinam a adoção de comportamentos preventivos.

Atenção especial deve ser dada à abordagem sobre a percepção de risco em intervenções sobre HIV/aids, de maneira a se alcançar as transformações nos comportamentos dessa faixa etária.

Considerações sobre gênero também são merecedoras de atenção com relação à epidemia de aids. Acredito que estas intervenções sobre a aids direcionadas aos indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, além de fornecer embasamento sobre medidas de prevenção da infecção neste grupo, podem contribuir, também, para a orientação dos jovens, visto que as mulheres preocupam-se em orientar os filhos sobre esta síndrome, atribuindo-se à mãe o papel de cuidadora da saúde da família.

Com a realização desta pesquisa, foi possível identificar a carência de trabalhos nacionais que tratem da aids na população na faixa etária sob estudo, que realça a necessidade de se realizar novos estudos com foco nesta população, em especial, com alvo nas intervenções, dado seu crescente envolvimento na epidemia, ao *déficit* de conhecimento sobre a aids e a seu

potencial em auxiliar na luta contra a aids pela orientação dos familiares, principalmente os jovens.

Os achados deste estudo também evidenciam a necessidade de as intervenções para a prevenção da transmissão do HIV serem culturalmente embasadas, considerando as crenças, as informações e as necessidades do grupo-alvo e, dessa maneira, despertá-lo para reflexões e para provocar alterações de comportamento diante da epidemia de aids.

Ao finalizar este estudo, reforço a importância de um movimento contínuo para a construção do conhecimento de enfermagem sobre aids na população de mulheres com 50 anos de idade ou mais e na participação do enfermeiro atuando, em equipe multidisciplinar, em programas de intervenção que propiciem a redução do número de infectados pelo HIV também nesta faixa etária.

É meu desejo que o conhecimento adquirido neste campo e a relevância epidemiológica deste segmento na epidemia de aids contribuam para agilizar o estabelecimento de políticas para atenção a mulheres com mais de 50 anos diante da aids, pelos gestores de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abel T, Werner M. HIV risk behaviour of older persons. *Eur J Public Health*. 2003;13(4):350-2.

Adeyemi OM, Badri SM, Max B, Chinomona N, Barker D. HIV infection in older patients. [Correspondence] *Clin Infect Dis*. 2003;36(10):1347.

Altschuler J, Katz AD, Tynan M. Developing and implementing an HIV/aids educational curriculum for older adults. *Gerontologist*. 2004;44(1):121-6.

Alves RN, Kovács MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Rev Saúde Pública*. 2002;36 Supl 4:32-9.

Auerbach JD. HIV/aids and aging: interventions for older adults. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;33 Suppl 2:57-8.

Ayranci U. Aids knowledge and attitudes in a Turkish population: an epidemiological study. *BMC Public Health* [serial online] 2005;5:95. Available from: <<http://www.biomedcentral.com>> (20 fev 2006).

Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface Comum Saúde Educ*. 2002;6(11):11-24.

Bachus MA. HIV and the older adult. *J Gerontol Nurs*. 1998;24(11):41-6.

Barbosa MTS, Struchiner CJ. Impacto da terapia anti-retroviral na magnitude da epidemia do HIV/aids no Brasil: diversos cenários. *Cad Saúde Pública*. 2002;19(2):535-41.

Barbosa RHS. Aids e saúde reprodutiva: novos desafios. In: Giffin KE, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 281-96.

Barbosa RM, Villela WV. A trajetória feminina da AIDS. In: Parker R, Galvão J, organizadores. Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p.17-32.

Barroso MGT, Miranda CCL, Pinheiro PNS. A aids sob o olhar da companheira contaminada. Rev Bras Enfermagem. 1998;51(3):393-402.

Bassit AZ. Histórias de mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice. In: Minayo CSC, Coimbra Júnior CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 175-89.

Bastos FI, Barcellos C. Geografia social da aids no Brasil. Rev Saúde Pública. 1995;29(1):52-62.

Bernardi B. Introdução aos estudos etno-antropológicos. Lisboa: Edições 70; 1974.

Boas F. Os métodos da etnologia (1920). In: Castro C, organizador. Antropologia cultural. Rio da Janeiro: Jorge Zahar; 2004. p. 41-52.

Branco MEC, Coura LC, Morgado AF. Aids e a mulher: uma questão de cumplicidade? J Bras Psiquiatr. 1999;48(4):177-82.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. A situação atual da epidemia de aids no Brasil [online]. Brasília; [199-?]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> (10 set 2002).

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Dados de aids [online]. Brasília; 2005a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> (01 maio 2006).

Brasil. Ministério da Saúde. O que é o PSF? [online]. Brasília; 2005b. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br/saude>> (01 maio 2005).

Butler RN. Aids: older patients aren't immune. *Geriatrics*. 1993;48(3):9-10.

Camargo SF. Gerontologia: uma visão psicossocial da velhice. *Hospital Adm Saúde*. 1992;16(2):89-92.

Catania JA, Turner H, Kegeles SM, Stall R, Pollack L, Coates TJ. Older americans and aids: transmission risks and primary prevention research needs. *Gerontologist*. 1989;29(3):373-81.

Centro Brasileiro de Análises e Planejamento (CEBRAP), Brasil. Ministério da Saúde. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/aids [Relatório de pesquisa on-line]. São Paulo; 2000. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> (15 nov 2005)

Chen HX, Ryan PA, Ferguson RP, Yataco A, Markowitz JA, Raksis K. Characteristic of acquired immunodeficiency syndrome in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 1998;46(2):153-6.

Coleman CL. Transmission of HIV infection among older adults: a population at risk. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2003;14(1):82-5.

Dhalia C, Barreira D, Castilho EA. A aids no Brasil: situação atual e tendências. *Boletim Epidemiológico AIDS* [periódico online]. Brasília, 1999/2000; 18(1). Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> (10 set 2002).

Eldred S, West L. HIV prevalence in older adults. *Can Nurse*. 2005;101(9):20-3.

Farias N, Cardoso RA. Mortalidade por aids e indicadores sociais no município de São Paulo, 1994 a 2002. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):198-205.

Farzaneh T, Richard S. Need for HIV/aids early identification and preventive measures among middle-aged and elderly women. *Am J Public Health*. 2000;90(2):287-8.

Fedrizzi EN. Aids na mulher. I: aspectos gerais, epidemiologia e patologia. *Femina*. 1992;20(7):614-6.

Feldman MD. Sex, aids, and the elderly. *Arch Intern Med*. 1994;154(10):19-20.

Fernandes AFC, Soares GMP, Sobreira TT. O significado da menopausa e os fatores que interferem no relacionamento sexual da mulher. *Rev Bras Enfermagem*. 1995;48(4):415-22.

Fernandes JCL. Evolução dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/aids em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 1998;14(3):575-81.

Fernandes MAS, Antônio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad Saúde Pública*. 2000;16 Supl. 1:103-12.

Ferrari MAC. O envelhecer no Brasil. *Mundo Saúde*. 1999;23(4):197-203.

Ferreira MP. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV: um perfil da população brasileira no ano de 1998. *Cad Saúde Pública*. 2003;19 Supl 2:213-22.

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.

Freitas KM, Silva ARV, Silva RM. Mulheres vivenciando o climatério. *Acta Sci Health Sci*. 2004;26(1):121-8.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. Terceira idade: questão a ser dimensionada. SP demográfico - Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo – Resenha Quadrimestral 1999;2(3). Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>> (19 mai 2006).

Gaeta TJ, LaPolla C, Melendez E. Aids in the elderly: New York statistics. J Emerg Med. 1996;14(1):19-23.

Gonçalves EH, Varandas R. O papel da mídia na prevenção do HIV/aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. Cienc Saúde Coletiva. 2005;10(1):229-35.

Goodroad BK. HIV and aids in people older than 50: a continuing concern. J Gerontol Nurs. 2003;29(4):18-24.

Gordon SM, Thompson S. The changing epidemiology of human immunodeficiency virus infection in older persons. J Am Geriatr Soc. 1995;43(1):7-9.

Grangeiro A. O perfil socioeconômico dos casos de aids na cidade de São Paulo. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS. A aids no Brasil: 1982-1992. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994. p. 91-125.

Gualda DMR. Etnografia. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 19-29.

Gualda DMR, Hoga LAK. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. Rev Esc Enfermagem USP. 1992;26(1):75-86.

Gualda DMR, Hoga LAK. Pesquisa etnográfica em enfermagem. Rev Esc Enfermagem USP. 1997;31(3):410-22.

Gualda DMR, Merighi MAB, Oliveira SMJV. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. Rev Esc Enfermagem USP. 1995;29(3):297-309.

Guerriero I, Ayres JR, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública. 2002;36 Supl 4:50-60.

Guimarães K. Nas raízes do silêncio: a representação cultural da sexualidade feminina e a prevenção do HIV/aids. In: Parker R, Galvão J, organizadores. Quebrando o silêncio: mulheres e aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1996. p. 89-113.

Heck RM, Langdon JM. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: Minayo CSC, Coimbra Júnior CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 129-51.

Helman CG. Abrangência da antropologia médica. In: Cultural, saúde e doença. 2003 4ª edição. São Paulo. Artmed. p.11-23.

Henderson SJ, Bernstein LB, George DMS, Doyle JP, Paranjape AS, Corbie-Smith G. Older women and HIV: how much do they know and where are they getting their information? J Am Geriatr Soc. 2004;52(9):1549-53.

Herskovits MJ. Antropologia cultural: o homem e seu trabalho. São Paulo: Mestre Jou; 1963.

Im-em W, VanLandingham M, Knodel J, Saengtienchai C. HIV/aids-related knowledge and attitudes: a comparison of older persons and young adults in Thailand. AIDS Educ Prev. 2002;14(3):246-62.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico e Contagem da População 2000 [online]. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>> (19 maio 2006).

Jiménez AL, Gotlieb SLD, Hardy E, Zaneveld LJ. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. Cad Saúde Pública. 2001;17(1):55-62.

Johnson M, Haight BK, Benedict S. Aids in older people: a literature review for clinical nursing research and practice. *J Gerontol Nurs*. 1998;24(4):8-13.

Joint United Nations Programme on HIVAIDS (UNAIDS). Impact of aids on older populations [online] 2002. Disponível em <<http://www.unaids.org>> (30 set 2004).

Kalichman SC, Heckman T, Kochman A, Sikkema K, Bergholte J. Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-aids. *Psychiatr Ser*. 2000;51(7):903-7.

Keesing FM. Antropologia cultural. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura; 1961. Que é antropologia cultural? v. 1. p. 25-45.

Knodel J, VanLandingham M. The impact of the aids epidemic on older persons. *AIDS*. 2002; 16 Suppl 3:S77-83.

Knodel J, Waltkins S, VanLandingham M. Aids and older persons: an international perspective. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;33 Suppl 2:S153-65.

Koizumi MS. Fundamentos metodológicos da pesquisa em enfermagem. *Rev Esc Enfermagem USP*. 1992;26(n. esp):33-47.

Kwiatkowski CF, Booth RE. HIV risk behaviors among older american drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003;33 Supl 2:131-7.

Lagarde E, Enel C, Seck K, Gueye-Ndiaye A, Piau JP, Pison G et al. Religion and protective behaviours towards aids in rural Senegal. *AIDS*. 2000;14(13):2027-33.

Laplangtine F. Aprender antropologia. 15^a ed. São Paulo: Brasiliense; 2003.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo. 2^a ed. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.

Leininger MM. Transcultural nursing concepts theories and practice. New York: John Wiley; 1978.

Lieberman R. HIV in older americans: an epidemiologic perspective. J Midwifery Womens Health [serial online] 2000; 45(2):176-82. Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science/journal/15269523>> (20 nov 2005).

MacGregor H. Risk exposure: HIV/aids, sexuality. Nurs Times. 1994;90(47):58-9.

Mack KA, Bland SD. HIV testing behaviors and attitudes regarding HIV/aids of adults aged 50-64. Gerontologist. 1999;39(6):687-94.

Makulowich GS. HIV and STD prevention update. AIDS Patient Care STDs. 1997;11(3):200-1

Marconi MA, Presotto. Antropologia: uma introdução. São Paulo: Atlas; 2001.
Marques MCC. A história de uma epidemia moderna: a emergência política da aids/HIV no Brasil. Maringá:Eduem; 2003a. Aids e história; p. 25-37.

Marques MCC. A história de uma epidemia moderna: a emergência política da aids/HIV no Brasil. Maringá:Eduem; 2003b. O programa nacional de aids toma forma; p. 123-36.

Marins JRP, Jamalww LF, Chen S, Hudes ES, Barbosa Júnior A, Barros MBA et al. Sobrevivência atual dos pacientes com aids no Brasil: evidências dos resultados de um esforço nacional. Boletim Epidemiológico AIDS [periódico online]. Brasília; 2001/2002 15(2). Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> (10 out 2004).

Matsushita RY, Santana RS. Uma análise da incidência dos casos de aids por faixa etária. Boletim Epidemiológico AIDS [periódico online] 2001;14(2). Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> (10 set 2002).

Melo MR, Gorzoni M, Melo KC, Melo E. Síndrome da imunodeficiência adquirida no idoso. *Diag Tratamento*. 2002;7(2):13-7.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro:Hucitec. 1992.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MDS et al. organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 7^a ed. Petrópolis: Vozes; 1997. cap. 1. p. 7-29.

Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Focruz; 2004. p.11-24.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cad Saúde Pública*. 1993;9(3):239-62.

Monticelli M. O conceito de cultura e a prática da enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 1994;15(1/2):20-6.

Moore LW, Amburgey LB. Older adults and HIV. *AORN J*. 2000;71(4):873-6.

Mueller MR. Social barriers: to recognizing HIV/aids in older adults. *J Gerontol Nurs*. 1997;23(11):17-21.

Nascimento AMG, Barbosa CS, Medrado B. Mulheres de Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de aids. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2005;5(1):77-86.

Orel NA, Wright JM, Wagner J. Scarcity of HIV/aids risk-reduction materials targeting the needs of older adults among State Departments of Public Health. *Gerontologist*. 2004;44(5):693-6.

Ory MG, Mack KA. Middle-aged and older people with aids. *Res Aging*. 1998;20(6):653-64.

Ory MG, Zablotsky DL, Crystal S. HIV/aids and aging: identifying a prevention research and care agenda. *Res Aging*. 1998;20(6):637-52.

Paiva MS. A feminilização da aids: uma questão de gênero? *Rev Bras Enfermagem*. 1999;52(1):7-13.

Paiva V, Bugamelli L, Leme B, Ventura-Filipe E, Tunala L, Santos N. A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionantes de gênero? *Cuad Mujer Salud*. 1998;3:34-8.

Paiva V, Venturi G, França Júnior I, Lopes F. Uso de preservativo: pesquisa nacional MS/IBOPE, Brasil 2003. [online]. Disponível em:<<http://www.aids.gov.br>> (03 out 2004).

Parker R. Na contramão da aids. São Paulo: Editora 34; 2000. Culturas sexuais, transmissão do HIV e prevenção da aids. p. 29-41.

Perez BFA, Gasparini SM. A vivência do idoso no processo de envelhecer e o HIV/aids: uma reconstrução dupla com suas possibilidades e limites. *J Bras Aids*. 2005;6(3):106-9.

Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Praça NS. A cuidadora e o (ser) cuidado: uma relação de dependência no enfrentamento da aids [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.

Praça NS, Gualda DMR. Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. *Rev Lat Am Enferm* 2003;11(1):14-20.

Praça NS, Latorre MRDO. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2003;3(1):61-74.

Praça NS, Merighi MAB. Pesquisa qualitativa em enfermagem In: Merighi MAB, Praça NS. *Abordagens teórico-metodológicas qualitativas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.1-3.

Radda KE, Schensul JJ, Disch WB, Levy JA, Reyes CY. Assessing human immunodeficiency virus (HIV) risk among older urban adults. *Fam Community Health*. 2003;26(3):203-13.

Ribeiro A. Sexualidade na terceira idade. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice em visão globalizada*. São Paulo. Atheneu; 1999. p.124-35.

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

Rose MA. Planning HIV education programs for older adults: cultural implications. *J Gerontol Nurs*. 2004;30(3):34-9.

Roso A. Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da aids. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(2):385-97.

Rotta ZMV, Fiamoncini RL, Mazo GZ, Lopes AS. Aids: aspectos preventivos em idosos de Blumenau. *Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital [online]*. Buenos Aires; 2003. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>> (20 nov 2005).

Savasta AM. HIV: associated transmission risks in older adults – an integrative review of the literature. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2004;15(1):50-9.

Schable B, Chu SY, Diaz T. Characteristics of women 50 years of age or older with heterosexually acquired aids. *Am J Public Health*. 1996;86(11):1616-8.

Schrimshaw EW, Siegel K. Perceived barriers to social support from family and friends among older adults with HIV/aids. *J Health Psychol.* 2003;8(6):738-52.

Serapione M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Cienc Saúde Coletiva.* 2000;5(1):187-92.

Shah SS, McGowan JP, Smith C, Blum S, Klein RS. Comorbid conditions, treatment, and health maintenance in older persons with human immunodeficiency virus infection in New York city. *Clin Infect Dis.* 2002;35(10):1238-43.

Silva CGM. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da aids entre homens casados. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(4):40-9.

Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(6):670-7.

Souza MVN, Almeida MV. Drogas anti-VIH: passado, presente e perspectivas futuras. *Quim Nova.* 2003;26(3):366-72.

Souza ER, Minayo MCS, Ximenes LF, Deslandes SF. O idoso sob o olhar do outro. In: Minayo CSC, Coimbra Júnior CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.p. 191-209.

Stall R, Catania J. Aids risk behaviors among late middle-aged and elderly americans. *Arch Intern Med.* 1994;154(10):57-63.

Strombeck R, Levy JA. Educational strategies and interventions targeting adults age 50 and older for HIV/aids prevention. *Res Aging.* 1998;20(6):912-36.

Takahashi RF, Shima H, Souza M. Mulher e Aids: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. *Rev Lat Am Enferm.* 1998;6(5):59-65.

Tichy AM, Talashek ML. Older women: sexually transmitted diseases and acquired immunodeficiency syndrome. Nurs Clin North America. 1992;27(4):937-49.

Tomazelli J, Czeresnia D, Barcellos C. Distribuição dos casos de aids em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. Cad Saúde Pública. 2003;19(4):1049-61.

Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 25-35.

Vasconcelos EMR, Alves FAP, Moura LML. Perfil epidemiológico dos clientes HIV/aids na terceira idade. Rev Bras Enferm. 2001;54(3):435-45.

Vermelho LL, Barbosa RHS, Nogueira AS. Mulheres com aids: desvendando histórias de risco. Cad Saúde Pública. 1999; 15(2):369-79.

Xavier IM. Cidadania, gênero e saúde: a mulher e o enfrentamento da aids. Rev Enferm UERJ. 1996;(ed. extra):89-100.

Xavier IM Doenças sexualmente transmissíveis e o HIV/aids: enfermagem discutindo essas ligações perigosas para as mulheres. Rev Bras Enferm. 2001;54(1):18-26.

Wachtel TJ, Stein MD, Rabin DL. HIV infection in older people. In: Gallo JJ, Busby-Whitehead J, Rabins PV, Silliman RA, Murphy JB, editores. Care of the elderly clinical aspects of aging :Lippincott Williams & Wilkins; 1999. p. 309-14.

Wallace JI, Paauw DS, Spach DH. HIV infection in older patients: when to suspect the unexpected. Geriatrics. 1993;48(6):61-70.

Weiler PG. Why aids is becoming a geriatric problem. *Geriatrics*. 1989;44(7):81-2.

Whipple B, Scura K. HIV and the older adult: taking the necessary precautions. *J Gerontol Nurs*. 1989;15(9):15-9.

Winningham A, Corwin S, Moore C, Richter D, Sargent R, Gore-Felton C. The changing age of HIV: sexual risk among older African American women living in rural communities. *Prev Med*. 2004;39(4):809-14.

Yates ME, Stellato RK, Johannes CB, Avis NE. The importance of aids-related knowledge for mid-life and older women. *AIDS Educ Prev*. 1999;11(3):224-31.

Zablotsky DL. Overlooked, ignored, and forgotten: older women at risk for HIV infection and aids. *Res Aging*. 1998;20(6):760-75.

Zingmond DS, Wenger NS, Crystal S, Joyce GF, Liu H, Sambamoorthi U et al. Circumstances at HIV diagnosis and progression of disease in older HIV-infected Americans. *Am J Public Health* 2001;91(7):1117-20.

ANEXO I

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FR-064843

Projeto de Pesquisa

A Mulher com Idade Igual ou Superior a 50 anos e a Epidemia de Aids: percepção de moradoras de uma comunidade de baixa renda

Área de Conhecimento

4.04 - Enfermagem

Grupo

Grupo III

Nível

Não se Aplica

Área(s) Temática(s) Especial(s)

Fase

Não se Aplica

Unitermos

HIV, Aids, Saúde da Mulher

Sujeitos na Pesquisa

Nº de Sujeitos no Centro

6

Total Brasil

6

Nº de Sujeitos Total

6

Grupos Especiais

Placebo

NÃO

HIV / AIDS

NÃO

Wash-out

NÃO

Sem Tratamento Específico

NÃO

Banco de Materiais Biológicos

NÃO

Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável

Daniela Angelo de Lima

CPF

293.795.518-51

Identidade

29609927-2

Área de Especialização

Enfermagem obstétrica

Maior Titulação

Especialista

Nacionalidade

brasileira

Endereço

Av. General Penha Brasil, 1313

Bairro

VI Nova Cachoeirinha

Cidade

São Paulo - SP

Código Postal

02673-000

Telefone

98647260 /

Fax

Email

daniangelo@ig.com.br

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.

Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: 21/06/2005

Assinatura

Instituição Onde Será Realizado

Nome

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo-SMS / SP

CNPJ

46.395.000/0001-39

Nacional/Internacional

Nacional

Unidade/Órgão

Comitê de Ética em Pesquisa

Participação Estrangeira

NÃO

Projeto Multicêntrico

NÃO

Endereço

Rua General Jardim, 36

Bairro

Vila Buarque

Cidade

São Paulo - SP

Código Postal

01223-0

Telefone

11 3218-4000

Fax

Email

smsantana@prefeitura.sp.gov.br

Termo de Compromisso

Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Nome: MIA UMEDA

Data: 21/06/2005

Assinatura

PMSP - UBS JD. SÃO JORGE

Av. Angelo Aparecido dos Santos Dias, 331

Jardim São Jorge

CEP: 05500-000 - Fone: 3781-3818

Patrocinador

Nome

NÃO SE APLICA

CNPJ

Endereço

Bairro

Cidade

Código Postal

Telefone

Fax

Email

Responsável

Cargo / Função

ANEXO II

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento da
Gestão Descentralizada – COGest
Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 09 de agosto de 2005.

PARECER Nº 084/2005 – CEP SMS

Prezado (a) Senhor (a),

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e **APROVOU**, de acordo com a Resolução CNS 196/96, o protocolo de pesquisa "A MULHER COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 ANOS E A EPIDEMIA DE AIDS: PERCEPÇÃO DOS MORADORES DE UMA COMUNIDADE DE BAIXA RENDA" CAAE 0041/05, de autoria do(a) pesquisador(a) DANIELA ANGELO DE LIMA

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Lara Coelho Zito Guerriero
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP SMS

Ilmo(a). Sr(a).

DANIELA ANGELO DE LIMA

Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem

NESTA

ANEXO IV

PARTE I - IDENTIFICAÇÃO

Nº: _____

Idade: _____ **Religião:** () católica () evangélica () outras: _____

Cor: () branca () negra () parda () amarela () outra: _____

União estável: () sim () não
Há quantos anos vive com o parceiro atual: _____

Grau de Instrução: anos de estudos completos: _____

Tempo de residência na comunidade: _____

Trabalho remunerado: () sim. Qual? _____
() não: () desempregada () dona de casa () licença médica
() aposentada () outros: _____

Renda familiar mensal : R\$ _____
Quantas pessoas dependem dessa renda? _____

Nº de pessoas que moram na mesma casa: adultos: _____
crianças: _____

Tipo de moradia: () apartamento () casa: () alvenaria
() material reaproveitado

O que faz para se divertir: _____

Nos últimos 6 meses teve relação sexual? () sim () não

Nos últimos 6 meses usou camisinha? () sim () não () não se aplica

Já fez o teste anti-HIV? () sim () não

Onde obtém informações sobre a aids? _____

PARTE II - QUESTÃO NORTEADORA

Fale para mim como é viver sabendo que existe a aids.

Questões complementares

Como é saber que existe a aids para a senhora no seu dia-a-dia?

A senhora faz alguma coisa pensando em se proteger da aids?