

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

DANIELA ANGELO DE LIMA RODRIGUES

**MULHERES COM 50 ANOS OU MAIS E A EPIDEMIA DE AIDS:
PROPOSTA DE JOGO EDUCATIVO PARA A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

SÃO PAULO

2011

DANIELA ANGELO DE LIMA RODRIGUES

**MULHERES COM 50 ANOS OU MAIS E A EPIDEMIA DE AIDS:
PROPOSTA DE JOGO EDUCATIVO PARA A ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Área de concentração: Cuidado
em Saúde

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

SÃO PAULO

2011

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Daniela Angelo de Lima Rodrigues

Título: Mulheres com 50 anos ou mais e a epidemia de aids: proposta de jogo educativo para a estratégia saúde da família

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Doutor
em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em
saúde

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Rodrigues, Daniela Angelo de Lima

Mulheres com 50 anos ou mais e a epidemia de aids: proposta de jogo educativo para a Estratégia Saúde da Família / Daniela Angelo de Lima Rodrigues. -- São Paulo, 2011.

247 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

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

1. Saúde da mulher
2. Saúde do idoso
3. HIV
4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
5. Promoção da saúde I. Título.

DEDICATÓRIAS

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 marido, Fernando, pelo amor, companheirismo e compreensão, durante todos os anos de relacionamento.

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 querida avó Erna, pelo amor e apoio.

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 e incentivo em meu aperfeiçoamento, desde a graduação. Amiga que sempre confiou no meu potencial e me apoio para a finalização do doutorado, um dos meus sonhos.

Às Professoras Doutoras Lucia Yasuko Izumi Nichiata e Maguida Costa Stefanelli, pela participação no Exame de Qualificação com valiosas observações.

À Mariangela Rosa de Oliveira, Diretora da Unidade Básica de Saúde Jardim São Jorge, pelo consentimento na realização desta pesquisa, na área de abrangência atendida pela Estratégia Saúde da Família (ESF), e pelo apoio oferecido durante todo o trabalho.

À Érica, amiga que admiro e respeito, pela inestimável ajuda na coleta de dados.

À Camila, aluna da Escola de Enfermagem da USP, pela ajuda na coleta de dados.

Às colegas de trabalho da Coordenação de Pós-Graduação da UNINOVE, André, Denize, Denys, Giocondo, Marcelo, Maria Audineide, Maria José, Marcus, Maurício, Mônica, Robson, Ruy e Sérgio, pelo apoio, compreensão e amizade.

Às colegas de trabalho da Coordenação de Enfermagem da UNINOVE, Gisela, Graciene, Irene e Neusa, pela confiança, apoio e amizade.

Às minhas eternas amigas, Denise, Kelly, Maria Fernanda, Priscilla, Renata e Viviane, 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 e apoio dado durante toda coleta de dados.

Aos profissionais do PSF Jardim São Jorge, pelo apoio durante toda a coleta de dados.

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

À Marta Fanchin e Maria da Penha Monteiro Oliva, Diretoras da UNINOVE, pelo apoio em meu aperfeiçoamento profissional e confiança na minha capacidade.

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

À professora Joana D'arc da Silva Costa, pela revisão do texto em língua portuguesa.

Às professoras Ana Paula Noemi Braga e Tabata Antunes, pela transcrição do resumo em inglês.

À professora Christiane, pela transcrição do resumo em espanhol.

Ao professor Luís Carlos Almeida, pelo tratamento estatístico dos dados.

Às mulheres que participaram nesta pesquisa, pela atenção, confiança e disponibilidade.

Rodrigues DAL. Mulheres com 50 anos ou mais e a epidemia de aids: proposta de jogo educativo para a Estratégia Saúde da Família [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

O envolvimento da população feminina, em idade mais avançada, na epidemia de HIV/aids, motivou a realização desta pesquisa. Foram traçados como objetivos: considerando mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) - propor uma ação educativa voltada à promoção de saúde sobre HIV/aids; adaptar e implementar um jogo educativo sobre HIV/aids; analisar as informações sobre HIV/aids deste grupo; avaliar se um jogo educativo sobre HIV/aids, direcionado a este grupo, atua sobre seu conjunto de informações sobre HIV/aids. Foi realizado um estudo do tipo intervenção, com análise quanti-qualitativa. Os dados qualitativos foram tratados, segundo o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), e testes estatísticos foram utilizados para os dados quantitativos. Empregaram-se como referenciais teóricos para a análise dos resultados a Promoção da Saúde e a Teoria Social Cognitiva. O estudo foi realizado na região atendida pelas equipes da Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Jardim São Jorge, localizada no município de São Paulo. Como critérios de inclusão consideraram-se: mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, residentes na referida região e ser cadastrada por uma das equipes da ESF. O único critério de exclusão foi a presença de comprometimento cognitivo. Participaram da pesquisa 95 mulheres no Grupo Controle (GC) e 50 mulheres no Grupo Intervenção (GI). Em um primeiro momento (M-I), as participantes do GC responderam ao instrumento de coleta de dados, e as mulheres do GI, o fizeram logo após terem participado do jogo educativo. Em um segundo momento (M-II), ocorrido após o período compreendido entre um a dois meses do M-I, as participantes dos dois grupos responderam novamente ao mesmo instrumento. Constatou-se que as mulheres levaram para os grupos crenças e informações incorretas sobre HIV/aids. O instrumento utilizado na coleta de dados foi elaborado, segundo o Modelo de Crenças em Saúde, com questões agregadas em cinco categorias: conhecimento sobre HIV/aids, percepção de suscetibilidade, percepção de severidade, relação benefícios e barreiras percebidos e motivação para agir. A análise estatística dos dados encontrados por meio da sua aplicação, demonstrou maior média de respostas adequadas para o GI, no M-I, em todas as categorias, inclusive com diferença estatística significativa. Os resultados do M-II mostraram persistência desta situação somente para três categorias. Houve elevação no número de repostas adequadas, para a maioria das questões, para os dois grupos no M-II. Aparentemente, a própria entrevista e a intervenção motivaram as mulheres participantes do estudo a procurar por esclarecimentos sobre o assunto. Também foi possível identificar a provável disseminação das informações transmitidas na intervenção para pessoas do

convívio das participantes. Dessa forma, o jogo educativo se mostrou efetivo para a transmissão de informações sobre HIV/aids e para o estímulo do debate de assuntos relacionados à epidemia de HIV/aids. Também apresentou características que se adaptam a realidade das equipes da ESF, podendo ser adotado pelos profissionais que as compõem. Defende-se a importância da multiplicação de estudos sobre intervenção para a prevenção da infecção pelo HIV, em especial para a população feminina.

Descritores: Promoção da saúde. Saúde do idoso. Saúde da mulher. HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

Rodrigues DAL. Women aged 50 and over to the aids epidemic: proposal for an educational game for the Family Health Strategy. [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

ABSTRACT

The involvement of the female population at an older age in HIV/aids, motivated this research. Women aged over 50 years old were served by the Family Health Strategy (FHS) and the following goals were considered: propose an educational activity focused on health promotion on HIV/aids, adapt and implement an educational game about HIV/aids; analyze information about HIV/aids in this group to evaluate whether an educational game about HIV/aids which is pointed to this group, acts on its collection of information about HIV/aids. We conducted a study of interventional type, with quantitative and qualitative analysis. Qualitative data were treated according to the method of the Discourse of the Collective Subject, and statistical tests were used for quantitative data. Theoretical reference of the results for the Promotion of Health and Social Cognitive Theory was employed. The study was conducted in the region served by the staff from the Family Health Strategy of the Basic Health Unit in São Jorge Garden, located in São Paulo. Inclusion criteria were considered: women aged 50 years old and over living in the region to be registered by one of the FHS teams. The only exclusion criterion was the presence of cognitive impairment. Ninety five women in the Control Group (CG) and 50 women in the Interventional Group (IG) participated in the research. At first (M-I), the CG participants responded to the instrument for data collection, and the IG women did it shortly after participating in the educational game. In a second step (M-II), which occurred after the period of one to two months of the M-I, the participants of both groups once again responded to the same instrument. It was found that women took beliefs and misinformation about HIV/aids to the groups. The instrument used in data collection was prepared, according to the Health Belief Model, with aggregated issues into five categories: knowledge about HIV/aids, perception of susceptibility, perception of severity, the connection noticed between benefits and barriers and motivation to act. The statistical analysis of data obtained through its application, showed a higher average of appropriate responses to the IG in M-I, in all categories, including significant statistical differences. The results of M-II showed persistence of this situation for only three categories. There was a rise in the number of appropriate responses for most issues, for both groups in M-II. Apparently, the interview itself and the intervention motivated women in the study to look for clarification on the subject. It was also possible to identify the probable spread of information transmitted in the intervention to people who live with in the participants. Thus, the educational game was effective for the transmission of information about HIV/aids and to stimulate discussion of issues related to HIV/aids. It has also presented features that fit the reality of the FHE teams, and may be adopted by the professionals that compose

them. The importance of the multiplication of studies on intervention to prevent HIV infection was defended, especially for the female population.

Descriptors: Health Promotion. Health of the Elderly. Women's Health. HIV Acquired Immunodeficiency Syndrome.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra, segundo os Grupos de Intervenção e o de Controle. São Paulo, 2011.	88
Tabela 2. Distribuição dos constructos do Modelo de Crenças em Saúde, segundo média e desvio padrão, para os grupos Controle e Intervenção, no Momento I. São Paulo, 2011.	171
Tabela 3. Distribuição dos constructos do Modelo de Crenças em Saúde, segundo média e desvio padrão, para os grupos Controle e Intervenção, no Momento II. São Paulo, 2011.	172
Tabela 4. Distribuição dos constructos do Modelo de Crenças em Saúde, segundo média e desvio padrão, para os grupos Controle e Intervenção, nos Momentos I e II. São Paulo, 2011.	172
Tabela 5. Distribuição das variáveis relacionadas ao “Conhecimento sobre HIV/aids”, segundo grupos Controle e Intervenção para os Momentos I e II. São Paulo, 2011.	174
Tabela 6. Distribuição das variáveis da categoria “Percepção de suscetibilidade”, segundo grupos Controle e Intervenção, para os Momentos I e II. São Paulo, 2011.	180
Tabela 7. Distribuição das variáveis da categoria “Percepção de severidade”, segundo grupos Controle e Intervenção, para os Momentos I e II. São Paulo, 2011.	190
Tabela 8. Distribuição das variáveis da categoria “Relação benefícios e barreiras”, segundo grupos Controle e Intervenção, para os Momentos I e II. São Paulo, 2011.	195

Tabela 9. Distribuição das variáveis da categoria “Motivação para agir”, segundo grupos Controle e Intervenção, para os Momento I e II. São Paulo, 2011. 200

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
AMA - Assistência Médica Ambulatorial
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CDC - Centers for Disease Control and Prevention
CE – Ceará
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
COHAB - Companhia Metropolitana de Habitação
DSC - Discurso do Sujeito Coletivo
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ECH – Expressão-Chave
ESF – Estratégia Saúde da Família
EUA – Estados Unidos da América
GC – Grupo Controle
GI – Grupo Intervenção
HAART - Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV – Human Immunodeficiency Virus
HPV - Papiloma Vírus Humano
IC – Ideia Central
MCP - Memória de Curto Prazo
MG – Minas Gerais
M-I – Momento I
M-II – Momento II
MLP - Memória de Longo Prazo
ONG - Organização Não-Governamental
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF - Programa Saúde da Família
RJ – Rio de Janeiro
RS – Rio Grande do Sul
SAS - System for Windows Version

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS – Secretaria Municipal da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIVAids

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	19
1.2	EPIDEMIA DE HIV/AIDS NA POPULAÇÃO FEMININA COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 ANOS	20
1.2.1	Aspectos epidemiológicos.....	20
1.2.2	Considerações sobre o comportamento e o Conhecimento referentes ao HIV/aids	25
1.2.3	Considerações culturais.....	29
1.2.4	Intervenção para prevenção da infecção pelo HIV.....	30
1.3	O PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA EPIDEMIA DE HIV/AIDS	35
1.3.1	A Estratégia Saúde da Família: história e inserção no Sistema Único de Saúde – SUS.....	35
1.3.2	A Estratégia Saúde da Família: possibilidades para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids.....	38
1.4	O CONCEITO DE VULNERABILIDADE NO CAMPO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....	41
2	OBJETIVOS.....	46
2.1	OBJETIVO GERAL.....	46
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
3	REFERENCIAIS DE ANÁLISE	47
3.1	PROMOÇÃO DA SAÚDE	47
3.1.1	A educação em saúde na perspectiva da promoção da saúde	47
3.2	TEORIAS DA APRENDIZAGEM	50
3.3	A TEORIA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA	54
3.4	AVALIAÇÃO QUANTITATIVA	57
3.5	AVALIAÇÃO QUALITATIVA	57
4	MÉTODO.....	59
4.1	LOCAL	59
4.1.1	Jardim São Jorge: passado e presente	60
4.2	POPULAÇÃO	63
4.2.1	A vulnerabilidade à infecção pelo HIV das mulheres com idade igual ou superior a 50 anos residentes no Jardim São Jorge	63
4.3	AMOSTRA	70
4.4	COLETA DE DADOS.....	71
4.4.1	Procedimentos	72
4.4.2	Coleta de dados pós-intervenção	74

5	TRATAMENTO DOS DADOS	76
5.1	ANÁLISE ESTATÍSTICA	76
5.1.1	Metodologia para o teste de Qui-quadrado	76
5.1.2	Metodologia para teste-t de <i>Student</i>	77
5.2	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	78
6	PRÉ-TESTE	80
7	PRINCÍPIOS ÉTICOS	81
8	JOGO EDUCATIVO	82
8.1	DESCRIÇÃO DO JOGO	82
8.2	AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA	84
8.3	APLICAÇÃO DO JOGO	85
9	RESULTADOS E DISCUSSÃO	88
9.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	88
9.1.1	Idade	90
9.1.2	Escolaridade	90
9.1.3	Renda familiar e renda <i>per capita</i>	91
9.1.4	Constituição familiar	92
9.1.5	Ocupação	92
9.1.6	Religião	93
9.1.7	Situação marital	94
9.1.8	Vida sexual	95
9.1.9	Teste anti-HIV	97
9.2	CONTEÚDO DO JOGO EDUCATIVO À LUZ DE INFORMAÇÕES, PERCEPÇÕES E AÇÕES DAS PARTICIPANTES	99
9.2.1	Cartelas azuis – informações gerais sobre HIV/aids	100
9.2.2	Cartelas verdes – vulnerabilidade pra a infecção pelo HIV em grupos específicos	120
9.2.3	Cartelas amarelas – informações sobre as vias de transmissão do HIV	138
9.2.4	Cartelas beges – discussão sobre temas relacionados à prevenção da infecção pelo HIV	156
9.3	PERCEPÇÕES E AÇÕES DAS MULHERES	171
9.3.1	Conhecimento sobre HIV/aids	173
9.3.2	Percepção de suscetibilidade	179
9.3.3	Percepção de severidade	189
9.3.4	Relação benéficos e barreiras percebidos	194
9.3.5	Motivação para agir	199
10	ANÁLISE DOS ACHADOS, SEGUNDO REFERENCIAIS ADOTADOS	205
10.1	ANÁLISE SOB O REFERENCIAL DA “PROMOÇÃO DA SAÚDE”	205
10.2	ANÁLISE SOB O REFERENCIAL DA “TEORIA SOCIAL COGNITIVA”	208

11.	CONCLUSÃO	213
12	CONSIDERAÇÕES FINAIS	220
	REFERÊNCIAS.....	224
	APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO I - IDENTIFICAÇÃO DA PARTICIPANTE	236
	APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO II - COLETA DE DADOS.....	237
	APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Grupo de intervenção)	240
	APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Grupo controle)	241
	APÊNDICE 5 – FRASES UTILIZADAS NO JOGO EDUCATIVO	242
	ANEXO A.....	244
	ANEXO B	245
	ANEXO C	247

1 INTRODUÇÃO

A análise histórica da epidemia de aids mostra que sua trajetória desconhece limites. O meio científico demorou a perceber este fato, o que resultou em ações equivocadas que repercutem até os dias atuais, como a associação da infecção a grupos específicos no imaginário da população e o aumento progressivo do número de casos na população feminina com parceiro único. No entanto, principalmente no Brasil, ainda não se dá atenção necessária ao segmento populacional com idade mais avançada que continua à margem das ações preventivas para a infecção pelo HIV, em especial, de mulheres fora do período reprodutivo.

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. Entretanto, a história desta epidemia mostra uma trajetória diferente.

Para melhor compreensão do texto, o conteúdo será apresentado em tópicos específicos expostos, a seguir.

1.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é um fato real que vem se consolidando desde a segunda metade do século XX. A humanidade tem obtido longevidade, 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).

Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2009, a população residente no Brasil, naquele ano, foi estimada em 191,8 milhões, com 21,45% da população com idade igual ou superior a 50 anos. Em 1970, esse segmento populacional representava 10,74% da população total. Ainda no ano de 2009, na população de 60 anos ou mais de idade, o crescimento foi de 697 mil pessoas, de 2008 para 2009, o que representou um aumento de 3,3%, contra uma elevação de 1,0% no total da população residente do País (Brasil, 2000; Brasil, 2009a).

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. Este fato resulta em expressivo aumento de mulheres vivendo a maturidade (Freitas, Silva, Silva, 2004).

No Brasil, a esperança de vida das mulheres é oito anos maior que a dos homens. No Estado de São Paulo é superior em 8,8 anos, e na capital paulista este diferencial está próximo de dez anos (São Paulo, 2004).

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 de planejar intervenções baseadas nessa nova realidade (Fernandes, Soares, Sobreira, 1995).

Uchôa, Firmo, Lima-Costa (2004) ressaltam que o envelhecimento da população brasileira exige a elaboração de novas políticas e abertura de espaço na agenda de investigações científicas.

1.2 EPIDEMIA DE HIV/AIDS NA POPULAÇÃO FEMININA COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 ANOS

1.2.1 Aspectos epidemiológicos

A epidemia de aids é um problema de saúde pública no Brasil e, embora seja maior o número de casos notificados no sexo masculino, a velocidade de expansão é muito maior entre as mulheres. No município de São Paulo, o coeficiente de incidência de aids, entre mulheres, quase dobrou no período de 1991 a 2000, passando de 10,42 para 19,19 casos por 100 mil habitantes, enquanto, para os homens, diminuiu de 58,57 para 43,54 casos. Vale ressaltar que os dois coeficientes são superiores aos encontrados no total do Estado de São Paulo (São Paulo, 2004).

Considerando a população brasileira, dados epidemiológicos demonstram que, 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 (Matsushita, Santana, 2001).

Apesar de a faixa etária de 25 a 49 anos constituir o grupo mais atingido pela aids, os casos entre pessoas acima dos 60 anos dobraram entre 1997 e 2007, passando de 497 para 1.263 novos casos (Brasil, 2011).

Dados do Ministério da Saúde mostram que, até junho de 2010, foram notificados 592.914 casos de aids no Brasil, destes, 34,92% ocorreram em mulheres. Entre os casos femininos, 10,24% 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 97,23% 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, 98,12% infectaram-se por meio de relações heterossexuais. Ainda que se considere o fato de que a aids leva vários anos para manifestar-se, esse dado sugere que muitas dessas mulheres podem ter se infectado após o período reprodutivo de suas vidas, o que contraria, dessa maneira, o mito presente na sociedade de que as mulheres idosas estão seguras quanto à infecção pelo HIV pela via sexual, pois com o passar dos anos e com a chegada da menopausa são vistas como um “ser

assexuado”. Vale ressaltar 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, 2010a).

Ainda com relação à dados epidemiológicos, estudo realizado com dados secundários provenientes das notificações de aids entre pessoas com 60 anos ou mais, constatou decréscimo na relação homem/mulher, semelhante ao que vêm ocorrendo no total de casos. Para a população idosa, em 1995 a relação era de 3,14:1, passando para 1,54:1 em 2005. Também foi encontrada predomínio dos casos deste segmento populacional na região Sudeste, seguido pelas regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte (Godoy *et al.*, 2008).

Com reforço à constatação da ocorrência de infecção pelo HIV em idade avançada, há a pesquisa de Perez e Gasparini (2005), 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. Os autores identificaram que, entre os idosos que relataram a época em que se infectaram, dois citaram 40 a 50 anos de idade, sete a faixa etária dos 50 aos 60 anos, e um acima dos 60 anos.

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, prolongam a vida do infectado, provocam o adiamento da manifestação da aids e a notificação do idoso. 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; Simone, Appelbaum, 2008). Além disso, o aumento e o prolongamento da atividade sexual entre os idosos devido à introdução de medicamentos contra a impotência sexual masculina, assim como, medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa, lubrificantes vaginais, próteses penianas, crescente difusão da prática de exercícios físicos e turismo direcionado para esse segmento têm resultado no aumento de oportunidades para os idosos

infectarem-se pelo HIV (Lieberman, 2000; Auerbach, 2003; Coleman, 2003; Orel, Wright, Wagner, 2004; Eldred, West, 2005; Brasil, 2006a; Pereira *et al.*, 2008; Pratt *et al.*, 2010).

Além desses aspectos, há os determinantes biológicos que favorecem a infecção pelo HIV nas mulheres, como as diferenças anatômicas e a maior concentração do HIV no sêmen do que na mucosa vaginal (Ferreira, Nichiata, 2008).

Há, também, fatores biológicos próprios do processo de envelhecimento que podem potencializar o risco à infecção pelo HIV entre as pessoas com idade mais avançada, como a decadência do funcionamento do sistema imunológico e, para as mulheres, as mudanças que ocorrem na vagina na fase da menopausa (Catania *et al.*, 1989; Wallace, Paauw, Spach, 1993; Kirk, Goetz, 2009). 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; *Joint United Nations Programme on HIVAids - UNAIDS*, 2002).

Ainda que os dados epidemiológicos apresentados já sejam preocupantes, Lieberman (2000) acredita que há uma sub estimativa do número real de casos de aids na população acima dos 60 anos. Vários autores atribuem isso à ocorrência de diagnóstico tardio da infecção pelo HIV nos idosos em virtude do longo período que a pessoa infectada fica assintomática, 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, cefaleia, 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; Simone, Appelbaum, 2008; Kirk, Goetz, 2009). Dessa forma, Escobar *et al.* (2009) defendem a realização do teste anti-HIV para diagnóstico diferencial em todos os idosos com quadro clínico sugestivo da infecção pelo HIV, assim como manifestações neurológicas e transtornos hematológicos. O favorecimento do diagnóstico precoce repercutiria em início oportuno do tratamento e melhora da saúde do idoso portador do vírus.

O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em 2006, com intenção de reduzir o número de pessoas infectadas pelo HIV e com sorologia desconhecida, apresentou novas recomendações para a realização do teste anti-HIV. Este órgão norte-americano recomenda que todos os serviços de saúde ofereçam o teste, após o fornecimento de informações, a todas as pessoas, entre 13 e 64 anos de idade. Também recomenda que todas as pessoas em situação de alto risco para se infectar pelo HIV, como os usuários de drogas endovenosas e os profissionais do sexo, devem realizar o exame anualmente (Rodnick, 2007)

Vale ressaltar que o diagnóstico tardio, além de piorar o prognóstico da pessoa infectada pelo HIV, causa danos irreversíveis em termos de não prevenção, à medida que o soropositivo pode permanecer por anos transmitindo o HIV, sem estar ciente de sua situação (Pinto *et al.*, 2007).

Em relação às vias de infecção pelo HIV, 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.

Pesquisa realizada em Miami – EUA, com 210 pessoas infectadas pelo HIV e com idade superior a 45 anos, encontrou que 94% dos entrevistados atribuíam a infecção à transmissão sexual (Illa *et al.*, 2008).

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 com idade igual ou superior a 55 anos infectados pelo HIV, da cidade de Nova York - EUA (Shah *et al.*, 2002).

Outra pesquisa investigou o perfil epidemiológico, socioeconômico e demográfico de indivíduos com aids, com idade igual ou superior a 50 anos, no estado do Espírito Santo, entre 1991 e 2006. Foi possível constatar que esse grupo apresentava maior taxa de pessoas não letradas, de pessoas brancas e com via de exposição pela relação heterossexual, quando comparado à faixa etária de 20 a 39 anos (Toledo *et al.*, 2010).

A *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (2002), 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. A explicação para o fato reside nos comportamentos que colocam o indivíduo em risco para a infecção, e que não há idade limite para ocorrer, tais como a prática de sexo sem proteção, ter múltiplos parceiros, a presença de doença sexualmente transmissível (DST) e o uso de drogas (Strombeck, Levy, 1998).

Diante do exposto, torna-se relevante a discussão sobre os comportamentos adotados de interesse deste, diante da epidemia de aids, assim como sobre as informações que o segmento possui.

1.2.2 Considerações sobre o comportamento e o conhecimento referentes ao HIV/aids

Diversos autores apontam a dificuldade de as mulheres, vivenciando a maturidade e com vida sexual ativa, negociar o uso do preservativo com seu parceiro, sobretudo porque tal método de prevenção 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 consequências, como aumento de novos casos de infecção pelo HIV em indivíduos de faixas etárias mais avançadas, 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 e Sobreira (1995) apontam que algumas mulheres, no período da maturidade, livres de inibições em razão do 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 curso de vida da mulher.

Ainda, em relação à vida sexual da população com mais de 60 anos, Gradim, Sousa e Lobo (2007) apontam que é preciso considerar o comportamento sexual como algo definido por vários princípios, tais como a cultura, a religião e a educação, e que esses valores influenciam intensamente a expressão da sexualidade por toda a vida.

Pesquisa qualitativa realizada em Alfenas - MG, em 2006, com 18 pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, encontrou dados que corroboram a afirmação de que os idosos se mantêm sexualmente ativos. As mulheres deste grupo atribuíram dificuldades relacionadas ao ato sexual como sendo de ordem masculina, devido à disfunção erétil do parceiro. Também declararam que as alterações físicas advindas da menopausa, como a diminuição da lubrificação vaginal, não repercutiram em diminuição do prazer sexual e afirmaram persistência da libido (Gradim, Sousa, Lobo, 2007).

Apesar da continuidade da vida sexual, Abel e Werner (2003) apontam 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.

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 o 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).

Outro estudo norte-americano, realizado em Miami, com 210 pessoas infectadas pelo HIV e com idade igual ou superior a 45 anos, encontrou que 33% dos entrevistados tinham tido mais do que um parceiro sexual nos últimos seis meses, e que, entre os sexualmente ativos, 60% tinham tido pelo menos um parceiro com sorologia desconhecida ou soronegativo para o HIV e 20% não utilizavam o preservativo em todas as relações sexuais (Illa *et al.*, 2008).

Em relação à pesquisa nacional, Lazzarotto *et al.*, (2008), com o objetivo de verificar o comportamento e conhecimento sobre HIV/aids, realizaram pesquisa com 510 pessoas frequentadoras de grupos de convivência da terceira idade no Vale do Sinos – RS. Os resultados mostraram que 86,3% não usavam preservativo e que 11% já tinham realizado o teste anti-HIV em algum momento da vida.

Atualmente, o preservativo feminino é o método preventivo de DST, 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).

Os resultados das pesquisas citadas evidenciam a necessidade de se explorar de maneira profunda e sensível os aspectos relacionados a comportamentos de risco na população de idade mais avançada (Radda *et al.*, 2003).

Além da constatação da adoção de comportamentos que colocam as mulheres na maturidade em risco de se infectarem pelo HIV, outra situação tem sido apontada como preocupante: a carência, deste grupo, de informações sobre a síndrome.

Uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo, por Praça, Barbosa (2007), com 53 mulheres, idade igual ou superior a 50 anos, moradoras em uma comunidade de baixa renda, encontrou níveis de conhecimento e de informação sobre aids reduzidos.

Essa situação também é apontada em estudos internacionais. Em pesquisa realizada nos EUA, 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, a televisão como principal veículo de informações sobre o assunto, seguida por conversas com amigos, familiares e leitura de jornais; sendo o profissional de saúde pouco citado.

O déficit de conhecimento sobre os meios de transmissão do HIV e as informações gerais sobre a infecção, presentes no grupo com idade igual ou acima de 50 anos, quando comparado a grupos mais jovens, foi considerado alarmante por Coleman (2003).

Outro dado nacional relevante relaciona-se à mortalidade de mulheres por aids. Pereira *et al.*, (2008), realizaram levantamento da incidência e mortalidade por aids, no Brasil, no período de 1996 a 2005, entre mulheres na faixa etária dos 30 aos 69 anos. Os resultados mostraram aumento do coeficiente de incidência de aids em todas as idades. Entretanto, os coeficientes de mortalidade sofreram maior alteração; com exceção da faixa

etária de 30 a 39 anos, todas as demais apresentaram aumento no período estudado.

Todos esses 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.

Os dados epidemiológicos e os resultados das pesquisas apresentados até o momento demonstram a complexidade do envolvimento da mulher com idade igual ou superior a 50 anos em relação a epidemia de aids. Para melhor compreensão da situação exposta, torna-se imprescindível uma abordagem mais profunda sobre o contexto no qual esta situação se desenvolve. Para isso, considera-se relevante discutir o tema dentro da perspectiva cultural.

1.2.3 Considerações culturais

A epidemia de aids traz as mesmas preocupações de epidemias passadas, mas a história mostra que o comportamento da população diante da 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 epidemia 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 em que 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.

Vasconcelos, Alves, Moura (2001) e Melo *et al.* (2002) apontam algumas mudanças que estão ocorrendo na população com idade mais avançada e que contribuem para o quadro exposto anteriormente. Para esses autores, a ideia 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.

O autor citado reforça dados anteriormente apresentados ao apontar 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.

Torna-se evidente que a imagem social da pessoa idosa tem se constituído em uma das barreiras para a implementação de ações preventivas à infecção pelo HIV nesta população. Considera-se tal constatação merecedora de uma discussão mais elaborada, que será apresentada a seguir.

1.2.4 Intervenção para prevenção da infecção pelo HIV

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 em 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).

Somado a isso, há a constatação de que a população nas faixas etárias mais avançadas 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 conhecidos os programas de prevenção voltados a grupos de pessoas com 50 anos de idade ou mais. O que traz como prejuízo a menor oferta de informações sobre o tema para este segmento populacional (Lieberman, 2000; UNAIDS, 2002; Coleman, 2003; Kirk, Goetz, 2009).

Tomazelli, Czeresnia e 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 período de reprodução, excluindo, assim, aquelas que se encontram em outras faixas etárias.

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).

Quanto à criação de intervenções voltadas à população idosa, ainda são atuais as afirmações de Strombeck, Levy (1998). Esses autores acreditavam que fosse necessário, primeiramente, obter mais informações sobre o assunto, para que as mensagens, a respeito da prevenção da infecção pelo HIV, pudessem ser criadas, visando às verdadeiras necessidades e interesses dos indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos.

Ainda que sejam reais as evidências do crescente envolvimento da população idosa na epidemia de HIV/aids, os profissionais de saúde continuaram a ignorar esta realidade durante suas atuações, deixam de suspeitar de infecção pelo HIV durante o atendimento de idosos com queixas de sintomas que poderiam ser atribuídos a esta infecção (Moore, Amburgey, 2000; Kirk, Goetz, 2009).

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

Ainda é atual a afirmação de Makulowich (1997) sobre os profissionais de saúde que 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), Eldred, West (2005) e Önen *et al.* (2010) sugerem que os profissionais de saúde deveriam abordar a história sexual de seus pacientes idosos, questionando-os sobre temas relacionados às questões sexuais, como a atividade sexual, o número de parceiros, o uso de preservativo e a história de DST; assim como, hemotransfusões ou uso de drogas injetáveis.

Para Lieberman (2000), a discussão entre o idoso e o profissional de saúde, sobre o uso de preservativo ou sobre os comportamentos de risco relacionados à infecção pelo HIV, pode ser dificultada pelo fato de a mulher 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.

A UNAIDS (2002) sugere algumas estratégias para amenizar efetivamente o impacto do HIV/aids na população com idade mais avançada. 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 área 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.

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.

Em relação ao conteúdo para possíveis intervenções sobre HIV/aids, direcionadas para a população feminina em idade avançada, Jacobs e Thomlison (2009) acreditam na necessidade de informar dados epidemiológicos sobre o envolvimento deste segmento populacional na epidemia, instruções sobre o uso do preservativo e discussão sobre a negociação do uso do preservativo com o parceiro.

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 indicarem 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.

Este fato é corroborado por Johnson, Haight, Benedict (1998), que em revisão bibliográfica identificaram que a primeira publicação sobre aids, na população idosa, ocorreu em 1984.

Dessa forma, fica evidente a necessidade de implementar efetivas estratégias para redução de comportamentos que colocam sob risco a população com 50 anos ou mais de idade. Entretanto, deve se atentar para a construção de ações elaboradas especificamente para este grupo, e não se utilizar de estratégias desenvolvidas para outros segmento populacionais, como os jovens e a mulher em idade reprodutiva. São necessárias intervenções educativas que esclareçam as situações de risco para a infecção pelo HIV, considerando as peculiaridades físicas e socioculturais deste grupo (Orel *et al.*, 2010).

Com relação à implementação de estratégias educativas sobre HIV/aids, Kirk e Goetz (2009) apontam que a população com idade mais avançada expressa preferência por ações realizadas pelos profissionais de

saúde em locais alternativos aos serviços de saúde, como igrejas e centros de convivência para a terceira idade.

Ainda que a discussão até aqui apresentada tenha sido focada nas intervenções voltadas às pessoas com 50 anos de idade ou mais, considera-se relevante citar que apesar dos esforços voltados à disseminação de informação, não há dados sobre os processos que permitem observar e analisar a qualidade das ações governamentais, nem interpretar as mudanças no plano individual e coletivo. Ou seja, questões relacionadas à qualidade da informação, e à forma como é transmitida permanecem sem resposta (Paiva, Pupo, Barboza, 2006).

Para os mesmos autores, o campo da prevenção constitui uma meta secundária. Visto que em estudo realizado no território nacional constatou que, entre os cinco estados selecionados para a realização da pesquisa, dois desenvolviam seus programas de DST/aids sem equipe de prevenção e, em um estado, a equipe se restringia à figura de uma única pessoa. O direito à prevenção permanece pouco pautado nas agendas do movimento social e nas instâncias colegiadas de controle social. Há pouca mobilização pelo acesso aos insumos de prevenção, pelo acesso à informação, à educação ou ao aconselhamento de qualidade (Paiva, Pupo, Barboza, 2006).

A par dessa situação, e diante do cenário exposto sobre os primeiros anos desse século, deve-se ressaltar que, ainda em 2002, em Madri - Espanha, por iniciativa da Organização das Nações Unidas, foi realizada a II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. Nesse evento, foram aprovados dois importantes documentos, com o objetivo de servir de guia estratégico para orientar a escolha de medidas normativas e implantação de políticas públicas relacionadas com o envelhecimento no século XXI, sendo um deles, o “Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento 2002” que apresenta, entre outros temas, a questão do envolvimento da população idosa na epidemia de HIV/aids. Nesse aspecto, o documento propõe três objetivos: melhorar a avaliação do impacto do HIV/aids sobre a saúde dos idosos, tanto para os infectados como para os que cuidam dos infectados; proporcionar informação adequada, capacitar para a prestação

de cuidados e prover assistência médica e apoio social aos idosos infectados pelo HIV e seus cuidadores; fortalecer e reconhecer a contribuição dos idosos para desenvolver seu papel como cuidadores das crianças portadoras de HIV e como pais substitutos (Pessini, 2002).

Diante do cenário apresentado sobre o envolvimento da mulher com idade igual ou superior a 50 anos na epidemia de aids, torna-se necessária uma discussão sobre as ações que cabem aos serviços de saúde de modo a atuarem de maneira efetiva na prevenção da infecção pelo HIV neste segmento populacional. Obviamente, o enfrentamento da epidemia de HIV/aids deve envolver todos os níveis de atenção à saúde, contudo, para a presente pesquisa será discutido o papel da atenção primária à saúde e, em especial, o da Estratégia Saúde da Família (ESF).

1.3 O PAPEL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA EPIDEMIA DE HIV/AIDS

Para melhor compreensão do texto, inicialmente apresenta-se uma breve explanação sobre a trajetória histórica da ESF, com especial atenção à sua inserção e funcionamento no sistema de saúde nacional.

1.3.1 A Estratégia Saúde da Família: história e inserção no Sistema Único de Saúde - SUS

A ESF faz parte da política de atenção primária à saúde, que é entendida como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, com base em uma perspectiva da população. Sua estruturação está em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e tem como objeto a busca por um

sistema de saúde voltado à equidade social, à corresponsabilidade entre população e setor público, à solidariedade e a um conceito amplo de saúde (Takeda, 2006). Vale ressaltar que a atenção primária tem demonstrado, desde a Conferência de Alma-Ata, evidências acerca da sua efetividade e eficiência (Andrade *et al.*, 2006).

Seguindo tendência mundial, na segunda metade da década de 1990, a política de saúde no Brasil passou a adotar a atenção primária à saúde como área de concentração de esforços, de programas e investimentos, com a criação de incentivos financeiros federais (Brasil, 2005).

Iniciativas de nível federal fundamentaram-se em experiências estaduais e municipais bem-sucedidas, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no Ceará em 1987. Esse programa foi iniciado como frentes de trabalho em uma conjuntura de seca. Era desenvolvido por Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), grupo composto, principalmente, por mulheres que, após treinamento de duas semanas, realizavam ações básicas de saúde em 118 municípios do estado sob supervisão de enfermeiros (Brasil, 2005; Viana, Poz, 2005).

A partir de 1988, o programa deixou de ter caráter emergencial, e adquiriu características de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde. O trabalho dos ACSs passou a ter o objetivo de “melhorar a capacidade da comunidade de cuidar de sua própria saúde”, por meio de visitas domiciliares regulares às famílias (Brasil, 2005).

Em 1991, os resultados positivos desta experiência no estado do Ceará incentivaram o Ministério da Saúde a propor o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, implantado, inicialmente, na Região Nordeste e, em seguida, na Região Norte do País (Brasil, 2005).

Outras experiências, como o Programa Médico de Família, desenvolvido a partir de 1992 no município de Niterói (RJ), com estrutura semelhante à Medicina da Família, implantada em Cuba, também influenciaram a decisão do Ministério da Saúde, em 1993, de criar o Programa Saúde da Família (PSF), (Brasil, 2005).

Em dezembro de 1997, uma Portaria Ministerial estabeleceu, no Plano de Metas do Ministério da Saúde, prioridade para o PACS e PSF e aprovou normas e diretrizes de ambos os programas (Brasil, 2005).

O PSF se fortaleceu com a publicação do documento “Política Nacional de Atenção Básica”, aprovada pela Portaria n.º 648/GM de 28 de março de 2006, que apontava como prioridade a consolidação e a qualificação dessa estratégia como modelo de atenção primária e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, sendo uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e a uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde (Brasil, 2006b).

O mesmo documento definia as atribuições dos profissionais das equipes de saúde da família e apontava como atribuição, de todos os profissionais, a realização de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos (Brasil, 2006b).

Dados do Ministério da Saúde apontam que em dezembro de 2010, a Estratégia Saúde da Família estava presente em 5.294 municípios, resultando na cobertura de 52,23% da população brasileira (Brasil, 2010b).

Ao considerar o estado de São Paulo, identifica-se que para o mesmo período, 499 municípios contavam com equipes de Saúde da Família, proporcionando 27,52% de cobertura populacional. Já no município de São Paulo, existiam 936 equipes, resultando na cobertura de 29,26% da população (Brasil, 2010b).

No município de São Paulo, o PSF foi implementado como estratégia de reorganização da atenção à saúde a partir de 2001. Desde então, a cidade concentra o maior número de equipes de Saúde da Família em atividade no país, contudo, com distribuição desigual de cobertura (Bousquat, Cohn, Elias, 2006).

Nesse mesmo Município, o processo de implantação das equipes de Saúde da Família se deu, principalmente, nos locais mais periféricos da cidade, seguindo o padrão nacional, que teve implantação iniciada em regiões com reconhecida carência de equipamentos públicos. Esta característica indica a configuração de política pública capaz de contribuir

para a diminuição das desigualdades socioespaciais na metrópole paulista (Bouquat, Cohn, Elias, 2006).

1.3.2 A Estratégia Saúde da Família: possibilidades para o enfrentamento da epidemia de HIV/aids

Considerando os princípios básicos do SUS de universalização, integralidade, descentralização, hierarquização e participação social, os serviços de atenção primária devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce e encaminhamento dos portadores de HIV/aids às unidades de referência (Brasil, 2006c).

As possibilidades de ações voltadas ao HIV/aids, dentro dos serviços de atenção primária, são diversas, podendo incluir atividades educativas para a promoção à saúde e prevenção, aconselhamento para os testes diagnósticos e diagnóstico precoce da infecção pelo HIV (Brasil, 2006c).

O Ministério da Saúde afirma que as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), resolutivas e de fácil acesso, são capazes de promover um forte impacto na epidemia do HIV/aids (Brasil, 2006b).

Para Ferreira, Nichiata (2008), em termos da assistência à mulher ante o HIV/aids, no âmbito da atenção primária, a prioridade é a identificação de grupos vulneráveis, oferecimento de testagem sorológica para detecção do vírus e realização de ações de promoção da saúde e prevenção da doença. Também pontuam que na atenção primária, como diretriz privilegiada, há equipes de Saúde da Família, que se constitui em estratégia em que essas ações podem ser potencializadas.

A ESF tem como grande diferencial a existência de um profissional que age ativamente no fornecimento de informação sobre saúde à população, o ACS. Esse profissional desenvolve o seu trabalho dentro da comunidade, precisamente, dentro da casa das pessoas. Ação que facilita de maneira estrondosa a construção de pontes entre o serviço de saúde/profissionais da ESF e as pessoas atendidas.

Uma das ações que os ACSs podem desenvolver é a realização de atividades informativo-educativas que têm o potencial de despertar nas pessoas a procura pelo teste anti-HIV, propiciando, dessa maneira, a realização de diagnósticos precoces dentro da comunidade (Brasil, 2006c).

Referente ao papel das equipes da ESF no diagnóstico da infecção pelo HIV, pesquisa realizada no município de São Paulo, com seis mulheres infectadas pelo HIV, constatou que três delas realizaram a testagem e receberam o diagnóstico por meio de equipe da ESF (Ferreira, Nichiata, 2008).

O Ministério da Saúde aponta algumas atribuições dos profissionais que atuam no campo da atenção primária, entre elas o desenvolvimento de atividades que tenham o objetivo de conscientizar a população quanto à prevenção da transmissão do HIV (Brasil, 2006c).

Ainda dentro da perspectiva da prevenção da infecção pelo HIV e diagnóstico precoce, os serviços de atenção primária têm um papel importante na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. Isso porque, a confirmação de uma DST significa que sua portadora pode ter sido exposta também ao HIV e, além disso, diante de relação desprotegida com portador do vírus, a ocorrência de DST aumenta em até 18 vezes o risco de infecção pelo HIV. Assim como, a presença de DST em pessoa infectada pelo HIV aumenta o grau de transmissibilidade desse vírus para o parceiro (Brasil, 2006c).

No contexto da atenção primária, as intervenções de prevenção do HIV, dirigidas aos idosos, devem estimular e ensinar o uso correto dos preservativos masculino e feminino, e de lubrificantes, propiciar a testagem e o diagnóstico com procedimentos que considerem as necessidades desse grupo, bem como promover trabalhos específicos direcionados aos idosos (Brasil, 2006a).

Dessa maneira, acredita-se que as características da ESF propiciam oportunidades valiosas para o desenvolvimento de ações efetivas para a prevenção do HIV/aids. A proximidade com a população, a existência de vínculos de confiança entre profissionais e comunidade, e o conhecimento das características do local, assim como das pessoas residentes, agem de

maneira sinérgica para a implementação de atividades com alto potencial de sucesso.

Nessa explanação sobre a ESF, procurou-se deixar claro o seu forte papel na elaboração de atividades informativo-educativas. Dessa maneira, considera-se relevante aprofundar a discussão nesse campo de atuação da ESF.

Em consonância com o princípio da integralidade do SUS e a atribuição da realização de ações de promoção à saúde dos profissionais da ESF, as atividades de educação em saúde tornam-se incluídas entre as responsabilidades desses profissionais (Alves, 2004/2005).

Vale ressaltar que a prática de educação em saúde no contexto da ESF, considera que a educação em saúde é um recurso intermediado pelos profissionais da saúde que levam o conhecimento científico para o cotidiano das pessoas, e que oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (Alves, 2004/2005).

Além disso, a ESF tem como característica marcante e diferenciada de outras estratégias, no campo da saúde, a formação de vínculo entre as pessoas da população e os profissionais que compõem a equipe. Tal aspecto é de grande valia para as ações educativas, visto que o conhecimento recíproco entre usuários e trabalhadores de saúde é a base para a comunicação. Mediante a troca de informações, crenças, valores e normas, almeja-se chegar a acordos que orientem, positiva e efetivamente, os fazeres dos profissionais no atendimento às necessidades de saúde dos usuários e na consolidação das competências profissionais do trabalhador em saúde (Chiesa, Veríssimo, 2001).

Não se pode deixar de ressaltar que o enfermeiro, no campo da educação em saúde, agrega seu papel educativo ao resgate da pessoa participativa e consciente de sua condição de vida (Alvim, Ferreira, 2007).

Para Trezza, Santos, Santos (2007), a educação em saúde é uma das funções de maior relevância no trabalho do enfermeiro, sendo uma área de atuação na qual pode expor a capacidade de criar, inovar e improvisar. Além disso, por seu intermédio, as pessoas podem ser motivadas a transformar suas vidas.

Para melhor compreensão do emaranhado de situações e fatores envolvidas na epidemia de HIV/aids, considera-se pertinente discutir o conceito de vulnerabilidade.

1.4 O CONCEITO DE VULNERABILIDADE NO CAMPO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS

O conceito de vulnerabilidade é oriundo da área dos Direitos Humanos. Este termo designava, originalmente, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (Ayres *et al.* 2008).

Na área da saúde, o quadro analítico da vulnerabilidade emerge no começo da década de 1980 com o surgimento da aids (Sánchez, Bertolozzi, 2007). O avanço desta epidemia foi determinante para que pesquisadores e profissionais da saúde repensassem sobre o conceito de risco e avançassem nas discussões sobre vulnerabilidade no campo da saúde (Nichiata, *et al.*, 2008).

No entanto, o conceito de vulnerabilidade somente firmou definitivamente suas raízes no campo da aids a começar pelos de trabalhos realizados na Escola de Saúde Pública de Harvard por Mann, que culminaram na publicação do livro “A aids no mundo”, em 1993, no qual é apresentada uma estrutura para avaliar criticamente a vulnerabilidade à infecção pelo HIV (Mann, Tarantola, Netter, 1993; Takahashi, Oliveira, 2001).

Para Ayres *et al.* (2008), o conceito de vulnerabilidade busca trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica concreta e particularizada, nos quais os nexos e mediações entre esses fenômenos sejam o objeto propriamente dito do conhecimento. O conhecimento sobre vulnerabilidade busca universalidade, não na reprodutibilidade ampliada de sua

fenomenologia e inferências, mas no interesse e possibilidade “transregionais” de sua pragmática.

A vulnerabilidade busca expressar os potenciais de adoecimento/não adoecimento relacionados a toda e qualquer pessoa que vive em um certo conjunto de condições. Dessa maneira, suscetibilidades potenciais podem ser inferidas antes que os casos ocorram (Ayres *et al.*, 2008).

É importante salientar que a vulnerabilidade é algo situacional. Isso significa que uma pessoa pode não ser particularmente vulnerável a um agravo em um determinado contexto, porém, pode tornar-se altamente vulnerável se ocorrer mudanças no seu contexto de vida. Por exemplo, mudanças referentes à família, à comunidade, à situação conjugal, à exposição à violência, à renda, ao mercado de trabalho e ao suporte social (Rogers, 1997).

Segundo Ayres *et al.* (2008) e Nichiata *et al.* (2008), as análises de vulnerabilidade envolvem a avaliação articulada de três eixos interligados:

-*componente individual*: refere-se ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações; ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras. Este componente também envolve aspectos relacionados às características pessoais, como a idade, o gênero e a etnia, o envolvimento emocional e as crenças religiosas. Segundo Mann, Tarantola, Netter (1993), há três pressupostos quanto à vulnerabilidade individual: 1. toda pessoa tem um grau potencial de vulnerabilidade; 2. as pessoas soropositivas são vulneráveis à morbidez, invalidez ou mortalidade injustificada se forem negados os serviços de saúde e apoio social; 3. pré-condições de natureza cognitiva, comportamental e social afetam a vulnerabilidade de cada pessoa à infecção pelo HIV, à transmissão do vírus e ao tratamento ou apoio social inadequados.

- *componente social*: diz respeito à obtenção de informação, às possibilidades de metabolizá-las e ao poder de incorporar mudanças práticas, o que não depende só dos indivíduos, mas de aspectos, como

acesso aos meios de comunicação, à escolarização, à disponibilidade de recursos materiais, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais, de estar livre de coerções violentas, ou de poder defender-se delas. Isto significa que aspectos relacionados à estrutura econômica, a políticas públicas, principalmente as relacionadas à educação, à saúde, a traços culturais, devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade. Takahashi, Oliveira (2001) citam que a avaliação da vulnerabilidade social pode ser realizada por meio de indicadores capazes de revelar o perfil da população da área de abrangência no que se refere ao acesso à informação, gastos com serviços sociais, de saúde e educação, acesso aos serviços de saúde e situação da mulher.

-Componente programático: para que os recursos sociais que os indivíduos necessitam para não se expor ao HIV e se proteger de seus danos, sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços programáticos voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, de recursos, de gerência e de monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/aids, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia. Complementando, Takahashi, Oliveira (2001) relatam que se deve considerar o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo com o profissional, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo, e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde.

Dessa maneira, trabalhar com o conceito de vulnerabilidade possibilita ampliar a percepção sobre como a iniquidade, discriminação, opressão, exploração e violência social interferem no processo saúde-doença (Nichiata, *et al.* 2008).

A percepção de que a exposição ao vírus não é homogênea na população em geral e de que, relacionado a isso, as possibilidades de mudança de práticas não dependem apenas da vontade individual, mas do contexto em que essas individualidades se conformam e manifestam, fez

surgir a necessidade de focalizar as ações nas diferentes suscetibilidades à infecção observadas nas populações expostas. Dessa maneira, intervenção estrutural, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação jurídica, direitos humanos, passam a ser entendidos como parte indissociável das ações de prevenção e cuidado (Ayres *et al.* 2008).

Para Sánchez e Bertolozzi (2007), o campo da saúde coletiva pode valer-se do conceito de vulnerabilidade, permitindo um avanço nas alternativas concretas de intervenção. Coloca-se como potencial instrumento para a transformação das práticas de saúde. Esta ideia é corroborada por Nichiata *et al.* (2008), que acreditam que a operacionalização deste conceito pode contribuir para a prática da enfermagem, que necessita de instrumentos e modelos teóricos para direcionar sua prática de pesquisa e intervenções de saúde.

Diante do exposto, fica evidente que a ESF é um terreno fértil para a implementação de ações para o planejamento e desenvolvimento de estratégias que visem a interferir no avanço da epidemia de aids em direção à população com idade igual ou superior a 50 anos, sobretudo a feminina.

Somado ao panorama apresentado, outro aspecto foi determinante para a realização da presente pesquisa. A principal motivação emergiu dos resultados de pesquisa realizada anteriormente, com o mesmo grupo populacional da comunidade que sediou este estudo. Concluído em 2006, o estudo qualitativo que buscou a percepção e as ações de mulheres com idade igual ou superior a 50 anos de idade diante da epidemia de aids, evidenciou a ausência de percepção de risco à infecção pelo HIV pela via sexual, o conhecimento deficitário sobre a infecção, a presença de ideias errôneas, sobre as pessoas portadoras do HIV, e a preocupação em manter os familiares mais jovens, filhos e netos, informados sobre as medidas de prevenção (Lima, 2006). Os resultados deste estudo impulsionaram tê-los como norte para o planejamento e a implementação de uma intervenção que buscasse mudanças na situação encontrada, e que servisse de modelo para aplicação em outras comunidades atendidas pela ESF.

Dessa maneira, buscaram-se respostas às questões:

- *Uma intervenção desenvolvida como jogo educativo sobre HIV/aids, voltado às mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, é uma estratégia de promoção da saúde, adequada para as especificidades da Estratégia Saúde da Família?*
- *Esta atividade é capaz de aumentar as informações sobre HIV/aids entre mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, atendidas pela Estratégia Saúde da Família?*

Para obter as respostas foram traçados os objetivos expostos a seguir.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Propor uma ação educativa voltada à promoção de saúde sobre HIV/aids para mulheres com idade igual ou superior a 50 anos atendidas pela Estratégia Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptar e implementar um jogo educativo sobre HIV/aids para mulheres com idade igual ou superior a 50 anos atendidas pela Estratégia Saúde da Família.
- Analisar as informações sobre HIV/aids de mulheres com idade igual ou superior a 50 anos apresentadas durante jogo educativo.
- Avaliar se um jogo educativo sobre HIV/aids, direcionado a mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, atendidas pela Estratégia Saúde da Família, atua sobre seu conjunto de informações sobre HIV/aids.

3 REFERENCIAIS DE ANÁLISE

3.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para a presente pesquisa foram adotadas considerações originadas do campo da Promoção da Saúde, em especial, no tocante à disseminação de informação (educação em saúde).

3.1.1 A educação em saúde na perspectiva da promoção da saúde

O conceito de Promoção da Saúde evidencia o valor do reconhecimento da importância da transmissão de informações à população para as suas tomadas de decisão referentes à saúde. Diante disso, segue-se uma discussão sobre a educação em saúde baseada nos princípios da Promoção da Saúde.

Tanto no enfoque individual, quanto familiar, a promoção da saúde atua no sentido de proporcionar autonomia às pessoas, fornecendo-lhes informações, habilidades e instrumentos que os tornem aptos para escolhas de comportamento, de atitudes e de relacionamentos interpessoais produtores de saúde (Morais Neto, Castro, 2008).

Tem sido frequente a persistência de um equívoco na elaboração e implementação de programas de educação em saúde, trata-se da ideia de intercorrências de saúde podem ser solucionadas, individual ou coletivamente, desde que se disponha de informações técnico-científicas adequadas e vontade pessoal e política das pessoas expostas a determinados agravos à saúde, sem dar maior importância aos processos de decodificação e ressignificação dessas mensagens pela população que as recebe. Entretanto, experiências passadas demonstraram que a transmissão de informações, mesmo que de maneira clara, objetiva e adequada aos

diferentes segmentos da população, não é suficiente para a sensibilização pessoal (Silva, 2002; Meyer *et al.*, 2006).

Meyer *et al.* (2006) apontam na mesma direção, ao citar que os projetos educativos em saúde seguem na perspectiva de simples transmissão de um conhecimento especializado, sendo unidirecional, ou seja, de quem detém o conhecimento para quem, supostamente, é leigo. Para os autores, este processo desvaloriza e ignora o “saber-viver” dos indivíduos aprendidos no cotidiano da vida.

Vale ressaltar que as críticas citadas não são à transmissão de informações, mas sim, à maneira como a prática tem sido realizada. Lefèvre e Lefèvre (2004) valorizam o repasse de informações em quantidade e qualidade adequada, contudo, de maneira não normatizada e despida de traços paternalistas e autoritários, frequentes nas ações de educação em saúde. Deve ser passada no contexto de uma relação comunicativa de tipo dialogal e de troca com o indivíduo, mas sem a perda do caráter técnico inerente à informação especializada.

Os mesmos autores defendem o deslocamento da “Educação” para a “Informação” que deve, sobretudo, pela via da modalidade discursiva do diálogo, ser amplamente disponibilizada para uso e usufruto da cidadania (Lefèvre, Lefèvre, 2004).

Falar da realidade como algo parado, estático, compartimentado, bem-comportado, completamente alheio à experiência das pessoas, vem se constituindo em suprema inquietação para os defensores de uma prática educacional democrática. Um expoente desse movimento foi Paulo Freire (1921–1997), educador que fincou marcas indelévels na história da educação e da cultura brasileira, da segunda metade do século XX, por sempre trabalhar em favor da educação popular. Ele considerava que neste tipo de educação, o profissional assume a tarefa indeclinável de “encher” as pessoas com os conteúdos de seu discurso. Conteúdos que são retalhos da realidade, desconectados da totalidade em que engendram e em cuja visão ganharia significação (Oliveira, 2003; Freire, 2007a).

Para esse autor, a narração de conteúdos transforma as pessoas em “vasilhas”, em recipientes a serem “enchidos” pelo profissional. Dessa

maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que as pessoas são os depositários e o profissional o depositante - “educação bancária” (Freire, 2007a).

Diante dessa constatação, torna-se evidente que quem se dispõe a trabalhar com práticas educativas deve, não só respeitar a identidade cultural, ou seja, os saberes com que as pessoas chegam, saberes estes, socialmente construídos na prática comunitária, mas também, discutir com as pessoas a razão de ser de alguns desses saberes em relação ao ensino dos conteúdos. (Freire, 2007b).

O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que se pode ou não conceder uns aos outros. Não é possível respeito às pessoas, à sua dignidade, ao seu ser formando-se, à sua identidade fazendo-se, se não se leva em consideração as condições em que eles vêm existindo, se não se reconhece a importância dos “conhecimentos de experiência feitos” com que chegam (Freire, 2007a).

A crítica à abordagem educativa, centrada na transmissão de informações para a mudança de comportamentos, emerge do reconhecimento da necessidade de se refletir, não somente sobre o conteúdo da informação, mas, em especial, sobre como e por que a informação é passada. A importância dessa reflexão reside no reconhecimento de que, no cotidiano das práticas de saúde, o conhecimento científico é um elemento que passa pela vida das pessoas por meio de uma espécie de filtro de seus próprios saberes, gerando um conhecimento diferente, construído com base no reconhecimento desses saberes somados à sua visão de mundo em consonância com suas experiências (Valla, Stotz, 1997).

Dessa maneira, surge o questionamento sobre a permanência da centralidade na mudança de comportamento nos objetivos da educação em saúde, visto que as mudanças comportamentais são resultantes não somente de simples transmissão de informações, mas, principalmente, das múltiplas dimensões que interagem nos ambientes onde transcorre a vida (Meyer *et al.*, 2006).

Faz parte do aprendizado a decisão de assumir as consequências do ato de decidir. Não há decisão a que não se sigam efeitos esperados, pouco esperados ou inesperados. Por isso é que a decisão é um processo responsável (Freire, 2007a).

Para Freire (2007a), quanto mais a pessoa se assume como está sendo e percebe as razões de o ser, mais se torna apta para realizar mudanças. Complementando, Alvim, Ferreira (2007) apontam que no momento em que a pessoa se integra com o mundo e no mundo, recria sua própria história e decide sobre ela.

Vale ressaltar que um processo educativo, que respeita a autonomia, tem de estar centrado em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade (Freire, 2007a).

A escolha pela Promoção da Saúde, como referencial teórico para esta pesquisa, foi motivada pela sua compreensão abrangente sobre as necessidades do ser humano para o alcance da saúde. Além disso, esse conceito traz ideias convergentes com o que há de recomendações sobre transmissão de informações para prevenção da infecção pelo HIV.

Como citado anteriormente, além do conceito de Promoção da Saúde, também foi adotado como referencial de análise a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (2008). Entretanto, para discorrer sobre esta teoria, torna-se necessário, inicialmente, explicar sobre Teorias da Aprendizagem, que é o berço da sua Teoria.

3.2 TEORIAS DA APRENDIZAGEM

Ao se questionar sobre o significado da “aprendizagem”, a primeira ideia que surge é a aquisição de informação, porém essa breve explicação não significa que este fenômeno é algo de fácil compreensão. O termo aprendizagem é mais complexo do que implica uma definição restrita ao ato de adquirir informação (Lefrançois, 2008).

Lefrançois (2008, p. 6) define aprendizagem como:

Toda mudança relativamente permanente no potencial de comportamento, que resulta da experiência, mas não é causada por cansaço, maturação, drogas, lesões ou doença.

Vale ressaltar que o uso da expressão “potencial de comportamento” tem a intenção de evidenciar que a aprendizagem implica mudanças na capacidade para fazer algo, assim como, na inclinação para o desempenho. A importância de elucidar tal definição está alicerçada no reconhecimento de que os efeitos permanentes da experiência nem sempre são aparentes, visto que a evidência de que a aprendizagem aconteceu pode depender também da oportunidade para agir (Lefrançois, 2008).

As teorias da aprendizagem fazem parte do campo da psicologia. Esta área do conhecimento classifica as teorias da aprendizagem em duas grandes linhas de atuação: o behaviorismo e o cognitivismo (Lefrançois, 2008), sendo o último o de maior valor para a presente pesquisa.

O behaviorismo surgiu no início dos anos de 1900, quando os psicólogos, em especial, os norte-americanos, começaram a rejeitar temas difíceis e subjetivos como a mente e o pensamento, e concentraram-se nos aspectos mais objetivos do comportamento. Essa orientação originou teorias de aprendizagem envolvidas principalmente com eventos objetivos, como estímulos, respostas e recompensas (Lefrançois, 2008).

O cognitivismo surge com base no compartilhamento de muitos fundamentos do behaviorismo com conceitos biológicos ou mentais. Neste campo, o interesse se concentra na atividade mental humana, e especificamente em três dimensões: processamento de informação, representação e autoconsciência (Lefrançois, 2008).

Quando se fala em aprendizagem, torna-se obrigatório o conhecimento de dois conceitos básicos envolvidos e indissociáveis neste processo: o conceito de atenção e o conceito de memória. Isso porque a aprendizagem é uma mudança no comportamento que resulta da experiência; a memória é o efeito da experiência, e ambas são facilitadas pela atenção (Lefrançois, 2008).

O termo memória significa disponibilidade da informação e implica a capacidade de recuperar habilidades ou informações previamente adquiridas. Lefrançois (2008) cita o pioneirismo de Ebbinghaus (1885/1964) em relação à pesquisa da memória, que, com base em diversos estudos, construiu as chamadas “curvas de memória” que consistem na representação gráfica da retenção de memória. Em suas investigações originais, ele pedia que os sujeitos aprendessem uma lista de sílabas sem sentido. Mesmo quando esses sujeitos conseguiam lembrar perfeitamente de todas as sílabas, logo depois de aprendê-las, em 20 minutos já tinham esquecido mais de 40% delas; em uma hora mais da metade. No entanto, os 20% ou 30% das sílabas sem sentido que tinham sido lembradas durante metade de um dia permaneciam disponíveis na memória, para recuperação, um mês depois. Isso demonstra que as pessoas tendem a esquecer a maior parte do que aprenderam quase imediatamente após ter aprendido, contudo, alguma informação fica retida por longos períodos. O que fica armazenado na memória por períodos mais longos está menos sujeito ao esquecimento, mesmo depois de passado muito tempo.

Ainda em relação à memória, atualmente, são reconhecidos três tipos de armazenamento: sensorial, de longo prazo e de curto prazo. Sendo somente os dois últimos de interesse para a presente pesquisa (Lefrançois, 2008).

A memória de curto prazo (MCP) ocorre quando o indivíduo torna-se consciente a um estímulo. Este fenômeno tem duração de apenas alguns segundos e costuma desaparecer por completo em 20 segundos, ou seja, a MCP se refere à consciência e à lembrança de poucos itens que não mais ficarão disponíveis assim que a pessoa cessar de resgatá-los (Lefrançois, 2008).

A memória de longo prazo (MLP) pode ser explicada simplesmente como tudo o que uma pessoa consegue lembrar e que não acabou de ocorrer, portanto, tudo o que é retido das experiências educacionais, um conhecimento completo da linguagem e toda informação estável sobre o mundo. A MLP tem quatro características de suma importância: a alta estabilidade (muitos dados lembrados hoje e amanhã poderão ser

recuperados na próxima semana), a capacidade gerativa (as pessoas podem lembrar coisas que nunca aconteceram, ou seja, gerar lembranças), a capacidade de ser influenciada pela compreensão (aquilo que as pessoas lembram é geralmente um significado, ou seja, a ideia central do que ela compreendeu) e o fato de que algumas coisas são mais fáceis de lembrar (dados mais significativos para a pessoa são lembrados com mais facilidade, mesmo depois de muito tempo, do que os dados com menos significado) (Lefrançois, 2008).

O campo da psicologia apresenta eficazes estratégias para propiciar o deslocamento de dados da MCP para a MLP. As mais importantes são: a *repetição*, reconhecido como o modo mais eficiente de manter a informação na MCP e possibilita a sua transferência para a MLP; a *elaboração*, que implica associar o que tem de ser aprendido a imagens mentais ou relacionar um material novo com um material que já foi aprendido; e a *organização*, que significa colocar o que deve ser aprendido em grupos de itens relacionados entre si. Estas estratégias são os principais processos cognitivos da aprendizagem (Lefrançois, 2008).

Se em uma mão temos a memória, na outra há o esquecimento, que no sentido usual da palavra, significa a incapacidade de trazer à consciência imediata alguma informação (Lefrançois, 2008).

Na tentativa de esclarecer este fenômeno, algumas teorias foram desenvolvidas. Entre elas encontra-se a *teoria do desvanecimento*, que se alicerça na observação de que as pessoas geralmente lembram com mais clareza os eventos recentes e que esquecem algumas coisas simplesmente em razão do passar do tempo; a *teoria da distorção*, que defende que quando as pessoas buscam algo na memória, o que lembram na verdade são ideias principais e abstrações, ou seja, o contexto da história, mas não os detalhes, sendo estes mais tarde gerados, resultando em distorção da situação original; e a *teoria da repressão*, que é baseada no trabalho de Freud, e diz que as pessoas algumas vezes reprimem recordações de experiências que provocam ansiedade ou que são traumáticas. Além das citadas, outra muito difundida é a *teoria da interferência*, que afirma que uma nova aprendizagem pode interferir na recuperação de uma aprendizagem

anterior ou que uma aprendizagem antiga pode interferir na lembrança de uma nova aprendizagem (Lefrançois, 2008).

Além das teorias citadas, há uma outra explicação para o esquecimento. Acredita-se que quando algo não é lembrado, não significa que tenha se esvaído completamente da memória, pode apenas significar que não há como ser acessado. Neste caso, a dificuldade em lembrar estaria relacionada à incapacidade de discriminar o item solicitado entre outras possibilidades no momento de lembrar (Lefrançois, 2008).

Outro tópico relacionado à memória e esquecimento é a maneira como as informações podem ser lembradas. Com o intuito de melhorar a recordação, vários sistemas foram desenvolvidos com base nas estratégias citadas. Atualmente, sabe-se que as imagens visuais são mais facilmente memorizadas pelos humanos do que as palavras escritas ou faladas (Lefrançois, 2008).

Para a presente pesquisa, como citado anteriormente, foi utilizada a Teoria Social Cognitiva como referencial de análise, portanto, torna-se pertinente aprofundar o assunto sobre os trabalhos de Albert Bandura, psicólogo e pesquisador no campo da aprendizagem social. Esta opção foi impulsionada pelo reconhecimento de que tal teoria vai ao encontro das necessidades desta pesquisa, no que se refere à análise dos dados. Dessa maneira, apresentam-se os pontos mais relevantes de seu trabalho considerando a intervenção proposta.

3.3. A TEORIA SOCIAL COGNITIVA DE ALBERT BANDURA

Os trabalhos de Bandura se iniciaram no campo da aprendizagem social. Segundo Lefrançois (2008), a aprendizagem social compreende as descobertas de quais comportamentos são socialmente esperados e aceitos nas situações sociais, considerando que esses comportamentos são diferentes entre as culturas, e que sofrem variações em relação à idade e ao sexo.

Com base nesse campo de estudo da psicologia, Bandura desenvolveu sua teoria, inicialmente conhecida como teoria social pela imitação, também denominada de aprendizagem por observação. Em seguida, esse autor passou a chamar seu trabalho de teoria social cognitiva, com o intuito de diferenciar sua contribuição dos demais autores do campo da aprendizagem social. (Salvetti, Pimenta, 2007; Lefrançois, 2008).

Esta teoria defende que as pessoas aprendem o que é aceitável e inaceitável no que se refere ao comportamento, principalmente ao observar os modelos apresentados pelos outros. Na aprendizagem por observação, uma fonte de reforçamento direto tem a ver com as consequências reais do comportamento imitado, ou seja, se a atividade for socialmente aceitável, ou se levar à recompensa, é reforçada pelas próprias consequências (Lefrançois, 2008).

Por meio da aprendizagem por observação, as pessoas aprendem três diferentes classes de respostas, que Bandura, Walters (1963) apud Lefrançois (2008) descrevem como três efeitos da imitação: o *efeito modelador* que consiste na aquisição de um novo comportamento como resultado da observação de um modelo; os *efeitos inibitórios e desinibitórios* que correspondem ao fim ou início de algum comportamento, após ver um modelo ser punido ou recompensado por comportamento semelhante, e o *efeito eliciador*, que envolve respostas eliciadas que, em vez de estarem emparelhadas ao comportamento do modelo, são simplesmente relacionadas a ele.

Para Bandura (1995), as pessoas se empenham para controlar os acontecimentos que as afetam, ou seja, ao exercer influência nas esferas sobre as quais elas podem ter algum controle, ficam mais aptas a perceber os efeitos futuros desejados e evitar os indesejados.

Ao descrever as forças que afetam o comportamento humano, esse autor destaca três sistemas de controle separados, que interagem um com o outro para determinar o comportamento. Há o *controle de estímulo* que se refere aos comportamentos humanos que estão sob controle de estímulos, inclui as respostas aprendidas por meio do reforçamento ocorrido no cotidiano, o *controle de resultado*, que consiste no reconhecimento de que

alguns comportamentos ficam sob controle de suas consequências, e não de seus antecedentes, ou seja, não parecem estar sob controle de estímulo, e o *controle simbólico* que inclui a ampla variedade de atividades humanas que são influenciadas por processos internos, ou seja, há o reconhecimento de que processos de pensamento, como a verbalização interna de regras (autoinstrução) podem afetar o comportamento humano. Outra maneira pela qual os processos simbólicos dirigem o comportamento é imaginar de que maneira as consequências do comportamento afetariam as atividades em andamento. Dessa maneira, se não houvesse essa capacidade de representar simbolicamente resultados de longo prazo, muitas tarefas associadas a um estímulo imediato, ou a uma recompensa imediata, não seriam realizadas.

Para Bandura (2001), há três aspectos principais da atuação humana. O primeiro se refere a *intencionalidade*: as pessoas só podem ser agentes de suas ações se as desempenham intencionalmente. O segundo trata da *previsão*, ou seja, a intencionalidade implica planejamento e antecipação. E por último, a *autorreatividade* e *autorreflexão*, que se referem à capacidade da pessoa para examinar e reagir ao seu próprio funcionamento, sendo agente de suas próprias ações, ou seja, para a adoção de práticas positivas à saúde, em primeiro lugar, a pessoa forma uma intenção e, somente posteriormente, segue para a ação (Pereira, Almeida, 2004).

Ainda com relação à intencionalidade, Bandura (2008) aponta que as pessoas criam objetivos e preveem os resultados prováveis de atos prospectivos para direcionar e motivar seus esforços antecipadamente. Isso é possível pelo fato do futuro poder ser representado cognitivamente no presente.

Também ressalta-se a importância das pessoas estarem no comando de suas ações, agirem como agentes de suas atividades e comportamentos (Bandura, 2001).

Com estas considerações, segue a apresentação do desenho do estudo.

3.4 AVALIAÇÃO QUANTITATIVA

Foi conduzida uma pesquisa avaliativa. Trata-se de um tipo específico de pesquisa quantitativa que é indicado para a investigação do funcionamento de um programa, tratamento, prática ou política (Polit, Beck, Hungler, 2004).

Para a presente pesquisa, foram utilizados dois tipos de avaliação: a *análise de resultados*, que buscou a extensão em que as metas da intervenção foram atingidas; e a *análise de impacto*, que corresponde à descrição dos efeitos da intervenção, ou seja, os efeitos do que teria ocorrido na ausência da intervenção (Polit, Beck, Hungler, 2004).

A escolha por um delineamento de intervenção foi baseada no reconhecimento deste tipo de pesquisa ser o melhor meio de avaliar as relações de causa-e-efeito, no caso, a prática educativa sobre as mulheres participantes. Tem como características definidoras, o papel ativo do pesquisador por meio da condução da intervenção; o estabelecimento de controles sobre a situação, incluindo o uso de grupo controle; e a designação aleatória dos participantes para os grupos de controle e intervenção (Polit, Beck, Hungler, 2004).

A determinação em adotar uma metodologia longitudinal para a coleta dos dados foi baseada nas vantagens desse delineamento. O seu principal valor é a capacidade para demonstrar as mudanças ao longo do tempo e a sua sequência temporal, que é um critério imprescindível para o estabelecimento de causalidade. Trata-se do tipo painel pelo fato de que o levantamento de dados ocorreu com as mesmas pessoas, em mais de um momento, o que possibilitou a identificação dos padrões de mudança e as razões que as justificam (Polit, Beck, Hungler, 2004).

A avaliação quantitativa foi realizada com o emprego de análise estatística descrita adiante.

3.5 AVALIAÇÃO QUALITATIVA

Os dados foram analisados, também, sob uma perspectiva qualitativa. Para isso foram adotados como eixos norteadores o conceito de Promoção da Saúde e a Teoria Cognitiva Social de Albert Bandura. Estes serviram como base para a elaboração da intervenção e posterior análise dos dados.

4 MÉTODO

Este é um estudo, cujo delineamento se enquadra nos critérios de pesquisa avaliativa, com desenho experimental (intervenção). É também, um estudo longitudinal do tipo painel e com delineamento apenas-posterior (pós-teste), que define a designação aleatória dos sujeitos em dois grupos e coleta de dados somente após a intervenção.

4.1 LOCAL

O presente estudo foi realizado na região de abrangência atendida pelas equipes da Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim São Jorge, situada no Distrito Administrativo Raposo Tavares, localizada no bairro Jardim São Jorge, zona oeste do município de São Paulo.

A área de abrangência da citada UBS é composta pelo Jardim São Jorge e Jardim Arpoador, agregando o atendimento de aproximadamente 25.000 habitantes.

Nesta unidade, a ESF é, atualmente, composta de seis equipes identificadas por cores (Rosa, Vermelha, Laranja, Azul, Verde e Amarela); cada equipe é responsável pelo atendimento dos moradores de uma área circunscrita.

A escolha do local de estudo foi baseada em alguns fatores. Dentre eles, destaca-se o vínculo estabelecido entre a pesquisadora e a comunidade, assim como com os profissionais da ESF do serviço, campo de estudo, durante os anos de trabalho como enfermeira de uma das equipes, o que facilitou a coleta de dados. Outro motivo foi a oportunidade vislumbrada de propor uma intervenção para o grupo cultural que foi estudado em pesquisa anterior, concluída em 2006 (Lima, 2006), como citado

anteriormente. Além disso, há o fato desta população apresentar características que potencializam o risco de infecção pelo HIV.

4.1.1 Jardim São Jorge: passado e presente

Para contar a história do bairro, utilizou-se um levantamento escrito da história da região, realizado em 2003, como parte das atividades comemorativas do aniversário da implementação da ESF na UBS Jardim São Jorge. Esse trabalho foi realizado pelos ACSs do serviço, que coletaram, junto aos antigos moradores do bairro, a história da região.

O loteamento do Jardim Arpoador e Jardim São Jorge foi iniciado em 1955, contudo, o bairro demorou para ser povoado devido a sua distância do centro da cidade e às precárias condições do lugar na época. Há relatos de que em 1959, a Rodovia Raposo Tavares, principal via de acesso ao bairro, ainda era uma estrada estreita de terra com as laterais recobertas por mata densa, o que dificultava a locomoção dos moradores.

Em 1970 foi construída, no bairro, uma indústria chamada pelos moradores de “Tintas Wanda”, que, atualmente, é denominada Indústria Química Akzo Nobel. A instalação desta indústria trouxe benefícios para a comunidade, como o aumento da oferta local de empregos o que atraiu muitas pessoas para a região.

Há relatos de que na década de 1970 começa o surgimento de uma favela no bairro, dividindo espaço com plantações de mandioca e de banana. Com a chegada de novos moradores, ocorreu a expansão desta favela, assim como o surgimento de outras.

Naquela mesma década, outros equipamentos sociais foram construídos, como a inauguração da primeira escola em 1978. Este dado mostra que o acesso da população residente no bairro à escola próxima tem pouco mais de 30 anos.

Em 1985 foram entregues centenas de apartamentos do Conjunto Habitacional Jardim Educandário, construído pela COHAB - Companhia Metropolitana de Habitação¹, contribuindo para o povoamento da região.

Em relação à UBS Jardim São Jorge, em 2001, o modelo PSF foi introduzido pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, o que tornou a unidade de saúde mista. Em maio de 2008 foi inaugurado, no mesmo prédio, a AMA (Assistência Médica Ambulatorial) Jardim São Jorge².

No entanto, em 2001, embora o objetivo fosse ser a implantação de seis equipes do PSF, por cerca de 15 meses o serviço atuou como PACS, visto que a contratação dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem foi um processo gradual e que só finalizou em junho de 2004. Com uma equipe inicial de trabalho composta por 36 ACSs, uma enfermeira e um médico (após poucos meses, outras duas enfermeiras e uma médica ingressaram no programa), ainda em 2001, a área atendida pela UBS foi totalmente mapeada, ou seja, foi iniciado o processo de territorialização³, o que significou fazer o levantamento de todas as ruas, vielas, domicílios, comércios, equipamentos sociais, como creches e escolas, e população

¹ A Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo é um dos principais instrumentos de execução da política de habitação da cidade. Exerce o papel de agente do Sistema Financeiro de Habitação e sua abrangência é a Região Metropolitana. Foi criada pela Lei n.º 6.738, de 16 de novembro de 1965, como uma sociedade anônima de economia mista, cuja principal acionária é a Prefeitura do Município de São Paulo, que detém 99% das ações preferenciais. A missão da Cohab é garantir acesso à moradia para a população de menor renda, desenvolvendo programas habitacionais e promovendo a construção de novas unidades com recursos provenientes do Fundo Municipal de Habitação e de convênios com agentes financeiros, como a Caixa Econômica Federal, outras entidades governamentais e iniciativa privada. Tem também como uma de suas atribuições a aquisição e comercialização de terrenos e glebas com a finalidade de provisão habitacional (São Paulo, 2011a).

² As unidades da AMA têm como função o atendimento não agendado de pacientes portadores de patologias de baixa e média complexidade nas áreas de clínica médica, pediatria e cirurgia geral ou ginecologia. O objetivo é ampliar o acesso de pacientes que necessitam de atendimento imediato (São Paulo, 2011b).

³ O termo territorialização se refere a definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreende o segmento populacional determinado. Este processo inclui a identificação dos grupos, das famílias e dos indivíduos expostos a riscos. A territorialização faz parte do processo de trabalho da Saúde da Família e é uma atribuição comum a todos os profissionais do PSF (Brasil, 2006a).

residente na área de abrangência. Após a finalização desta tarefa, foram identificadas as seis regiões consideradas de maior “risco”. Este termo foi atribuído às regiões onde os problemas sociais eram mais graves, como baixa escolaridade dos moradores, precárias condições de moradia, reduzida renda familiar, alto índice de desemprego, exposição frequente dos moradores a situações de violência, carência de equipamentos sociais, alta porcentagem de pessoas totalmente dependentes do SUS, difícil acesso aos meios de transporte e informação, entre outros.

Um olhar atento evidencia, que apesar dos profissionais terem empregado a palavra “risco” para identificarem as áreas prioritárias de ação, a reflexão e o trabalho realizado se aproximam mais ao conceito de vulnerabilidade. Atualmente, no cotidiano do serviço é possível observar que os profissionais, sobretudo aqueles com formação superior, utilizam com maior frequência o termo vulnerável no invés do antigo “risco”. Talvez essa mudança tenha ocorrido pelo fato de o serviço receber residentes em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, curso no qual, tanto o conceito de risco, quanto o de vulnerabilidade são abordados, resultando em uma melhor compreensão sobre a diferenciação entre os dois, possibilitando, dessa maneira, a disseminação do uso adequado dos termos pelos profissionais. Além de receber alunos de graduação dos cursos de enfermagem e medicina da mesma universidade

Retomando a descrição do processo de territorialização, após a identificação das seis áreas “de risco”: prédios do Cingapura, rua do Balão, favela das Tintas Wanda, favela do Cambará, Miolo e Vila Industrial, foram delimitadas as seis áreas que seriam atendidas pelo PSF. Na tentativa de equalizar as equipes em relação à demanda de serviço, foi instituído que cada área contaria com uma área “de risco”.

Para melhor descrição do local do estudo, assim como as suas características físicas e sociais, optou-se por discorrer sobre a população atendida pela ESF da UBS Jardim São Jorge, sob o prisma do conceito de vulnerabilidade. Ressalte-se que será dada maior ênfase às áreas “de risco”, visto que estas regiões correspondem à maior parte do território atendido

pelas equipes. Além disso, as pessoas residentes nestes locais são as que mais utilizam o serviço de saúde e que demandam maiores esforços das equipes e por apresentarem características indicadas por estudos epidemiológicos, como fortemente relacionadas à disseminação do HIV.

As descrições e reflexões apresentadas a seguir são oriundas das percepções da pesquisadora, de suas observações e conversas com os profissionais de todas as equipes e com moradores das diversas regiões do bairro, ocorridas durante os quatro anos e seis meses de trabalho, como enfermeira da equipe Laranja da UBS Jardim São Jorge.

4.2 POPULAÇÃO

A população total cadastrada pelas seis equipes da ESF da UBS Jardim São Jorge, em 2010, era de 18.521 pessoas e, destas, 1.735 eram mulheres com 50 anos de idade ou mais (Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, 2010). Importante ressaltar que esses números são oscilantes, devido à constante atualização dos dados referentes ao cadastro familiar.

4.2.1 A vulnerabilidade à infecção pelo HIV das mulheres com idade igual ou superior a 50 anos residentes no Jardim São Jorge

Para facilitar a compreensão, optou-se em discorrer sobre este tema seguindo a lógica dos três eixos do conceito de vulnerabilidade: a individual, a social e a programática.

Em relação à informação que as mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, residentes no Jardim São Jorge possuem sobre HIV/aids, a discussão será baseada na vivência profissional da pesquisadora e nos resultados obtidos em Lima (2006), sobre as ações e a percepção

sobre HIV/aids das mulheres desta mesma faixa etária que residiam na “área de risco” da equipe Laranja.

4.2.1.1 Vulnerabilidade individual

O acesso à informação sobre a epidemia citado pelas mulheres foi, principalmente, a televisão. Entretanto, na pesquisa citada anteriormente, ficou evidente a retenção de informações infundadas entre os membros daquele grupo cultural. Relatos sobre o medo de contrair o HIV em serviços de saúde durante a coleta de sangue para exames laboratoriais, coleta de material para citologia oncológica e outros procedimentos foi dado encontrado com frequência, o que evidencia deficiências na informação em relação às vias de infecção pelo HIV.

Além disso, havia mulheres com dúvidas sobre a existência da aids nos dias atuais. Relacionavam esta incerteza à percepção de que pouco se falava sobre o tema na mídia e nos serviços de saúde.

Outro dado que evidencia a carência de informação sobre HIV/aids neste grupo, foi o fato de haver mulheres que contaram ter ouvido falar sobre a aids pela primeira vez somente há poucos anos, quando um familiar próximo adoeceu. Tal condição evidencia que as ações de prevenção contra a infecção pelo HIV podem passar de maneira despercebida por esse grupo de mulheres.

As questões referentes à informação e, principalmente, ao déficit de informações básicas sobre a infecção pelo HIV, revelaram as situações relacionadas à vulnerabilidade individual deste grupo de mulheres. Entretanto, além deste fator, há outros que agem de maneira sinérgica que potencializam a vulnerabilidade.

Em relação ao comportamento, foi possível constatar que as mulheres sabem que o HIV é transmitido sexualmente, porém, não utilizam o preservativo em suas relações sexuais, porque não se percebem em risco de contrair o vírus. Esse comportamento justifica-se pela confiança que depositam na fidelidade do parceiro e por acreditarem que a aids é uma doença da população jovem, grupo que, segundo elas, adotam

comportamentos que favorecem a infecção. Ou seja, a aids é vista por essas mulheres como a doença do “outro”.

Há também a influência das crenças religiosas na construção do significado da aids no mundo. Encontravam-se mulheres, para as quais a doença está descrita na Bíblia como uma “peste” e marca o “final de um tempo”.

Muitas dessas mulheres são casadas, vivem com o mesmo parceiro há décadas e nunca utilizaram o preservativo. Sugerir o seu uso é percebido pelas próprias mulheres como algo desnecessário e de difícil aceitação pelo parceiro. Como justificar a solicitação do uso de um método preventivo para DST/aids após tantos anos sem ter de justificar o motivo? Esta situação exige, de uma relação estável e longa, conversar sobre assuntos delicados, como fidelidade, traição, confiança e mentira. Ao se pesar os possíveis ganhos e/ou perdas, muitas mulheres optam pelo silêncio.

O parceiro, muitas vezes, representa mais do que um vínculo afetivo. Algumas mulheres dependem financeiramente dele e perdê-lo as colocariam em difícil situação financeira. Outras convivem com homens violentos e afrontar poderia resultar em agressão.

Diante de tais fragilidades, vale citar uma reflexão apresentada na forma de questionamento por Ayres *et al* (2008): “Quando só se pode ser feliz correndo risco ou não ser feliz, o que a maioria de nós escolheria?”

4.2.1.2 Vulnerabilidade social

Inicialmente serão relatadas as condições físicas das áreas de risco dos locais atendidos pelas equipes da ESF do Jardim São Jorge. Acredita-se que esta descrição seja útil para a complementação da imagem do local que sediou o estudo.

Nas áreas Laranja e Amarela, a “área de risco” é constituída por 17 prédios de um Projeto Habitacional denominado “Projeto Cingapura”, da Prefeitura de São Paulo, da década de 1990, também por um prédio

inacabado chamado de “esqueleto”, onde dezenas de familiares vivem precariamente, e dezenas de casas construídas ilegalmente ao redor dos prédios, conjunto conhecido pelos moradores do bairro como a “Invasão do Cingapura”, além de uma favela construída ao redor da “rua do Balão”.

Os pedestres dispõem de várias vias de acesso à área dos prédios, sobretudo, por meio de vielas que cortam a invasão. Para carros, no entanto, há somente uma entrada. A área entre os prédios é de terra com diversos pontos ocupados por mato. Nesses espaços, alguns moradores construíram garagens cobertas para seus carros, as crianças improvisaram um campo de futebol, alguns moradores unidos cultivam pequenos jardins e é grande a quantidade de lixo espalhada pela região, o que repercute na proliferação de insetos, roedores e pombas.

Uma parte do terreno ocupado pela invasão é acidentado, com diversos pontos considerados de risco para desabamento. As casas estão construídas em vielas estreitas, sendo poucas pavimentadas. As construções são precárias, há casas de alvenaria e casas de material reaproveitado como pedaços de madeira e telha. As residências costumam ser pequenas, com pouca iluminação e ventilação. É comum casas com somente uma porta e nenhuma janela. A população recebe energia elétrica e água por meio de ligações clandestinas e o esgoto corre ao céu aberto.

A área Verde da ESF foi estabelecida a começar da favela “das Tintas Wanda”. Esta comunidade tem esse nome porque cresceu ao redor da indústria que, anteriormente, era assim denominada. Na “área de risco” da equipe Vermelha, denominada “Miolo”, a da área Azul, conhecida como “favela do Cambará”, e na da área Rosa, a “Vila Operária”, a população residente vive, com poucas singularidades, as mesmas condições de moradia da área Laranja e Amarela descritas anteriormente.

Todas as “áreas de risco” apresentam população com baixa escolaridade, alto índice de desemprego, reduzida renda familiar, residências com grande número de moradores, diversificação nos tipos de constituições familiares e o rotineiro uso de drogas entre os moradores, principalmente a maconha e o *crack*. Além das drogas ilícitas, o consumo de bebida alcoólica também é elevado nesta comunidade.

Outra característica da região é o significativo índice de violência e o grande número de “bocas” (locais onde se vende droga – cocaína, maconha e *crack*). Há diversos moradores, em especial, homens jovens, foragidos da justiça e envolvidos em ações ilegais, em especial, as relacionadas ao tráfico de drogas. Por outro lado, há os familiares desses criminosos que sofrem com a situação do ente e temem pela sua vida e o risco de prisão. Além disso, os atos criminosos trazem consequências desagradáveis para a população ali residente, como a frequente 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” aos moradores da região.

Para conseguir o silêncio da comunidade, além do uso da violência, os criminosos obtêm respeito “ajudando” a comunidade quando necessário, como no fornecimento de comida e remédios quando os moradores solicitam. Além disso, todo ano organizam uma festa no dia das crianças com “show”, distribuição de brinquedos, doces e refrigerantes a todas as crianças que comparecerem.

Esta situação repercute em descrença da população nos órgãos públicos responsáveis por zelar pela segurança da população.

Também considera-se importante discorrer sobre os tipos de famílias encontradas na região, visto que isso traz grandes repercussões para a vida dessas pessoas. Na região há desde residências onde moram famílias pequenas e nucleares (pai, mãe e filhos) até residências em que três gerações da mesma família vivem sob o mesmo teto. Assim como casas ocupadas por pessoas com diversos vínculos de parentesco. Os moradores mais antigos e mais velhos, quando residentes com filhos e netos, geralmente são os donos da casa. Muitas vezes, dividem o espaço com os filhos já adultos, casados e com filhos, além de outros familiares, como genros, noras, entre outros. Há cadastro de famílias compostas por até 18 pessoas, compartilhando um pequeno espaço. A situação ocorre, sobretudo, pela dificuldade de as gerações mais jovens conseguir moradia e renda próprios, sendo que, além da casa, muitas famílias também dependem,

financeiramente, dos idosos, visto que sua aposentadoria é com frequência a principal, ou até mesmo, a única fonte de renda da casa.

Em relação às mulheres com 50 anos de idade ou mais, residentes na região, pode-se desenhar um quadro geral. A maioria não está inserida no mercado de trabalho, sendo a renda proveniente da aposentadoria, licença saúde pelo Instituto Nacional da Seguridade Social ou pensão. As poucas que relatam alguma atividade lucrativa citam trabalhos mal remunerados e que não exigem qualificação, como babá, diarista, empregada doméstica, ajudante de cozinha, ajudante de serviços gerais, entre outros. A escolaridade referida é baixa, sendo difícil encontrar alguma com mais de oito anos de estudo, e o índice de não letramento é muito alto. A maioria tem contato próximo com a família e muitas são responsáveis pelo cuidado dos netos enquanto os pais trabalham.

Em relação à situação conjugal, o cenário é diversificado, há mulheres casadas com o mesmo parceiro há décadas, outras vivenciam o segundo ou terceiro relacionamento estável de suas vidas e também há muitas viúvas, mulheres separadas, sendo que algumas já iniciaram, em algum momento, um novo relacionamento.

4.2.1.3 Vulnerabilidade programática

O Bairro conta com alguns equipamentos sociais. Há duas creches municipais, uma creche mantida por uma associação, uma escola municipal de educação infantil, uma escola municipal de ensino fundamental e uma escola estadual de ensino médio.

Um dos principais equipamentos sociais da região é uma instituição denominada “Educandário Dom Duarte”. Neste local há escolas, creches, uma extensa área de lazer com piscina e são oferecidos diversos cursos profissionalizantes. Há um projeto chamado “Religar” que auxilia a comunidade em diversos campos, como obtenção de documentos, atendimento psicológico e serviço social. Esta Instituição é uma grande

parceira da ESF Jardim São Jorge para o atendimento das necessidades da população local. No entanto, apesar do grande número de vagas e atendimentos disponibilizados à comunidade, a demanda não consegue ser totalmente absorvida.

A região também conta com uma Sociedade Espírita denominada “Bom Caminho”, que desenvolve uma gama de ações sociais, como o fornecimento de cestas básicas, móveis, refeições gratuitas e atendimento psicológico aos moradores da região.

Há uma Organização Não-Governamental (ONG) denominada “Projeto Tesourinha” que oferece cursos profissionalizantes gratuitos de cabeleireiro e manicure à população residente no bairro. Também há uma associação que distribui leite em pó gratuitamente às famílias com crianças, com baixa renda familiar e cadastradas na instituição.

Em relação aos serviços de saúde, há somente a UBS Jardim São Jorge que disponibiliza, como citado anteriormente, três modelos de atendimento e, um pouco mais distante, a AMA do Jardim Paulo XI. Diante de emergências, há um pronto socorro municipal próximo à Rodovia Raposo Tavares, cerca de cinco quilômetros de distância do Bairro. Este serviço é procurado pela população somente quando não consegue ir a outro lugar devido à precariedade do atendimento prestado.

Apesar da UBS Jardim São Jorge ser a mais próxima para os moradores do Bairro, para os residentes em algumas regiões este se encontra longe e de difícil percurso. Um exemplo são os moradores do “Miolo”, região atendida pela ESF mais distante da UBS, isso dificulta o acesso da população ao serviço de saúde, em especial, para as pessoas com deficiência física e as idosas, visto que no caminho entre esta região e a UBS é necessário percorrer uma subida íngreme de aproximadamente 500 metros.

Em relação à temática da epidemia de HIV/aids, nesta região não há qualquer tipo de intervenção que seja realizada continuamente. O tema é tratado com frequência, mas não de maneira sistematizada, pelos profissionais da ESF, durante seus atendimentos. Algumas vezes há oferta de informações em grupos compostos por adultos que, a princípio,

procuraram o serviço por outro motivo, como, por exemplo, para receber resultado do exame de citologia oncológica.

A descrição de um cenário com tantas adversidades, unido ao reconhecimento da abrangência do conceito de vulnerabilidade, a princípio, traz a ideia de que o uso deste constructo é utópico, impossível de ser empregado. Para contornar este efeito, denominado por Ayres *et al.* (2008), como “ampliação paralisante”, sugere-se que o quadro da vulnerabilidade deve ser considerado menos como um modelo de intervenção e mais como uma forma de raciocínio sistemático que prepara para a ação, mas que não pretende controlá-la integralmente. Dessa maneira, talvez seja possível usar produtivamente o caráter complexo e abrangente das análises de vulnerabilidade.

4.3 AMOSTRA

O tamanho da amostra foi estimado com base em Lwanga e Lemeshow (1991) a fim de detectar uma diferença mínima de 25% na proporção das perguntas respondidas corretamente entre os dois grupos (Controle e Intervenção). Para tanto, considerou-se um erro alfa de 5% e um poder de teste de 80% entre duas amostras independentes com proporção 2:1 respectivamente. Dessa forma, o número necessário de mulheres a serem entrevistadas foi estimado em 95 para o Grupo Controle – GC (mulheres que não participaram do jogo educativo) e 48 para o Grupo Intervenção – GI (mulheres que participaram do jogo educativo).

Para participar da pesquisa foram considerados os critérios de inclusão descritos a seguir:

- mulher com idade igual ou superior a 50 anos;
- ser moradora da área de abrangências da ESF da UBS Jardim São Jorge;
- estar cadastrada na ESF;

- concordar em participar da pesquisa.

O único critério de exclusão foi a presença de comprometimento cognitivo. Estabeleceu-se que, em caso de dúvida sobre a condição cognitiva da mulher, a pesquisadora, antes de incluí-la na pesquisa, realizava um teste utilizado, rotineiramente, pelos profissionais do serviço, com o intuito de avaliar a capacidade cognitiva dos pacientes atendidos. Trata-se do “mini exame do estado mental” (ANEXO A), elaborado por Folstein, Folstein, McHugh (1975), que tem como vantagens a rápida (entre cinco e dez minutos) e fácil aplicação (Brasil, 2006a).

Foram agendados 14 grupos, contudo, somente oito foram realizados. Deixaram de ser conduzidos seis grupos pelo fato de não ter comparecido o número mínimo de mulheres necessário para compô-los (mínimo de quatro mulheres). Cada grupo contou com a participação de quatro a 11 mulheres. No total, 50 mulheres participaram dos grupos educativos (GI) e responderam ao Instrumento II (APÊNDICE 2), logo após a intervenção (Momento I – M-I), e 49 mulheres foram entrevistadas novamente após o período entre um a dois meses da participação no grupo educativo (Momento II – M-II). Em relação às mulheres que somente participaram da entrevista (GC), foram totalizadas 95 participantes, respondendo ao Instrumento II (APÊNDICE 2) nos dois momentos distintos (M-I e M-II).

O reduzido número de mulheres que compareceram nos grupos educativos, comparado ao número de convidadas, despertou a necessidade de refletir sobre tal dificuldade. Estudo qualitativo realizado em Crato-CE, no ano de 2005, buscou compreender a concepção e a atuação de equipes da ESF em educação em saúde, assim como a participação do usuário. Constatou-se que os profissionais entrevistados, apesar de valorizarem tais ações, sentiam dificuldade em conseguir a adesão da população em grupos educativos. O mesmo conceito positivo foi atribuído pelos usuários entrevistados. Estes consideravam esses momentos propícios para o esclarecimento de dúvidas e o aprendizado de novas informações (Machado, Vieira, 2009).

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de junho a novembro de 2010, por meio de entrevistas individuais, realizadas em dois momentos com mulheres distribuídas em dois grupos. O primeiro, constituído por mulheres que não participaram da intervenção (GC), e o segundo, por mulheres que participaram da intervenção (GI).

Durante os grupos educativos, também houve coleta de dados por meio da gravação de imagem e som, mediante o conhecimento e autorização das mulheres participantes. Os dados coletados por este procedimento estão apresentados mais adiante.

4.4.1 Procedimentos

Para se obter o controle das características dos sujeitos de pesquisa, empregou-se amostra de conveniência, segundo os seguintes passos.

A identificação das mulheres que atendiam aos critérios de inclusão foi realizada pelas etapas descritas a seguir:

- Identificação das mulheres, realizada por meio do SIAB, que fornece o número exato de mulheres cadastradas na ESF, moradoras em cada microárea e com idade igual ou superior a 50 anos. Estes dados foram acessados pela pesquisadora na própria UBS. Também foi utilizada a Ficha de Cadastro Familiar (Ficha A) das equipes da ESF, que contém o nome e o endereço de todas as famílias/pessoas cadastradas. Estas fichas ficam em poder das equipes de saúde, em especial, dos ACSs. Então, para acessar os seus dados foi indispensável a cooperação dos profissionais em disponibilizar estes documentos.

- Construção de seis listas, uma para cada equipe da ESF, contendo os nomes dos possíveis sujeitos de pesquisa, em ordem alfabética.
- Após a construção das listas de mulheres com 50 anos ou mais, moradoras na região previamente determinada, foi realizada uma breve reunião com os ACSs para verificar quais mulheres de cada microárea atendiam aos critérios de inclusão para participar da pesquisa. Após determinar, aleatoriamente, quais seriam entrevistadas, os ACSs agendaram com as mulheres selecionadas o dia e o horário para o entrevistador realizar a coleta dos dados com aquelas que comporiam o Grupo Controle. O agendamento ocorria com antecedência de um a sete dias. No dia agendado, o entrevistador, na companhia do ACS, ia até a residência da mulher. Vale ressaltar que a presença do ACS foi fundamental para a coleta de dados, visto que várias residências localizavam-se em favelas, com vielas mal identificadas e casas sem numeração. Além disso, a apresentação do entrevistador pelo ACS transmitia segurança para a participante.

As mulheres alocadas no GC não participaram da intervenção, mas responderam ao Instrumento I (APÊNDICE 1) e ao Instrumento II (APÊNDICE 2), este em dois momentos, com intervalo de um a dois meses (M-I e M-II).

O convite às mulheres para a participação na intervenção foi feita da maneira descrita a seguir.

Inicialmente os ACSs receberam orientações sobre a pesquisa, o jogo educativo e os critérios para a inclusão e exclusão das mulheres. Em seguida, receberam uma cópia da lista com os nomes das mulheres com mais de 50 anos de sua microárea e foram orientados a realizar os convites para o grupo. Para isso, foram passados para cada equipe os dias e horários em que seria conduzido o jogo para as mulheres residentes em sua área de abrangência. Também foram confeccionados convites individuais com a data e horário para serem entregues às mulheres convidadas. Ainda que a

estratégia determine o máximo de 15 participantes em cada grupo, a experiência profissional mostrou que é baixa a adesão nos grupos educativos. Dessa forma, inicialmente, para cada grupo agendado, foi solicitado a três ACSs que cada uma convidasse dez mulheres, totalizando o convite de 30 mulheres para cada grupo agendado. Após os cinco primeiros grupos agendados, percebeu-se que a frequência estava muito aquém do esperado, então, para cada grupo agendado passou-se a solicitar para seis ACSs que convidassem dez mulheres, cada uma, totalizando, a partir de então, o convite de 60 mulheres para cada grupo agendado. Mesmo utilizando esta estratégia, o grupo que contou com o maior número de participantes foi conduzido com 11 mulheres.

4.4.1. 1 Aplicação e descrição do instrumento

O Instrumento I (APÊNDICE 1), citado anteriormente, foi elaborado com base em dados de pesquisas realizadas sobre o mesmo tema, em especial, de Lima (2006) e de Praça, Barbosa (2007).

O Instrumento II (APÊNDICE 2), utilizado em pesquisa de Praça, Souza, Rodrigues (2010), com a mesma população deste estudo, sofreu avaliação de seu conteúdo e aplicabilidade que geraram modificações.

O preenchimento dos instrumentos foi feito pela pesquisadora e por três alunas do curso de graduação em Enfermagem. Os envolvidos receberam da pesquisadora treinamento para o correto preenchimento dos instrumentos de coleta de dados.

As mulheres que participaram da intervenção (GI), logo após o grupo educativo (M-I), responderam aos Instrumentos I e II de coleta de dados (APÊNDICES 1 e 2). E para a avaliação da efetividade da ação educativa, o Instrumento II foi aplicado novamente após um período de um a dois meses, após a intervenção (M-II).

4.4.2 Coleta de dados pós-intervenção

Para as participantes de ambos os grupos, GI e GC, foi estabelecido que após o mínimo de um mês do preenchimento do Instrumento II (APÊNDICE 2), seria aplicado, novamente, o mesmo instrumento (M-II). Também preenchido pela pesquisadora ou aluno treinado, em encontro individual, na UBS ou na casa da informante.

A aplicação do instrumento em dois momentos teve o objetivo de verificar se as informações transmitidas foram incorporadas por essas mulheres imediatamente após a intervenção e se permaneceram após um período transcorrido.

Os dados foram analisados, segundo metodologia descrita a seguir.

5 TRATAMENTO DOS DADOS

5.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise dos dados coletados por meio da aplicação do Instrumento II (APÊNDICE 2), no M-I e M-II, foi utilizado o Programa “SAS System for Windows Version 9.0”.

Com o uso deste programa, foram feitas as seguintes análises:

- análise estatística comparativa entre os dados coletados do GC e do GI no M-I;
- análise estatística comparativa entre os dados coletados do GC e do GI no M-II;
- análise estatística comparativa dos dados coletados do GC no M-I e M-II;
- análise estatística comparativa dos dados coletados do GI no M-I e M-II.

Para isso, foram empregados os testes descritos abaixo.

5.1.1 Metodologia para teste de Qui-quadrado

Para o estudo das diferenças foi utilizado o teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas. O teste Qui-quadrado de Pearson baseia-se nas diferenças entre valores observados e esperados, avaliando se as proporções em cada grupo podem ser consideradas semelhantes ou não, ou seja, este teste verifica a independência dos grupos (Controle e Intervenção) em relação às variáveis categóricas (Dawson, Trapp, 2004).

Nas situações, nas quais as frequências esperadas foram menores que dois ou que mais que 10% destas fossem menores que cinco, ou seja, quando as frequências esperadas eram muito pequenas, o valor da

estatística para o teste de Qui-quadrado foi obtido mediante simulação de Monte Carlo conforme descrito por Peat e Barton (2005).

5.1.2 Metodologia para teste-*t* de *Student*

Para comparação dos GC e GI nos dois momentos foi utilizado o Teste *t* de *Student*. O uso desse teste se justifica à medida que, tendo cada uma das amostras mais de 30 dados, com base no Teorema do Limite Central, pode-se afirmar que sob essas condições, mesmo que a população não seja considerada normal, a sua distribuição amostral é normalmente distribuída (Dawson, Trapp, 2003). Nas situações, nas quais as variâncias se apresentaram significativamente diferentes os graus de liberdade para a estimativa da estatística de *t* foram obtidos mediante aproximação de Satterthwaitte, conforme McDonald (2009).

Para comparação de cada um dos grupos entre os dois momentos, foi utilizado o teste *t* de *Student* para medidas pareadas, conforme procedimento descrito por Dawson, Trapp (2003).

Para todos os testes aplicados os resultados foram considerados significativos quando o valor de *p* foi menor que 0,05.

Além dos testes estatísticos citados, também, foi utilizada a estatística descritiva, com o cálculo de frequências absolutas, relativas e médias.

Já os dados coletados, durante as atividades educativas, foram tratados utilizando-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Para isso, as gravações feitas em vídeo e áudio foram transcritas na íntegra. Em seguida, foi empregado o método do DSC para as discussões levantadas para cada uma das 27 cartelas utilizadas na dinâmica realizada com cada grupo.

5.2 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

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; Duarte, Mamede, Andrade, 2009).

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).

Para Duarte, Mamede e Andrade (2009) o DSC, como método sistemático de tratamento de dados, permite maior objetividade e confiabilidade no processo interpretativo de dados qualitativos.

O DSC consiste em analisar o material verbal coletado, extraindo-se das fontes as ideias centrais (IC) e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chave (ECH); compando com as expressões-chave das ideias 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, produzindo no leitor um efeito de “coletividade falando” (Lefèvre, Lefèvre, 2003; Lefèvre, Lefèvre, Marques, 2009).

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

- *Expressões-Chave*: são pedaços, trechos ou transcrições literais do relato do informante que revelam a essência de seu conteúdo discursivo. São consideradas a matéria-prima dos DSCs.
- *Ideia Central*: é um nome ou expressão linguística que descreve de maneira objetiva o sentido de cada ECH dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH.
- *Discurso do Sujeito Coletivo*: formado pelo conjunto de IC similares, tem como função a individualização de um dado discurso. As ECHs que o compõem mostram suas especificidades, o que permite distingui-lo de outros discursos.

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

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

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

A tarefa seguinte constituiu-se em agrupar por similaridade as ICs obtidas de cada relato sobre cada cartela do jogo educativo, acompanhadas pelas ECHs correspondentes.

O próximo passo foi reunir as ICs semelhantes obtidas dentre todos os relatos referentes a mesma ao conteúdo da mesma cartela do jogo educativo e, em seguida, construir cada DSC elaborado com as ECHs, correspondentes às ICs agrupadas anteriormente.

Dessa forma, obtiveram-se os discursos narrados na primeira pessoa do singular, com conteúdo em sequência lógica e que representam o pensamento coletivo das mulheres do GI.

6 PRÉ-TESTE

Com o intuito de avaliar a estratégia traçada para a realização deste estudo, foi realizado um pré-teste em março de 2010.

Esta etapa da pesquisa foi realizada com mulheres com idade igual ou superior a 50 anos e atendidas pela ESF da UBS Jardim Boa Vista. Este serviço está localizado próximo à UBS Jardim São Jorge, mas não consta de sua área de abrangência.

Foi aplicado o jogo educativo para um grupo de quatro mulheres que atendiam aos critérios de inclusão e critérios de exclusão citados anteriormente. Em seguida, foram aplicados os instrumentos de coleta de dados (APÊNDICES 1 e 2).

Esta etapa da pesquisa possibilitou identificar que o jogo inicial continha um número excessivo de cartas, resultando em uma atividade muito extensa (1 hora e 40 minutos). Além disso, foi possível confirmar que o estabelecimento de uma ordem para a discussão dos temas facilitou a condução da atividade. Estratégia sugerida por uma das avaliadoras das frases do jogo.

Após a intervenção, ao reler criticamente todas as frases das cartelas, percebeu-se que alguns conteúdos se repetiam. Além disso, algumas frases abordavam aspectos muito específicos da infecção, que não atendiam ao objetivo do jogo. Dessa forma, o número de cartelas foi reduzido de 34 para 27 cartelas.

7 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Respeitando a Resolução n.º 196, de 10 de novembro de 1996 (Brasil, 1996), antes do início da pesquisa, este projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo sob o número: 206/09 CEP/SMS (Comitê de Ética em Pesquisa/Secretaria Municipal da Saúde)

Além disso, só participaram da pesquisa as mulheres que concordaram e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES 3 e 4). Assim como as participantes do pré-teste.

Além disso, a direção da UBS, campo do estudo, autorizou a coleta de dados.

8 JOGO EDUCATIVO

Esta fase da estratégia consistiu em uma intervenção calcada na percepção de vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV. A escolha deste tema está baseada nos resultados de pesquisas que apontam a percepção de vulnerabilidade como um fator determinante para a adoção ou não de atitudes preventivas diante da epidemia de HIV/aids.

A intervenção consistiu na participação, em grupo de mulheres, sujeitos da pesquisa. Nesta atividade, foram abordados os seguintes temas: informação sobre HIV/aids, questões de gênero, de sexualidade após a idade reprodutiva e relação intergerações.

As atividades desenvolvidas resultaram em oportunidades férteis para a construção de reflexões valiosas sobre a temática proposta.

Foi empregado um jogo educativo sobre HIV/aids criado com base nas recomendações de Stefanelli (1993), que desenvolveu um jogo para o ensino da comunicação enfermeiro-paciente para ser usado no curso de graduação em enfermagem.

A mesma autora adaptou e validou o jogo educativo citado, para ser usado na prevenção da aids, junto a uma população adulta, frequentadora dos Centros de Saúde da Rede Básica de Saúde da cidade de Belo Horizonte – MG. Na ocasião, a aplicação dessa estratégia educativa se mostrou uma abordagem diferente e estimulante. Além disso, propiciou a discussão espontânea sobre o tema entre os participantes e a expressão das dúvidas e de suas inseguranças (Stefanelli, Cadete, Aranha, 1998).

Esta atividade teve o objetivo de propiciar a participação ativa de todos os envolvidos e permitir a discussão e reflexão, apontando, dessa maneira, a efetividade ou não da intervenção proposta.

8.1 DESCRIÇÃO DO JOGO

Foram criadas cartelas com mensagens afirmativas, únicas e verdadeiras sobre o tema HIV/aids, em linguagem coloquial para facilitar a compreensão pelas participantes. O número de cartelas do jogo foi estabelecido após o levantamento dos aspectos do HIV/aids que se pretendia abordar na atividade.

As mensagens foram elaboradas com base no jogo validado para adultos (citado anteriormente), mas calcado nos resultados de outro estudo (Lima, 2006) que, conforme já citado, se constituiu em estudo qualitativo realizado com mulheres da mesma comunidade, campo deste estudo, com abordagem sobre a percepção e as ações diante do HIV/aids. Assim como, nos resultados de outras pesquisas realizadas com grupos semelhantes, da mesma faixa etária, também do município de São Paulo (Praça, Barbosa, 2007; Uehara, 2008⁴; Praça, Souza, Rodrigues, 2010).

Além disso, após a criação das frases para o jogo educativo, foi realizada a avaliação de seu conteúdo, em relação à sua adequação e relevância, considerando o objetivo da intervenção e a população a que se destinava. Também foram solicitadas sugestões de mudanças, acréscimos ou exclusões de frases. Dessa forma, participaram da avaliação: quatro ACSs de uma das equipes da ESF da UBS Jardim São Jorge (todas com mais de três anos de experiência profissional), uma enfermeira da ESF (com experiência de 6 anos na estratégia e mestrado em enfermagem na área de concentração em Saúde Coletiva), uma auxiliar de enfermagem da ESF (na ocasião, com 3 anos de experiência profissional na área), uma especialista na área (enfermeira, doutora em enfermagem na área de concentração “Enfermagem obstétrica e neonatal”, e que tem realizado pesquisas sobre o envolvimento da população feminina na epidemia de HIV/aids). Esta estratégia proporcionou o aprimoramento do conteúdo do jogo educativo, resultando no enriquecimento da atividade, ao mesmo tempo que possibilitou o envolvimento dos profissionais e a percepção da valorização de seus conhecimentos, principalmente pelos ACSs.

⁴ Uehara J. Jogo educativo sobre HIV/aids para mulheres idosas [relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

O planejamento e a realização desta fase da pesquisa seguiram os princípios da avaliação participativa, metodologia escolhida para a presente pesquisa.

8.2 AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA

Cabe esclarecer que a opção pela avaliação participativa foi calcada no reconhecimento da importância de todos os envolvidos em o todo trajeto da pesquisa.

Em contraposição ao modelo positivista, surgiu o conceito de avaliação emergente, que começou a ser difundido na área da saúde, nos países latino-americanos e Península Ibérica a partir da década de 1990. Para esse tipo de avaliação foram surgindo diferentes denominações e abordagens, neste trabalho será empregado o termo *avaliação participativa* (Mercado *et al.*, 2006).

A avaliação participativa consiste no reconhecimento da importância de envolver, além dos especialistas ou profissionais, todos os atores ou *stakeholders*⁵ e grupos sociais na prática da avaliação das ações de saúde, reconhecendo seus pontos de vista, os valores, as experiências e as práticas. Esta proposta é oposta à avaliação tradicional que tem como interesse a mediação do impacto, do desempenho ou dos resultados dos programas, priorizando o olhar do especialista ou profissional (Mercado *et al.*, 2006).

A inclusão de diferentes participantes do programa no processo de avaliação traz como ganhos a estimulação do senso de propriedade, responsabilidade, motivação e, no longo prazo, possibilita a sustentabilidade do projeto (Mercado *et al.*, 2006).

Retomando a apresentação do jogo educativo, ressalta-se que as mensagens abordaram temas sobre:

⁵ Indivíduos afetados ou envolvidos em um processo de intervenção (Cordoní Júnior, 2005).

- Vias de transmissão do HIV.
- Medidas preventivas para a infecção pelo HIV.
- Definição de aids e HIV.
- Educação dos familiares sobre HIV/AIDS.
- Cotidiano da pessoa infectada pelo HIV.
- Mitos e crenças sobre infectados ou pessoas em risco de infecção pelo HIV.

Vale destacar que a participação de pessoas envolvidas na intervenção para a avaliação das mensagens contidas nas cartelas é uma recomendação da avaliação participativa.

Após o pré-teste, foram consideradas 27 cartelas para o jogo educativo, divididas em quatro grupos identificados por cores: azul, verde, amarela e bege. Cada grupo de cartelas focava temas específicos, sugestão dada pela especialista na área durante a avaliação das fases propostas para o jogo. Tal estratégia teve o objetivo de direcionar a discussão durante a sua aplicação.

Dessa forma, definiram-se as frases apresentadas no APÊNDICE 5.

8.3 APLICAÇÃO DO JOGO

O jogo foi realizado na própria UBS, sob coordenação da pesquisadora que assumiu o papel de facilitadora das atividades propostas. Tentou-se realizar o jogo educativo em espaços na comunidade, mas no momento da coleta de dados nenhum espaço, que rotineiramente é utilizado pelos profissionais da ESF, estava disponível.

Seguindo as orientações de Stefanelli (1993), cada grupo poderia ser constituído, no mínimo, por quatro e no máximo, sete mulheres, e o tempo de duração do jogo não deveria ultrapassar duas horas. Ainda que exposto em publicações, a autora citada, atualmente, concorda que o grupo seja formado por até 15 pessoas, sem acarretar prejuízo à estratégia.

O número de grupos realizados foi determinado pelo total de mulheres definido para a amostra. Esse dado foi definido com o auxílio de um estatístico.

Antes de iniciar o jogo, já com a reunião das potenciais participantes, a pesquisadora/facilitadora prestava esclarecimentos sobre a pesquisa, como a necessidade da realização da gravação áudio-visual e sobre a entrevista que deveria ser realizada logo após a intervenção e outra entrevista após um período de um a dois meses. Em seguida, era explicado o jogo educativo. Após a aceitação em participar da pesquisa, era solicitada a assinatura do TCLE (APÊNDICE 3).

Para iniciar a atividade, era solicitado que as mulheres se apresentassem. Em alguns grupos era falado somente o nome, em outros as mulheres falavam um pouco de suas vidas, como a idade, situação conjugal e número de filhos e de netos.

Em seguida, as mulheres eram divididas em grupos menores (duas a quatro mulheres) e era feita a escolha da líder do grupo pelos próprios integrantes. Como é conhecida a alta frequência de não letramento dessa população, a líder de cada grupo era alfabetizada para que pudesse ajudar as outras mulheres na leitura das mensagens. Entretanto, em alguns grupos, não existia nenhuma mulher que pudesse ler as frases. Nesses casos, a leitura era feita pela pesquisadora ou por estudante de enfermagem que estivesse acompanhando o jogo.

Posteriormente, eram distribuídas as cartelas de maneira aleatória para os grupos, mas de forma que todos ficassem com o mesmo número de cartelas de cada cor. As que sobravam ficavam com a pesquisadora.

Com as cartelas distribuídas, a pesquisadora orientava que, inicialmente, deveriam ser lidas as cartelas azuis, em seguida as cartelas verdes, as amarelas e por fim, as beges. Em seguida, iniciava-se o jogo: a mulher representante do seu grupo realizava a leitura da mensagem de uma de suas cartelas e as integrantes do grupo eram incentivadas a comentar sobre seu conteúdo, posteriormente, as outras mulheres eram estimuladas a apresentar suas ideias sobre a mensagem exposta. A rodada era concluída quando não mais restassem cartelas com as mulheres.

No final, as cartas que restavam da distribuição, realizada no início da atividade, eram lidas pela pesquisadora/facilitadora que, novamente, incentivava comentários do grupo.

Após o término da atividade (M-I), eram aplicados os Instrumentos I e II (APÊNDICES 1 e 2). Caso não fosse possível para a mulher realizar esse procedimento, naquele momento, estabeleceu-se que seria agendado novo encontro, para o preenchimento dos instrumentos. Somente um grupo não concluiu a atividade, houve, portanto, a necessidade de entrevistar quatro mulheres no dia seguinte, em suas residências.

Para garantir adequada coleta de dados, foi feita a filmagem em vídeo e a gravação do som com uso de gravador portátil, durante todas as atividades. Em respeito a Resolução n.º 196 de 10 de novembro de 1996 (Brasil, 1996), há a citação deste procedimento no TCLE (APÊNDICE 3).

É importante dizer que cada encontro contava com a coordenação da pesquisadora, podendo também contar com a presença de uma aluna do curso de enfermagem com a função de observação da dinâmica e de apoio da coordenação.

9 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, serão apresentados os dados coletados por meio do Instrumento I (APÊNDICE 1), constituído por questões sobre aspectos sociodemográficos, vida sexual, constituição familiar e outras perguntas pertinentes ao objetivo do estudo.

9.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Os dados coletados por meio do Instrumento I (APÊNDICE 1) estão apresentados na Tabela 1. Em seguida, estão descritos os dados complementares, também coletados pelo emprego do Instrumento I e a discussão dos achados.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra, segundo os Grupos de Intervenção e o de Controle. São Paulo, 2011.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		VALOR DE <i>p</i>
	n	%	n	%	
FAIXAS ETÁRIAS					
50 a 59 anos	38	40,00	20	40,00	0.999
60 a 69 anos	36	37,89	19	38,00	
70 anos ou mais	21	22,11	11	22,00	
ESCOLARIDADE					
analfabeta	18	18,95	15	30,00	0.125
1. ^a a 4. ^a série	46	48,42	29	58,00	
5. ^a a 8. ^a série	19	20,00	3	6,00	
ensino médio incompleto	3	3,16	1	2,00	
ensino médio completo	8	8,42	2	4,00	
superior incompleto	-	-	-	-	
superior completo	1	1,05	-	-	

Continua

Continuação

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		VALOR DE <i>p</i>
	n	%	n	%	
ESTADO CIVIL					
casada	45	47,37	17	34,00	0.110
solteira	2	2,11	-	-	
viúva	25	26,32	12	24,00	
desquitada/separada	23	24,21	21	42,00	
NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS NA VIDA					
nenhum	-	-	1	2,00	0.102
somente 1	57	60,00	20	40,00	
somente 2	18	18,95	13	26,00	
de 3 a 5	12	12,63	8	16,00	
mais de 5	7	7,37	8	16,00	
RELAÇÃO SEXUAL NO ÚLTIMO ANO					
sim	39	41,05	16	32,00	0.286
não	56	58,95	34	68,00	
NAMORADO/ PARCEIRO ATUALMENTE					
sim	51	53,68	18	36,00	0.043
não	44	46,32	32	64,00	
USO DA CAMININHA					
nunca	56	58,95	29	58,00	0.727
algumas vezes	32	33,68	16	32,00	
todas as relações sexuais	6	6,32	5	10,00	
RENDA PER CAPITA					
até ¼ salário mínimo	25	26,32	7	14,00	0.117
entre ¼ e ½ salário mínimo	21	22,11	17	34,00	
entre ½ e um salário mínimo	27	28,42	13	26,00	
entre 1 e 2 salários mínimos	7	7,37	1	2,00	
sem renda	1	1,05	2	4,00	
não sabe a renda	14	14,74	10	20,00	
OCUPAÇÃO					
do lar	29	30,53	16	32,00	0.194
trabalho voluntário	-	-	-	-	
trabalho remunerado	22	23,16	7	14,00	
aposentada	34	35,79	25	50,00	
pensionista	10	10,53	2	4,00	
RELIGIÃO					
católica	51	53,68	27	54,00	0.706
evangélica	38	40,00	22	44,00	
espírita	3	3,16	1	2,00	
outras	3	3,16	-	-	
REALIZAÇÃO DE TESTE ANTI-HIV					
sim	22	23,16	23	46,00	0.005
não	73	76,84	27	54,00	

Conclusão

9.1.1 Idade

Complementando os dados da Tabela 1, verificou-se que a média de idade das mulheres integrantes do GC foi de 62,74 anos. Para as mulheres que participaram da intervenção, a média de idade foi de 62,46 anos. Achados que identificaram a similaridade entre os componentes de ambos os grupos

9.1 2 Escolaridade

Os dados coletados evidenciam que o grupo de mulheres que participou da pesquisa apresenta baixa escolaridade.

Também foi entrevistada uma mulher (GC) que nunca frequentou a escola, mas que é autodidata. Interessante citar que teve como motivação a vontade de poder ler a Bíblia. Esta informação é um dos vários dados apresentados ao longo deste trabalho, que evidenciam a importância da religião no cotidiano do grupo estudado.

A reduzida escolaridade das mulheres que participaram da pesquisa está em consonância com a escolaridade da população feminina brasileira com idade igual ou superior a 50 anos. Este dado é comprovado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2009. Na Região Sudeste do país, as mulheres com idade entre 50 e 59 anos têm em média 6,9 anos de estudo; já as mulheres com 60 anos ou mais têm em média 4,6 anos de estudo (Brasil, 2009a).

Os dados relacionados à escolaridade ganham relevância ao se considerar estudos que apontam esta variável como relacionada ao risco de infecção pelo HIV. Pesquisa realizada no Chile com 178 mulheres, com idade entre 15 e 63 anos, ao aplicar a “Escala de Vulnerabilidade ao HIV”, constatou que o grau de vulnerabilidade se apresentava inversamente proporcional aos anos de estudo (Morales, Barredas, 2008).

9.1.3 Renda familiar e renda *per capita*

A renda familiar encontrada durante as entrevistas comprova a baixa condição socioeconômica do grupo de mulheres participantes da pesquisa. Principalmente quando se analisa os dados referentes à renda *per capita*. Para isso, foi empregado o mesmo cálculo usado na PNAD de 2009: divisão do rendimento familiar mensal pelo número de componentes da família.

O cálculo da renda *per capita* foi feito com base no atual valor do salário mínimo nacional, de R\$ 510,00. A distribuição das mulheres segundo a renda, utilizou os mesmos critérios de classificação usados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No GC, 14 (14,74%) mulheres relataram desconhecer a renda familiar e uma informou que não tinha qualquer renda no momento da entrevista. Entre as que declararam a renda familiar, houve variação entre R\$ 100,00 e R\$ 4.000,00.

Entre as mulheres que participaram da intervenção, 20% relataram desconhecer a renda familiar, e duas (4%) disseram não ter nenhum tipo de renda no momento da coleta de dados. Considerando as mulheres que declararam a renda familiar, o valor variou entre R\$ 170,00 e R\$ 3.900,00.

Ao considerar os dados da PNAD de 2009, percebe-se que o grupo estudado tem renda *per capita* inferior à média da Região Sudeste do Brasil. Visto que 3,2% das famílias dessa região têm renda *per capita* de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo; 10,6% de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{2}$ salário mínimo, 25,1% de $\frac{1}{2}$ a um salário mínimo, 28,9% de um a dois salários mínimos, e 1,9% não possuem renda.

A importância destes dados reside no conhecimento da atual dinâmica da 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 (Farias, Cardoso, 2005).

9.1.4 Constituição familiar

A composição familiar das mulheres participantes da pesquisa não foi investigada; contudo, a partir do levantamento do número de adultos e de crianças (menores de 12 anos) que moravam na mesma residência, é possível tecer algumas considerações.

Entre as mulheres do GC, o número médio de pessoas na mesma casa foi de 3,75 residentes. Além disso, 31 (32,63%) referiram morar com alguma criança, sendo na maioria dos casos seus netos. Este dado evidencia a existência de lares constituídos por diferentes gerações de uma mesma família.

Já no GI, o número médio de pessoas residentes na mesma casa das mulheres participantes foi de 2,82 moradores. A existência de lares intergerações também foi sugerida entre as mulheres que participaram da intervenção, visto que 19 (38%) citaram coabitar com crianças.

Esta realidade tem uma série de causas. Há idosas que, por deficiência/debilidade física, voltam a morar com os filhos, principalmente se não possuem mais parceiro, em virtude de separação ou viuvez. Também há casos em que os filhos casam, têm filhos, mas continuam morando na mesma residência dos pais.

Este convívio entre diferentes gerações facilita a interação familiar, favorece a conversa entre os jovens e idosos e pode ser usada, positivamente, para a educação da população jovem sobre sexo seguro, se considerar a população idosa como multiplicadora de informações sobre cuidados à saúde dentro do ambiente familiar.

Vale citar que, segundo o PNAD de 2009, as residências familiares no estado de São Paulo são ocupadas, em média, por 3 pessoas.

9.1.5 Ocupação

A inserção no mercado de trabalho das mulheres entrevistadas é possivelmente reflexo da baixa escolaridade, citada anteriormente. Há predomínio de mulheres aposentadas e, entre as que citaram algum tipo de trabalho remunerado, a maioria das ocupações relatadas não exige formação especial, resultam em baixas remunerações, e também não vêm acompanhadas de registro profissional, mesmo porque, muitas trabalham como autônomas.

Entre as mulheres do GC que referiram trabalho remunerado, as principais atividades citadas foram: costureira, doméstica/diarista, comerciante e cuidadora de idoso. Já entre as mulheres do GI as atividades referidas foram: costureira, doméstica/diarista, cuidadora de criança e lavadeira. Para nenhuma das 59 (40,7%) mulheres aposentadas, foi questionada qual a ocupação anterior, mas analisando a renda familiar, pode-se inferir que as atividades anteriormente desenvolvidas também eram de baixa remuneração.

9.1.6 Religião

A religiosidade das mulheres entrevistadas foi evidenciada em vários momentos durante a pesquisa. Um dado relevante é que entre todas 145 mulheres entrevistadas, somente três negaram seguir uma religião.

A importância da religião no grupo estudado pôde ser averiguado durante a coleta de dados. Apesar de não ter sido feita a gravação das entrevistas, acredita-se que as observações feitas sobre este item podem ajudar a compreender melhor alguns aspectos investigados que serão apresentados adiante.

Durante as entrevistas, muitas mulheres alicerçavam as suas respostas em crenças religiosas, como o fato de acreditarem na cura da aids, segundo a vontade de Deus. Além disso, em diversos momentos

introduziam na entrevista citações bíblicas, como quando era citado o sexo entre homens.

Acredita-se que as informações do grupo sobre religião, justificam uma série de achados que serão tratados mais adiante, na descrição dos resultados obtidos por meio do jogo educativo.

Apesar da aparente relevância do assunto, ainda são escassos os estudos que investigam a interferência da religião na percepção da epidemia de HIV/aids e na adoção de comportamentos de risco. Ao realizar o levantamento da literatura sobre esta temática, percebe-se que tais estudos se concentram em países africanos. Dessa forma, pesquisa realizada em Malauí, com 1.157 mulheres cristãs, identificou que 40,2% acreditavam que a oração poderia proteger contra a infecção pelo HIV (Muula, 2010).

9.1.7 Situação marital

Em relação ao estado marital, vale esclarecer que foram agrupadas na categoria casada as mulheres que também viviam com os parceiros em união consensual.

O tempo de união entre as mulheres casadas, para o GC variou entre quatro e 55 anos, com média de 36,1 anos. Já entre as mulheres do GI, verificou-se tempo de união entre dez e 51 anos, sendo a média de 33,8 anos.

O tempo de viuvez/separação/divórcio das entrevistadas do GC variou entre seis meses a 40 anos, com média em 13,3 anos, enquanto que para as participantes do GI, a média de 15,02 anos, com mínimo de 10 meses e o máximo de 52 anos.

Interessante citar que no GI houve, proporcionalmente, maior participação de mulheres sem parceiro, quando comparado ao GC, situação discutida mais adiante.

A alta porcentagem de mulheres viúvas ou separadas ganha relevância ao considerar sua implicação. Jacobs, Thomlison (2009) apontam

que as mulheres que se encontram sem parceiro nesta fase de suas vidas, podem iniciar um novo relacionamento. Esta situação, associada ao reconhecimento de que esse segmento populacional usa com menor frequência o preservativo em suas relações sexuais, potencializa o risco de transmissão do HIV.

9.1.8 Vida sexual

Vale ressaltar que as 62 mulheres casadas moravam com o marido; contudo, nesse grupo, o relato de relação sexual no último ano foi feito por 55 mulheres. O questionário aplicado não investigava o motivo da ausência de vida sexual ativa entre as mulheres com parceiro, mesmo porque, este não era o objetivo do estudo. No entanto, durante a entrevista, muitas referiram que o parceiro sofria de disfunção erétil.

Este dado sugere que a continuidade da atividade sexual da mulher, provavelmente, esteja mais relacionada à presença de um parceiro sexualmente saudável, do que a aspectos próprios da mulher. Estudos que investigam a vida sexual da mulher fora do período reprodutivo podem elucidar melhor esta situação.

Em relação ao número de parceiros sexuais, observa-se que 53,1% das mulheres entrevistadas relataram ter tido somente um parceiro sexual na vida. Estudo realizado nos EUA com 572 mulheres, com idade entre 50 e 93 anos, também encontrou prevalência de comportamento monogâmico. Visto que 57,9% das entrevistadas alegaram ter tido somente um parceiro nos 12 meses que antecediam a pesquisa. Também encontrou o relato de ausência de vida sexual, no mesmo período, entre 29,2% das participantes, porcentagem menor ao encontro nesse estudo (62,1%) (Jacobs, Thomlison, 2009).

Entre as mulheres do GC, ainda que o preservativo masculino seja comercializado no Brasil há décadas, 58 (58,95%) mulheres referiram nunca

tê-lo utilizado. Entre as que negaram o seu uso, seis atribuíram ao fato de terem empregado outros métodos contraceptivos durante o período reprodutivo de suas vidas; 12 mulheres relataram que nunca pensaram em utilizá-lo e sete alegaram confiança na fidelidade do parceiro.

Entre as mulheres que usaram/usam o preservativo em algum momento (38 mulheres), seis (6,32%) relataram usar em todas as relações sexuais como método de prevenção à DST. Entre as 32 mulheres que relataram tê-lo utilizado algumas vezes, os motivos foram variados: contracepção por um período determinado, prevenção de doença sexualmente transmissível, durante o tratamento de doença ginecológica e durante o tratamento de lesões no pênis do parceiro.

No GI, o menor relato de atividade sexual, em comparação ao GC, provavelmente está relacionado à menor proporção de mulheres com parceiro no momento da coleta de dados.

Entre as mulheres do GI, os principais motivos apresentados para nunca terem usado o preservativo foram: falta de interesse, negação por parte do parceiro, não conhecia a sua existência quando iniciou a vida sexual e confiança na fidelidade do parceiro. Interessante citar que uma das mulheres contou que havia descoberto a existência do preservativo há menos de um ano; enquanto que para as mulheres que referiram uso esporádico do preservativo, os principais motivos foram: como método contraceptivo, por curiosidade, durante tratamento ginecológico e prevenção de DST. Vale ressaltar que mesmo quando o seu emprego teve o objetivo de prevenir DST, o uso não foi mantido de forma consistente. Além disso, durante a coleta de dados, houve mulheres que contaram que usaram o preservativo somente em momentos que desconfiaram ou, até mesmo confirmaram, a infidelidade do parceiro.

Assim como no GC, as seis (6,31%) mulheres que usavam/usam preservativo em toda relação tinham como motivo a prevenção de DST.

A problemática relacionada ao uso do preservativo é abordada em diversas pesquisas.

Estudo realizado nos EUA, com 541 pessoas portadoras do HIV, constatou que somente 68% faziam uso do preservativo em todas as relações sexuais (Önen *et al*, 2010).

9.1.9 Teste anti-HIV

Outro aspecto também abordado foi a realização do teste anti-HIV em algum momento na vida.

Como pode ser observado na Tabela 1, as mulheres pertencentes ao GI apresentaram maior frequência de relato da realização do teste anti-HIV, quando comparadas às mulheres do GC (p 0,0047). Pode-se inferir que a diferença encontrada ocorreu em virtude do Instrumento I ter sido aplicado para as mulheres do GI após a participação no jogo educativo. Isso porque, durante os jogos educativos o teste anti-HIV foi mencionado em diversos momentos, sendo esclarecido como é realizado e as suas indicações. Dessa forma, talvez algumas informações obtidas durante a intervenção tenham influenciado a resposta dada a esta pergunta. Pode-se, por exemplo, supor que ao descobrirem que o teste é solicitado durante o atendimento pré-natal, tenham concluído que em suas gestações o exame tenha sido realizado.

Ainda em relação ao teste anti-HIV, deve-se considerar a sua relação com a percepção de suscetibilidade. Orel *et al*. (2010), sugerem a utilização de argumentos afetivos para incentivar a testagem na população idosa, como a mensagem “seja um exemplo de vida”, se referindo aos familiares mais jovens, e “faça o teste por seus netos”. A sugestão dada pelos autores se baseia no fato de terem obtido como resultado de uma ação educativa sobre HIV/aids, voltada a pessoas com 50 anos ou mais, na qual entre outros temas, foi abordada a questão da realização do teste anti-HIV, a testagem de 25% dos participantes. Contudo, ressaltam que não há estudos que evidenciam o impacto de ações educativas sobre a decisão em realizar o teste anti-HIV.

Salienta-se que os relatos do uso do preservativo, durante tratamento de doença ginecológica e lesões no pênis do parceiro, sugerem história de DST no cotidiano do casal; contudo, tais acontecimentos não culminaram na adoção do uso do preservativo de forma consistente. Diversas hipóteses podem ser levantadas, como a não compreensão de que a doença do parceiro e/ou a própria infecção significavam traição conjugal, e possível exposição a outras DSTs, como a infecção pelo HIV; ou dificuldade em negociar com o parceiro a continuidade do uso do preservativo nas relações sexuais.

Tais informações mostram que, nos dois grupos, houve predomínio do comportamento monogâmico e frequência de relacionamentos duradouros. Como citado anteriormente, a média do tempo de casamento era longa, compatível com a ideia de união que se tinha na época que essas mulheres se casaram. Ou seja, cresceram e amadureceram em uma cultura na qual se valorizava a fidelidade feminina e que os laços matrimoniais eram feitos para durar “até que a morte os separe...”.

As características sociodemográficas das mulheres de ambos os Grupos não se mostraram significantes estatisticamente, com exceção da parceria atual e história de testagem para o HIV que indicaram associação. Ao se considerar que as mulheres do GI buscaram a atividade por interesse próprio, pode-se inferir que não ter parceria seria uma fonte motivadora dado às informações que trouxeram quando participaram do jogo educativo. Da mesma forma, embora sem significância estatística, ter mais de três parceiros sexuais ao longo da vida as teria motivado a participar dos grupos educativos.

Outro dado investigado relacionou-se às fontes de informação sobre HIV/aids das mulheres participantes dos dois grupos, sem limitação do número de respostas. Ou seja, a entrevistadora anotou todas as fontes citadas, que foram diversificadas.

No GC, a principal fonte de informação sobre HIV/aids foi a televisão, citada por 34 (35,79%) participantes, seguida pelos serviços de saúde, conversas informais com conhecidos (ambos citados por seis mulheres –

6,32%) e por meio de conhecidos infectados pelo HIV (citado por quatro mulheres – 4,21%).

Outras fontes foram citadas apenas uma vez: igreja, rádio, revista, formação profissional (graduada em enfermagem).

As fontes de informação sobre HIV/aids citadas pelas 50 mulheres que participaram da intervenção, foram semelhantes às referidas pelo grupo controle, confirmando sua uniformidade. A mais citada também foi a televisão, apontada por 35 (70%) mulheres. Em menor número foram citados os serviços de saúde (citado por 15 mulheres – 30%), as conversas informais com conhecidos (citado por nove mulheres – 18%), conhecidos portadores do HIV (citado por sete mulheres – 14%) e revistas/jornais (citado por quatro mulheres – 8%).

Assim como no GC, outras fontes foram citadas apenas uma vez: rádio, penitenciária e associação de bairro.

Entre as mulheres que participaram da intervenção, uma relatou que até aquele momento nunca tinha ouvido falar sobre HIV/aids. Ela descobriu e aprendeu sobre a infecção, pela primeira vez, no decorrer do jogo educativo.

Os dados evidenciaram o poder da mídia como disseminadora de informação sobre prevenção da infecção pelo HIV, em atingir a população idosa.

Com a caracterização da amostra, julgou-se ser este o momento de apresentar os resultados do jogo educativo.

9.2 CONTEÚDO DO JOGO EDUCATIVO À LUZ DE INFORMAÇÕES, PERCEPÇÕES E AÇÕES DAS PARTICIPANTES

Pela riqueza dos resultados obtidos com a discussão realizada no interior de cada grupo educativo, com as mulheres integrantes destas dinâmicas, a seguir são apresentados seus relatos, que sofreram tratamento pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

A compilação dos relatos resultantes de cada grupo, após tratamento, resultou nos DSCs que são apresentados de acordo com a cor das cartelas, cujo conteúdo foi discutido.

9.2.1 Cartelas azuis – informações gerais sobre HIV/aids

As nove cartelas reunidas neste grupo são identificadas individualmente e precedem os DSCs construídos com base nas falas das mulheres, obtidas nos oito grupos educativos, assim como as respectivas ICs identificadas.

9.2.1.1 HIV é o nome do vírus que causa a aids

Com base nas discussões feitas, após a apresentação da presente afirmação às mulheres que participaram dos grupos educativos, foi possível elaborar três DSCs: sabendo que o HIV causa a aids; desconhecendo a diferença entre HIV e aids, e acreditando que o HIV/aids pode ser gerado espontaneamente pelo organismo humano.

Destacam-se as ICs que compuseram cada DSC, e em seguida, o discurso propriamente dito.

DSC: Sabendo que o HIV causa a aids

Ideia Central: *sabendo que a aids é consequência da infecção pelo HIV.*

HIV é o vírus que causa a aids, e a aids é quando dá a doença. É a consequência do HIV, né?! Diz que tem pessoas que nunca desenvolvem,

que têm o organismo forte, que nunca conseguem desenvolver. O Cazuza, se ele tivesse só o vírus...mas ele já estava com a aids. Já tinha a doença.

DSC: Desconhecendo a diferença entre HIV e aids

Ideia Central: *desconhecendo a diferença entre HIV e aids.*

É a mesma doença, é uma doença só. Ué, não é a mesma coisa, não?!

DSC: Acreditando que o HIV/aids pode ser gerado espontaneamente pelo organismo humano

Ideia Central: *acreditando que o HIV/aids pode ser gerado espontaneamente pelo organismo humano.*

Tem corpo que gera assim por ele mesmo. Se você tiver uma infecção muito, muito forte, aí ela pode até evoluir, porque a aids já vive nas pessoas.

Nos oitos grupos, a informação sobre a diferença entre HIV e aids foi novidade para muitas participantes. A maioria das mulheres tratava esses termos como sinônimos, desconhecendo a diferença entre eles. Nota-se que há quem acredita que o HIV, além de ser sexualmente transmissível, também poderia ser gerado pelo próprio corpo, nos casos de pessoas com a saúde já debilitada por outros agravos.

Apesar de demonstrarem interesse durante as explicações, bem como surpresa pela informação até então desconhecida, durante a aplicação do Instrumento II, logo após a intervenção, foi constatado que muitas mulheres não compreenderam completamente a distinção entre HIV e aids. Chegavam a comentar a discussão ocorrida durante o grupo, mas não se lembravam exatamente da informação passada.

A construção do DSC “*Desconhecendo a diferença entre HIV e aids*” foi dificultada, porque muitas mulheres expressaram seu desconhecimento desta informação, somente por meio da linguagem não verbal. Foram

comuns gestos como balançar a cabeça negativamente e expressões faciais de surpresa quando esclarecida a diferença entre os dois termos. Além disso, muitas verbalizaram com frases curtas como “é a mesma coisa” ou “é igual”.

Vale ressaltar que o intuito principal da inclusão desta frase no jogo educativo foi esclarecer que a pessoa pode ser portadora do vírus e não estar doente. Procurou-se desmistificar que a infecção pelo HIV seja sinônimo de debilidade física e sentença de morte. Acredita-se que esta discussão foi positiva neste sentido.

9.2.1.2 As pessoas com HIV/aids podem trabalhar e sair de casa normalmente

Durante os grupos educativos, a leitura da presente afirmação resultou em relatos nos quais foi possível identificar 13 ICs. Considerando os agrupamentos feitos por similaridade, foi possível construir dois DSCs que refletem as informações que as participantes da intervenção levaram para a discussão. Obviamente os relatos incorretos foram debatidos e as informações verdadeiras foram transmitidas de forma adequada.

DSC: Quem é portador do HIV pode trabalhar se estiver bem, mas precisa enfrentar o preconceito

Ideias Centrais: *acreditando que quem tem HIV pode trabalhar e sair de casa normalmente; acreditando que quem tem HIV pode trabalhar somente se esconder o diagnóstico; acreditando que não há risco de transmissão do HIV no ambiente de trabalho; acreditando que quem vive com HIV não precisa se isolar; acreditando que o soropositivo para o HIV pode viver bem, se realizar o tratamento; acreditando que quem vive com o HIV pode trabalhar, se estiver se sentindo bem; e acreditando que a pessoa que vive com o HIV é discriminada.*

Trabalhar, namorar pode fazer tudo, né?! Estando forte ainda, comendo, consegue trabalhar. Pode e deve, porque se ficar em casa, fica pensando besteira, né?! Basta tomar os remédios, se tratar, que vive bem. Não vai se isolar, porque tem a doença. Pode sair normalmente, viver no meio das pessoas. Só que deve ser bem discriminado pela sociedade, né?! Sempre as pessoas têm medo, né?! Então, ele pode até trabalhar, se ninguém souber, mas sabendo, acabou. Já era! Eu vi no jornal que pra arrumar um serviço de faxineiro tem que ter o laudo médico comprovando, levando pro patrão. Quem não tem saúde não trabalha. Então, está sendo difícil, não é?! É o medo, o preconceito, mas no trabalho não passa (o HIV). Lavar a mão (na mesma pia), dar um abraço, pode trabalhar, não tem nada a ver.

DSC: As pessoas portadoras do HIV/aids podem transmitir o vírus durante o convívio social

Ideias Centrais: *acreditando que há risco da pessoa que vive com o HIV transmitir o vírus no ambiente de trabalho; acreditando que a pessoa que vive com o HIV não pode ter convívio social pelo risco de transmitir o vírus; acreditando que a pessoa que vive com o HIV pode transmitir o vírus, se estiver gripada; acreditando que o HIV pode ser transmitido por ferimento; acreditando que o HIV pode ser transmitido por contato com sangue contaminado, por meio de ferimento; acreditando que a pessoa, que vive com o HIV, pode tentar transmitir o vírus propositadamente.*

Lógico que não é só porque se pensa que ele tem essa doença (HIV/aids) que vai deixar ele abandonado. Nós temos que dar carinho, beijar, abraçar, mas, se tiver gripado acho que não pode. Vi que a pessoa pode beijar, pode se abraçar, mas desde que não esteja gripado. Aí tem que ficar com medo, porque uma gripe é forte. Se tiver gripado, pega mesmo, pega na gente. É uma praga isso aí! Também se ele estiver com algum ferimento, porque pega no sangue, se cortar... Não é isso? Pode passa pra outros. Isso só pra caso de se ter algum ferimento e o sangue misturar, aí diz que pega, né?!

Tem também o caso daquele enfermeiro que pegou lá no hospital. Uma pessoa, que tem problema, mordeu a mão e estava com HIV, mordeu a mão dele trabalhando.

Quando levantado o tema, as discussões foram variadas. Em alguns grupos emergiu a discussão sobre o preconceito dentro do ambiente de trabalho, o que dificultaria a inserção da pessoa soropositiva para o HIV no mercado de trabalho. Este dado evidencia que o grupo estudado desconhece a proibição dos empregadores solicitarem o teste anti-HIV, como parte do processo de admissão.

Ainda em relação à revelação do diagnóstico, estudo realizado nos EUA com 541 pessoas portadoras do HIV, constatou menor número de pessoas com idade igual ou superior a 50 anos que contavam sobre a própria soropositividade para um conhecido (Önen *et al*, 2010).

Também foi citada a importância de a pessoa que vive com o HIV não se isolar, continuar com suas atividades rotineiras, no caso, o trabalho e a vida social. Assim, como a necessidade dos conhecidos continuarem a manter o contato próximo e amigável com a pessoa soropositiva. Este dado ilustra a valorização atribuída ao apoio dos indivíduos próximos à pessoa portadora do HIV/com aids. Isto também revela que a informação de que, não é possível a transmissão do vírus da aids por meio do contato social, era de conhecimento de algumas participantes do jogo educativo.

Por outro lado, verificou-se que houve o relato de que, em alguns casos, o HIV poderia ser transmitido por meio do convívio próximo com o soropositivo. É citada a possibilidade da transmissão ocorrer se a pessoa portadora do vírus estiver gripada. Não foi explicado exatamente como isso se daria, mas pode-se inferir que a justificativa esteja nos espirros e tosses, vias que, cientificamente comprovadas, não transmitem o vírus.

9.2.1.3 Só é possível a pessoa saber se tem o HIV fazendo exame de sangue

Com a leitura da cartela portadora dessa informação, surgiram diversos comentários entre as participantes dos grupos educativos, sendo alguns incorretos. Apesar do teste anti-HIV estar disponível, desde a década de 1980, foi possível identificar que a maneira como esse exame é realizado continua sendo desconhecida para algumas pessoas. Esta situação pode ser verificada em um dos dois DSCs construídos, com base nas 11 ICs identificadas nos relatos feitos durante as intervenções.

DSC: Acreditando existir vários exames para realizar o diagnóstico de infecção pelo HIV

Ideias Centrais: *acreditando ser possível realizar o teste anti-HIV com o sangue e saliva; acreditando ser possível realizar o teste anti-HIV com a urina; acreditando ser possível realizar o teste anti-HIV com fezes; acreditando ser possível realizar o diagnóstico de infecção pelo HIV, por meio do Papanicolaou; acreditando ser possível realizar o teste anti-HIV com a saliva; acreditando ser possível realizar o diagnóstico de infecção pelo HIV, por ultrassonografia; acreditando ser possível realizar o diagnóstico de infecção pelo HIV, por meio do exame de Papanicolaou e de sangue; acreditando ser possível realizar o diagnóstico de infecção pelo HIV, por meio do exame de Papanicolaou, de sangue e de saliva.*

Eu acho que o exame de sangue e exame da saliva, né?! Acho que o da urina e o de fezes também, não tem?! Acho que sim. Ultrassonografia, o toque, o especial. E o papa (Papanicolaou), né?! Eu acho que o papa dá! Por que ele é colhido lá no íntimo da pessoa.

DSC: Acreditando só ser possível realizar o diagnóstico de infecção pelo HIV, por meio de exame de sangue

Ideias Centrais: *acreditando ser possível realizar o teste anti-HIV somente com o sangue; acreditando ser possível realizar o teste anti-HIV*

com o sangue; acreditando não ser possível fazer o diagnóstico de infecção pelo HIV, por meio do exame de Papanicolaou.

Só o de sangue, com certeza, ele é fundamental! É um teste muito rigoroso pra poder saber se tem também. Até por saliva, eu também acho que não. Só o de sangue mesmo. Eu não sabia que pelo papa (papanicolaou) dava pra ver?! Já comentaram comigo o papanicolaou e o “ultrassom”, mas pra mim é só o sangue, que eu já fiz nas Clínicas (Hospital das Clínicas), que eu me trato lá. Papanicolau, acho que se tiver alguma inflamação, mas aids eu acho que não.

Vale acrescentar que a discussão desse tema teve os relatos sucintos e repetitivos. As mulheres utilizaram frases resumidas, indicando somente como acreditavam que o teste anti-HIV poderia ser realizado.

Cabe ressaltar a presença de várias palavras/frases ditas na forma de questionamento, sugerindo que não havia certeza sobre o que era dito. Assim como a presença de frases afirmativas, que demonstravam certeza ao relatar que o teste só pode ser feito por meio de amostra de sangue. Neste caso, tiveram como argumento a própria experiência, ou seja, o fato de já ter realizado o teste anti-HIV.

Interessante a citação da citologia oncológica, como método para diagnóstico da infecção pelo HIV. Pode-se inferir possíveis explicações para tal suposição. Como em alguns casos, ao receber o resultado do exame, a mulher é informada que precisará realizar tratamento com cremes ginecológicos e/ou medicamentos via oral, para o tratamento de possíveis infecções, como as provocadas por *Candida albicans*, *Gardnerella vaginalis* e *Trichomonas vaginalis*, cria-se a imagem de que “qualquer infecção” relacionada aos órgãos reprodutivos e sexuais, pode ser diagnosticada por meio da citologia oncológica.

Também vale discutir o relato da vinculação feita entre a infecção pelo HIV e a presença de alterações nos órgãos reprodutivos e sexuais. Provavelmente o fato de saberem que o vírus é transmitido sexualmente, favorece a construção desse pensamento.

Os DSCs encontrados demonstram que há mulheres que desconhecem as reais indicações dos diversos exames existentes para diagnóstico de agravos à saúde.

Além da elucidação de que o diagnóstico da infecção pelo HIV só é possível por meio do exame realizado com amostra de sangue, também foi esclarecido que é necessário ser feito o pedido de exame específico, ou seja, a “sorologia para HIV”. Durante a atuação da pesquisadora, como enfermeira de saúde de família e comunidade, foi possível perceber que muitas pessoas têm compreensão incorreta sobre os exames de sangue. É comum acreditarem que uma vez coletado sangue para a realização de exames, “todos” os tipos de alterações/problemas serão pesquisados, independente do pedido feito pelo profissional de saúde. Vale citar que tal esclarecimento foi válido, visto que várias mulheres demonstraram surpresa diante dessa informação.

9.2.1.4 As pessoas com aids ficam sem proteção contra as doenças

Com a análise dos relatos das participantes dos grupos educativos, perante a apresentação da presente afirmação, foi possível identificar seis ICs, que foram agrupadas na construção do DSC, apresentado a seguir.

DSC: Acreditando que a infecção pelo HIV favorece o aparecimento de novas doenças

Ideias Centrais: *acreditando que quem vive com o HIV vai enfraquecendo; acreditando que o HIV causa mudanças dentro do corpo da pessoa infectada; acreditando que o HIV diminui a imunidade; acreditando que a infecção pelo HIV favorece o surgimento de outras doenças; acreditando que a pessoa que vive com o HIV pode realizar tratamento, mas que não vive por muito tempo; acreditando que quem vive com o HIV vai enfraquecendo e que pode contrair outras doenças*

Essa doença é maldita, ela vai se mudando dentro do corpo. O organismo é diferente... O sangue vai enfraquecendo, vai ficando meio doente, vai se acabando, né?! Mesma coisa diabetes, você nunca se livra dela, ela vai comendo seus órgãos. Tem proteção como agora surgiu, mas é difícil. Mesmo através do tratamento, a pessoa não resiste um bom tempo. Eu acho que fica sem imunidade, e uma coisa chama outra, né?! Quando você está com uma doença, você está fraco, uma chama a outra e de repente fica acabado, aí pega uma pneumonia, ou uma infecção grave. Tem muita chance de outras doenças te pegar, com mais facilidade de contrair outros vírus. E com certeza vai pegar, né?!

Com a apresentação dessa informação, as mulheres revelaram um pouco da imagem que possuíam da pessoa portadora do HIV: alguém frágil e debilitado. Para explicar o processo de adoecimento utilizaram termos populares e metáforas, como “*vai comendo seus órgãos*”. Frases com significado impactante, expressando ideia de gravidade da doença. Por outro lado, também empregaram termo técnico, como “imunidade”.

Também usaram frases que demonstraram a informação sobre a cronicidade da infecção pelo HIV. Para expor tal compreensão compararam a soropositividade a outra doença também crônica, o diabetes *mellitus*.

A ideia de que o HIV favorece o aparecimento de novos agravos à saúde está presente nesse DSC. Compreendem que a debilidade física facilita o surgimento de novas infecções. Todavia, não ficou claro o conhecimento de que a deterioração do sistema imunológico é característico da infecção pelo HIV, ou seja, pode-se questionar se o pensamento expresso não se relacionava ao fato de acreditarem que “adoecer”, seja qual for o agravo, favorece o surgimento de novas doenças.

Assim como nas demais cartelas, após a exposição dos conhecimentos e ideias das participantes nos grupos educativos, foram feitos os devidos esclarecimentos. Foi empregada uma linguagem de fácil entendimento às entrevistadas e uso de imagens simples, como “soldados

de defesa do corpo”, para explicar o funcionamento do sistema imunológico e como a infecção pelo HIV favorece o surgimento de outras doenças.

Vale citar que as principais infecções oportunistas nas pessoas portadoras do HIV são: pneumonia por *Pneumocystis carini*, candidíase orofaríngea, infecções por micobactéria atípica, citomegalovírus, criptococos e *Criptosporidium*, ou seja, doenças que comumente não ocorrem em pessoas com o sistema imunológico preservado. Além dessas, outras patologias infecciosas têm apresentado alta prevalência entre pessoas portadoras do HIV, como a tuberculose, pneumonia bacteriana, herpes simples recorrente e salmonelose (Pratt *et al.*, 2010).

9.2.1.5 A aids não tem cura

A discussão levantada com a apresentação desta afirmação foi calorosa em alguns grupos devido à presença de relatos alicerçados na fé, em crenças religiosas e no reconhecimento de “milagres”. Devido à discordância de relatos presentes nos grupos educativos, foi possível a construção de dois DSCs, com base em três ICs.

DSC: Ainda não há cura para o HIV/aids

Ideias Centrais: *sabendo que não há cura para o HIV/aids; sabendo que há tratamento para o HIV/aids, mas que não há cura.*

Não, a aids não tem cura. Tem que ter prevenção. Os remédios não curam, de hoje não curam, não sei amanhã, com as pesquisas... Mas se você fizer o tratamento, evita de ter muitas doenças que a aids provoca, muitas no pulmão, como pneumonias, tuberculose, essas doenças que levam a óbito, então ela reduz esses tipo de sequelas, né?! Se cuidar no começo, com tratamento, pode aliviar, amenizar, né?! Vai viver bem, pode ter uma melhora, mas sarar, sarar mesmo ainda não dá. Você vê que nem a vacina

que eles inventaram de certo. Por enquanto não, mas do jeito que eles estão estudando e tentando, daqui uns dias vai ter.

DSC: Somente Deus pode curar o HIV/aids

Ideia Central: *acreditando que Deus pode curar HIV/aids.*

Tem cura pra Deus, só Deus. O único médico dos médicos, digno de respeito é o Deus poderoso. A única coisa que podia sarar era se Deus permitisse que sarasse. Só Deus pode, né?! Esse pode! Conheço tanta gente aqui da vila que testemunhou na nossa igreja que já se curou, entendeu?! De câncer, de diabetes, de várias coisas, mas é assim, nem todos, é aquele que Deus escolheu, mas eu creio de alma que pode. Não é todo mundo merecedor, mas assim que Deus diz “Eu vou te curar”, pronto, curou, e os outros ele permite que fique com a doença. Tudo pode! Tem pessoas já assim que Deus curou, tudo pela fé e porque Deus permitiu, permite, sabe?! Lá na igreja tem uma moça que foi curada. Ela se recuperou muito e a gente acreditou que ela foi curada da aids, totalmente curada. Testemunho lindo, e se Deus manda seu anjo lá...

No DSC anterior percebe-se o reconhecimento de que a infecção pelo HIV permanece incurável. Além disso, também é possível identificar a informação sobre a existência de tratamento e os seus objetivos, prolongamento da vida, melhora da qualidade de vida e prevenção de doenças oportunistas. Interessante ressaltar que as doenças relatadas estão entre as mais comuns em pessoas soropositivas.

Também citam a existência de pesquisas na busca de vacina contra a infecção pelo HIV; contudo, os relatos referentes à vacina foram mais frequentes, quando apresentada a cartela com a informação sobre a sua inexistência. Esta discussão está presente mais adiante.

Como pode ser verificado, havia mulheres que conheciam a inexistência de cura para infecção pelo HIV; porém, algumas participantes dos grupos educativos tinham dúvidas sobre esta informação, e outras acreditavam na

possibilidade de cura; no entanto, não por meio de tratamentos, mas sim pela fé em Deus.

Mais do que a crença, algumas relataram ter ouvido testemunhos na igreja que frequentam sobre pessoas que foram curadas da síndrome. Tais relatos foram frequentes nos grupos, sugerindo que tal crença esteja enraizada neste grupo de mulheres.

Este dado aponta para a necessidade de os profissionais de saúde, em especial da ESF, se aproximarem dos líderes religiosos de suas áreas de trabalho, para conhecerem melhor a relação existente entre fé e cuidados com a saúde. Acredita-se que a troca de informação, por meio da educação em saúde, potencializaria o papel das igrejas na conscientização da população, quanto aos cuidados com a própria saúde. Assim como, reduziria as crenças inadequadas.

9.2.1.6 Não dá para saber quem tem e quem não tem o HIV somente pela aparência

Assim como na discussão de outras cartelas, surgiram relatos contraditórios. Dessa forma, foram feitas as construções de dois DSCs, com base nas sete ICs identificadas após o tratamento dos relatos. Seguem abaixo os referidos DSCs com suas respectivas ICs.

DSC: Acreditando não ser possível identificar, somente pela aparência, quem vive com HIV

Ideias Centrais: *não é possível saber quem tem o HIV somente pela aparência; pessoas com outras doenças podem ser confundidas com soropositivos devido à aparência; emagrecimento é percebido como sinal de que a pessoa é portadora do HIV.*

Quem vê cara não vê aids, não aparece. Com certeza não dá pra saber se ela está ou se alguém aqui está. Não está escrito na testa, né!? Se estivesse escrito, a gente não caía nessa. É que nem quando a pessoa está com câncer. Não dá pra saber direito. Pode estar corada, forte e nem parecer, né?! Tenho uma amiga que tem (HIV), e ela está melhor do que eu. Às vezes é até pior, porque hoje ninguém sabe quem é sem risco e quem não é. Não dá para saber, e tem várias doenças que a pessoa emagrece também, né?! Eu tive esse problema. Uma vez quando eu emagreci três quilos, meus amigos “Áí meu Deus! Será que ela está com HIV?”. O meu ex-marido olhou pra mim e disse: “Nega, vai fazer o exame de HIV”. Não pode nem mais emagrecer, ou é aids. Mas eu emagreci por amor. Áí quando eu comecei a engordar, as meninas disseram “pensei que você estava” (com HIV).

DSC: Acreditando ser possível reconhecer quem tem HIV quando a doença está em estágio avançado

Ideias Centrais: *é possível a pessoa saber quem tem o HIV pela aparência, quando a pessoa já está em estado avançado da doença; é possível saber quem possui o HIV pela aparência; pessoas com outras doenças podem ser confundidas com soropositivos devido à aparência; emagrecimento é percebido como sinal de que a pessoa é portadora do HIV; as pessoas com HIV/aids ficam com lesões na pele.*

Nem todo mundo, mas tem pessoa que aparenta (que tem o HIV), que dá pra ver, emagrece. Mas isso, não no começo, só no fim, né?! Quando a pessoa está bem avançada na doença, já está praticamente passada. Quando está magrinho é porque faz tempo que já está, é que já está no fim. Áí fica abatido, o corpo tudo cheio de ferida, com cheiro de chaga e com manchas no corpo e na cara. Fica muito doente, fraco que não consegue nem falar às vezes direito, já vi isso. Áí, eu acho que dá pra saber, fica magro. Isso é também com outras doenças, mas a maior parte deles é com HIV.

No primeiro DSC, percebe-se que algumas mulheres que participaram da intervenção reconheciam não ser possível identificar somente pela aparência as pessoas que vivem com o HIV.

Também comentaram a existência da falsa relação entre emagrecimento e infecção pelo vírus da aids, existente no imaginário da população. Para ressaltar este ponto, contaram experiências próprias nas quais perderam peso e foram consideradas pelas pessoas conhecidas como possíveis soropositivas. Além disso, há o comentário de que a impossibilidade de reconhecer os portadores do HIV seja algo negativo.

No segundo DSC, há o relato da possibilidade de reconhecer as pessoas portadoras do vírus, principalmente pelo emagrecimento, mas também foram citados outros sinais, como manchas na pele e debilidade física. Entretanto, afirmaram que esses sinais são aparentes, somente quando a pessoa já está infectada há muitos anos, quando já adoeceu. Ou seja, mesmo as pessoas que citaram ser possível reconhecer os soropositivos, acreditavam que essas pessoas também podiam passar de forma despercebida na fase inicial da doença. Citaram que há outros agravos à saúde que podem provocar o emagrecimento, contudo, enfatizaram que estes casos são menos frequentes, reforçando a presença deste sinal entre as pessoas soropositivas.

A imagem do soropositivo debilitado revela um olhar estigmatizado e a percepção de gravidade da infecção pelo HIV. A inclusão desta cartela, assim como de outras, possibilitou a discussão sobre a real condição da pessoa que vive com o HIV, nem sempre com aspecto doentio.

Assim como nas demais frases, após as mulheres exporem as suas ideias, informações e crenças sobre o assunto, foi realizado o esclarecimento da impossibilidade de reconhecer a pessoa que vive com o HIV, somente pela aparência.

9.2.1.7 As pessoas que fazem tratamento para o HIV podem viver muitos anos e muito bem

Esta cartela, assim como outras, foi empregada na intenção de desmistificar a realidade das pessoas que vivem com o HIV. Com o tratamento da discussão do tema, foi possível identificar cinco ICs que possibilitaram a construção de um DSC, apresentado a seguir.

DSC: Sabendo da existência de tratamento que prolonga a vida da pessoa portadora do HIV

Ideias Centrais: *acreditando que o tratamento pode melhorar e prolongar a vida do portador do HIV; acreditando que o tratamento pode prolongar a vida do portador do HIV; acreditando que o tratamento pode prolongar a vida do portador do HIV, mas sem melhorar a qualidade de vida; lembrando de pessoas famosas que morreram de aids; sabendo que há tratamento para a infecção pelo HIV.*

A pessoa pode dançar, sair, a não ser que seja uma pessoa muito fechada, mas se ela for de mente aberta... Sarar mesmo, ainda não dá, mas até vive, sim. Depois que os doutores descobriram uma fórmula, a pessoa sobrevive mais anos. Assim, se cuidar no começo... Tem esse tal de coquetel que eles tomam, aí as pessoas vivem bem, com tratamento. Elas tomam o remédio pra matar "os negócios", né?! Matar os bichinhos. Se tiver uma idade e fizer o tratamento direitinho, ele pode viver um pouco mais. Mas se ele não fizer o tratamento direito, ele não vive muito. Às vezes, nem vem a morrer disso. Às vezes, tem essa doença e morre de câncer. Na verdade é sobrevida! Muito melhor viver sem o HIV, sem ter esses cuidados, mas está tendo... No começo não tinha, era terrível! No caso do Cazuzo, lembra? Fizeram a transfusão nele de sangue de cavalo, mas não adiantou. O Cazuzo batalhou muito contra a doença.

Entre as mulheres que participaram da intervenção, é possível perceber que sabiam da existência de tratamento para a infecção pelo HIV,

apesar da impossibilidade de cura. Inclusive utilizaram o termo empregado pela mídia, coquetel. Relataram como benefício do tratamento o aumento significativo da sobrevida.

Interessante a percepção de mudança no cotidiano do soropositivo, após a introdução dos medicamentos antirretrovirais. Para ilustrar este conhecimento, citaram o adoecimento e morte do cantor e compositor Cazuza, na década de 1980, uma das primeiras personalidades públicas brasileiras que declarou ser portadora do HIV e a morrer de aids.

Para explicar o mecanismo de ação dos antirretrovirais utilizaram termos do seu cotidiano, como “bichinhos” para se referir ao vírus HIV. Apesar de ser uma explicação simplória, mostra o reconhecimento de que a aids é causada por um agente externo.

A frase em discussão também permitiu discorrerem sobre a possibilidade de as pessoas portadoras do HIV viverem por muitos anos e com qualidade de vida. Assim como a importância do tratamento para permanecerem saudáveis e capazes de executarem as atividades comuns a todas as pessoas, como trabalhar, estudar, passear e interagir com a sociedade.

Desde a introdução da *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), na década de 1990, envelhecer com HIV tornou-se possível. Atualmente é considerada uma condição crônica devida à longevidade alcançada pelos portadores do vírus que realizam o tratamento de forma correta (Vance, 2010).

9.2.1.8 Algumas pessoas acreditam que a aids é um castigo de Deus

A inclusão desta afirmação nas discussões em grupo baseou-se, principalmente, nos resultados encontrados por Lima (2006), em pesquisa realizada com a mesma população do presente estudo. Entre os resultados, foi verificado que muitas mulheres atribuíam ao surgimento da aids um significado religioso, inclusive descrito na Bíblia.

Em alguns grupos, a apresentação desta cartela não despertou discussão, sendo apenas negada a possibilidade de a aids se tratar de um castigo de Deus, contudo, em outros grupos, a discussão foi calorosa. Dessa forma, foi possível a construção de dois DSCs antagônicos, com base em sete ICs.

DSC: O surgimento da aids não é um castigo de Deus

Ideias Centrais: *percebendo a aids somente como uma doença; percebendo a aids como uma doença mais perigosa que as demais; acreditando que quem contrai o HIV buscou por isso, não tendo relação com Deus; acreditando que não há explicação para o surgimento do HIV/aids; acreditando que o surgimento da aids não teve interferência divina.*

Eu acho que é uma doença como outra qualquer, mas só que muito mais perigosa. Que Deus tem a ver com isso? Deus não tem nada a ver com aids. Deus não castiga ninguém, não ia castigar a humanidade assim, entendeu?! Não pôs doença nenhuma no mundo. É que as doenças vêm para todos, o câncer, vem a aids, todo mundo hoje em dia tem um problema de saúde, então vem pra todos, né?! Quem diz que Deus castiga é mentira. Eu sou evangélica há muito tempo, uns 25 anos que sou evangélica, a Bíblia não ensina isso. Eu acho que é uma coisa sem explicação. Não dá pra saber se é por isso, se é por aquilo. É um mistério de Deus. A pessoa pegou, porque não teve juízo, se misturou com quem não devia. Ninguém mandou ele procurar. Quem procura acha, Deus não tem nada a ver com isso, Ele não castiga ninguém. A causa disso somos nós mesmos. Fazendo coisa errada, né?! Ficar no meio dos desviados. A pessoa não tem a doença, mas está ali, e o cara está infernizando “vamos sair, e tal”, e ele está com a doença, enfim, e fica e vai, e vai ela, a colega dela, e depois vai nessas coisas aí que eles vão até alta madrugada, que vai e pega, e não pega. Daí vai alastrando a doença e a pessoa nem sabe.

DSC: Atribuindo ao surgimento da aids um significado religioso

Ideias Centrais: *acreditando que o surgimento da aids estava previsto na Bíblia; acreditando que o surgimento da aids está relacionado ao comportamento da população.*

É consequência do mundo. Coisas assim absurdas que a gente nunca viu e está vendo agora, muita gente incrédula, muita gente que não acredita que existe Deus, ignora. Tem muitas coisas que é só a gente vendo. Então, eu acho que aí é o que está nos destruindo, casamento de gay, homem com homem, mulher com mulher, isso é o fim do mundo. Diz que quando a ciência se multiplicaria entraria a chegada de uma doença que nunca teve cura e não será descoberta, nem ciência nem nada consegue, porque é um mistério. Acreditam que seja essa, porque quem lê apocalipse... É só a gente ler o apocalipse que diz que aparecem muitas doenças. Essas doenças, essas pragas de hoje em dia. No começo, no Velho Testamento, São Paulo falou, e está voltando tudo, você pode ver o mundo desse jeito.

No DSC anterior percebe-se a negação de que Deus poderia utilizar a aids para castigar as pessoas. Há o relato de que a infecção pelo HIV é apenas uma doença, assim como qualquer outra.

No entanto, identificam-se relatos que denunciam a presença de visões distorcidas e preconceituosas sobre as pessoas que vivem com o HIV. Os relatos apontaram que o soropositivo é responsável pela própria infecção pelos comportamentos adotados. Isto é evidenciado pelo emprego de frases como “*pegou porque não teve juízo, se misturou com quem não devia*”, “*Ninguém mandou ele procurar. Quem procura acha*”.

Estes relatos também mostraram a percepção de que as pessoas que não adotam comportamentos considerados inadequados estariam seguras da infecção pelo HIV. Esta visão contribuiu para que este grupo de mulheres, maioria com história de relacionamento monogâmico, religiosas e que tiveram relação sexual somente com o próprio parceiro, não percebam a própria situação de vulnerabilidade, vendo a aids como a doença do “outro”.

Por outro lado, algumas mulheres revelaram outra percepção da epidemia de HIV/aids. Atribuíram o surgimento da doença como consequência das mudanças ocorridas na sociedade, em especial, a diminuição da fé em Deus, a diminuição do preconceito contra a população homossexual, o que favoreceu a revelação da orientação sexual e a união entre pessoas do mesmo sexo. Tais modificações da sociedade e o avanço da ciência estariam previstos na Bíblia, assim como, o surgimento de doenças graves e incuráveis, consideradas um mistério. No caso, a aids seria uma dessas doenças - “pragas bíblicas” -.

A discussão desta cartela foi importante para proporcionar o debate sobre o significado do HIV/aids para este grupo de mulheres. Com base nos relatos que atribuíam culpa às pessoas soropositivas, foi possível discutir o tema, favorecendo a diminuição da visão preconceituosa contra as pessoas que vivem com o HIV.

Para Muula (2010), a religião pode influenciar como as pessoas percebem a infecção pelo HIV, os comportamentos sexuais adotados, a decisão em utilizar o preservativo como forma de prevenir o contágio, assim como a sociedade percebe a pessoa portadora do vírus.

9.2.1.9 Não existe vacina para o HIV

A obtenção de relatos sobre a vacina contra o HIV mostrou-se presente também na discussão de outras cartelas; contudo, as mulheres sempre foram direcionadas a apresentar suas informações sobre o tema com a apresentação dessa afirmação.

Considerando o tratamento dos relatos das discussões conduzidas, durante os jogos educativos, foi possível identificar cinco ICs, possibilitando a construção de dois DSCs contraditórios.

Os DSCs construídos e suas respectivas ICs estão apresentados a seguir.

DSC: Ainda não há vacina para o HIV, mas estão pesquisando

Ideias Centrais: *acreditando que não há vacina para o HIV; sabendo que há tratamento, mas não vacina*

Por enquanto, não! Não tem vacina, senão, não tinha morrido tanta gente. Mas parece que vai ter, né?! Eles estão estudando pra ver se vai dar certo uma vacina pra isso. Acho que já estão fazendo, preparando já a vacina, pra chegar aqui. Eles estão fazendo teste com bicho, testes em pessoas, pra ver. Mas ainda não chegou, que eu saiba não. Ainda não tem nenhum resultado. Mas tem o coquetel...

DSC: Já existe vacina para o HIV no exterior

Ideias Centrais: *acreditando que há vacina para o HIV; relatando dúvida sobre a existência de vacina para o HIV; acreditando que o "coquetel" é uma vacina para o HIV.*

Acho que existe. Parece que tinha, né?! Já tem vacina para o HIV. Eu já ouvi falar na televisão que já tinha. Gente falando no repórter, que já está existindo, mas não é no Brasil, fora do Brasil. É, já deve ter fora do Brasil, mesmo. E esse coquetel, é o quê? Não é uma vacina?

Os DSCs são antagônicos, evidenciando que este dado era desconhecido por algumas mulheres que participaram da intervenção.

No DSC anterior, as participantes do grupo educativo demonstraram conhecer a inexistência de vacina contra o HIV. Para reforçar esta informação argumentaram que a existência de vários óbitos provocados pela aids comprova que ainda não há este tipo de medida preventiva para a infecção.

Entretanto, demonstraram ter informações sobre o desenvolvimento de pesquisas na busca de uma vacina contra o vírus da aids, inclusive da

necessidade de testes preliminares para a comprovação de sua eficácia e posterior disponibilização no mercado.

Também comentaram a existência de tratamento para a infecção pelo HIV; contudo, este tema foi melhor discutido com a apresentação de outra cartela, comentada anteriormente.

Já no segundo DSC, houve relatos equivocados sobre a existência de vacina contra o HIV. Relataram que tal medida preventiva já está disponível para a população em alguns locais do mundo, mas ainda não no Brasil.

A citação “*ouvi falar na televisão*” expressa a compreensão errônea de informações que veiculam na mídia e em serviços de saúde sobre a existência de pesquisas na busca de vacina contra o HIV. Este dado mostra a importância das informações relacionadas à saúde serem transmitidas de forma clara e objetiva, diminuindo possíveis equívocos por parte da população. Outro relato que evidencia falha na compreensão de informações relacionadas ao HIV/aids, é o fato de o “coquetel”, nome atribuído aos antirretrovirais indicados para o tratamento de portadores do HIV, ser reconhecido como vacina contra o vírus, ou seja, que é possível a prevenção da infecção pelo HIV por meio de imunobiológicos.

9.2.2 Cartelas verdes – vulnerabilidade para a infecção pelo HIV em grupos específicos

Neste grupo há seis cartelas com frases elaboradas com o objetivo de provocar a discussão sobre “quais pessoas” têm risco de contrair o HIV, promovendo a discussão sobre a existência de ações que potencializam o risco de contrair o vírus. Além de esclarecer que não há grupos populacionais imunes a doença.

Assim como no agrupamento anterior, estão apresentadas as frases empregadas na atividade educativa, os discursos construídos com base na fala das mulheres que participaram dos grupos e as respectivas Ideias Centrais.

9.2.2.1 As pessoas que dividem agulhas e seringas para usar drogas têm risco de pegar o HIV

As discussões resultantes da apresentação desta cartela possibilitou a elaboração do discurso: *“As pessoas que compartilham agulhas e seringas têm risco de se infectar pelo HIV, devido à presença de sangue”*, a começar do agrupamento de duas Ideias Centrais.

DSC: As pessoas que compartilham agulhas e seringas têm risco de se infectar pelo HIV, devido à presença de sangue

Ideias Centrais: *sabendo que compartilhar agulhas e seringas pode transmitir o HIV; sabendo que compartilhar agulhas e seringas pode transmitir o HIV, devido à presença de sangue.*

Só se usar de um para o outro, se passar de um para outro, aí sim! Usa agulha em uma veia e depois na outra, aí já era! Mas se você aplicar aqui e jogar fora, aí não tem. É que fica contaminado, a pessoa usa, aí aplica no outro, contamina. O sangue, né?! Contamina a agulha. Na hora, todo mundo doidão, uma agulha só passa por todos eles. Uma pessoa que se droga, passa com a mesma agulha, tipo pessoas que são dependentes, né?! Eles introduzem uma (agulha), na hora de usar estão muito loucos, vai no outro e assim quem tem contaminou o outro, e ele sem saber passa para o outro. A agulha, ela é pequenininha, está contaminada, aí passa e você usa a mesma agulha, aí passa para você. Porque vai no sangue, né?!

Durante todos os oito grupos educativos, as mulheres demonstraram saber que o HIV pode ser transmitido pelo uso compartilhado de insumos utilizados no consumo de drogas endovenosas. Este fato é comprovado pela inexistência de Ideias Centrais contraditórias, sendo possível a construção de um único discurso.

Esse dado também sugere a persistência do reconhecimento de “grupos de risco”, classificação desastrosa, oriunda da primeira década da epidemia que traz repercussões até os dias atuais.

Além disso, este relato evidencia o conhecimento da transmissão do HIV por meio do contato com sangue contaminado.

O uso de drogas por indivíduos portadores do HIV foi investigado por Önen *et al.* (2010). Pesquisa realizada nos EUA com 541 pessoas soropositivas para o HIV, constatou que entre os indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, era menor o número de relatos de uso recente de drogas ilícitas, quando comparados aos indivíduos com idade entre 18 e 35 anos.

9.2.2.2 As pessoas que saem com várias pessoas têm maior risco de pegar o HIV

A transcrição dos debates conduzidos, durante os oito grupos educativos, possibilitou a construção de um único discurso relacionado à discussão da presente cartela: *“As pessoas que têm relação sexual com várias pessoas têm maior risco de se infectar pelo HIV”*.

DSC: As pessoas que têm relação sexual com várias pessoas têm maior risco de se infectar pelo HIV

Ideias Centrais: *as pessoas que saem com várias pessoas têm risco de se infectar pelo HIV; acreditando que os jovens têm maior risco de contrair o HIV, por possuir maior número de parceiros; as pessoas que têm vários parceiros têm maior risco de se infectar pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis; as pessoas que consomem bebida alcoólica em festas acabam saindo com pessoas desconhecidas sem uso de preservativo; as pessoas que usam preservativos nas relações sexuais não têm risco de se infectar pelo HIV.*

Eu acho que sim! Com certeza, principalmente se não se proteger, se sair com várias pessoas, aí pega. Mas se usar o preservativo, aí não pega. E não é só o HIV, hepatite, um monte de doença. Sair com várias pessoas, não sabe nem com quem sai. A fila anda...Risco todo mundo tem, mas esses daí, claro que está pegando mais do que o outro. Pega mais fácil. E outra coisa, isso é muito “pegado” em balada, as pessoas vão para a balada, tomam “umazinhas”, a primeira que pinta, é aquela! Aí não usam camisinha, não usam nada e pegam mesmo. Principalmente esses jovens de hoje.

Assim como o reconhecimento de que os usuários de drogas endovenosas podem adotar comportamento que potencializam o risco da infecção pelo HIV, a multiplicidade de parceiros também foi apontada pelas mulheres participantes da atividade educativa como ação que favorece a transmissão do vírus.

Entretanto, fazem um adendo importante ao reconhecerem que o risco relacionado a este comportamento pode ser compensado pelo uso consistente do preservativo. Fica clara a compreensão de que o risco maior reside na existência de relações sexuais desprotegidas, não, necessariamente, no número de parceiros sexuais.

Outro ponto importante presente nesse discurso é a associação da relação desprotegida com o consumo de bebida alcoólica. Este fato é corroborado por estudos científicos que descrevem a relação negativa entre uso do preservativo e alcoolização.

Pesquisa nacional realizada com 5.040 homens e mulheres, residentes em grandes regiões urbanas do País, com idade entre 16 e 65 anos, constatou que o uso regular de substâncias psicoativas (álcool e drogas ilícitas) parece modular a utilização do preservativo em indivíduos com relacionamento estável, em especial, no segmento com idade entre 25 e 44 anos, de ambos os sexos (Bastos, *et al.*, 2008).

Vale ressaltar a citação da população jovem como a provável em adotar relações sexuais desprotegidas e sob o efeito do álcool, porém, em discurso que está descrito mais adiante, há o reconhecimento de que a

população jovem adota o preservativo com maior frequência do que a população idosa.

Além disso, os dados coletados por meio do Instrumento I mostraram alta porcentagem de mulheres que nunca experimentaram o uso do preservativo (58,62% do total de participantes).

9.2.2.3 A mulher com HIV/aids pode passar a doença para o filho durante a gravidez, parto e amamentação

DSC: Conhecendo a possibilidade da transmissão vertical

Ideias Centrais: acreditando que usar preservativo previne a transmissão vertical; acreditando que a criança infectada pelo HIV pode se curar; sabendo da possibilidade da transmissão do HIV para a criança durante o parto; sabendo da possibilidade da transmissão do HIV para a criança durante a amamentação; sabendo da possibilidade da transmissão vertical do HIV; sabendo que a mulher portadora do HIV não deve amamentar para prevenir a transmissão do HIV para o filho; sabendo que o filho de mulher portadora do HIV, deve realizar acompanhamento médico; conhecendo a possibilidade de a mulher portadora do HIV ter filhos sem HIV; sabendo da possibilidade da transmissão do HIV durante a gestação; sabendo que o governo fornece leite em pó para os filhos de mulheres portadoras do HIV.

Tem que usar a camisinha quando sabe que está grávida e o homem é aidético e ela também. Os médicos mandam usar para evitar de passar para o neném. Às vezes acontece antes de nascer. Se ela está grávida e ela está com o problema, com a doença, a criança pode nascer com HIV. Na gravidez, no parto passa. Na hora que sai sangue, se cortar na hora, pega. Se foi tirado do sangue dela, da barriga dela, (a criança) nasce com o sangue da mãe. Mas, às vezes, é assim, o sangue da criança não é o

mesmo que o da mãe, aí não pega. Mas se o sangue dela for o mesmo da criança, aí pega. Mamar também não pode dá, não pode amamentar. Passa por causa do leite dela. O leite é o sangue da mulher, né?! A minha sobrinha (portadora do HIV) não amamentou, o médico não deixou. Eu já ouvi dizer que uma mãe tinha HIV e a criança nasceu saudável, sem nada, mas acho que isso aí é raridade. Há casos e casos, né?! Não são todos, mas tem umas que passam para o nenenzinho. Às vezes, a criança pode ter o vírus, mas não vai desenvolver. Entendeu?! Mas pode acontecer, com certeza. É tanto que os médicos pedem os exames, para acompanhar. Eles têm que se tratar de pequenininho, porque o bebê, ele tem cura. A Margarida (portadora do HIV), os filhos que ela teve, tiveram aids, mas como foi no parto, sumiu a aids. Fizeram tratamento e sumiu a aids das crianças. Estão dando para a minha neta leite em pó. Estão dando assistência, do próprio hospital. Ela está bem...

DSC: Desconhecendo a possibilidade da transmissão vertical do HIV.

Ideias Centrais: desconhecendo a transmissão vertical do HIV; desconhecendo a transmissão do HIV pelo leite materno.

Na amamentação acho que não. Passa no parto, não passa? Eu estou meio em dúvida, porque a minha amiga teve o filho normal. E os filhos da Hortência (conhecida portadora do HIV), nenhum pegou. Fizeram exame e tudo!

Primeiramente gostaria de esclarecer que os nomes citados nos discursos são fictícios. Os verdadeiros foram omitidos para preservar a identidade das pessoas citadas, porém, vale esclarecer que a “Hortência” era uma moradora da comunidade que faleceu há cerca de dois anos em decorrência da aids. Ela viveu com a infecção por vários anos, teve quatro filhos e era uma pessoa muito conhecida na comunidade, inclusive a sua soropositividade.

A construção de dois discursos indica a existência de relatos contraditórios durante os grupos educativos. Evidenciando que o conhecimento da transmissão vertical ainda desperta dúvidas neste grupo de mulheres, assim como concepções errôneas.

Interessante comentar a explicação dada pelas mulheres sobre o motivo da ocorrência da transmissão vertical. Houve o relato da compreensão de que o sangue do feto pode ser o mesmo da mãe, tornando inevitável a infecção neste casos. Concepção alicerçada, provavelmente, no conhecimento da ligação entre gestante e feto por meio do cordão umbilical.

Outro relato merecedor de comentários é a crença de que o feto pode ser infectado pelo HIV caso a gestante mantenha relações sexuais com parceiro infectado pelo vírus. Indicando, inclusive como medida protetora para a transmissão vertical o uso de preservativo. Isso demonstra reconhecimento da existência de vírus no sêmen de homens soropositivos, contudo, também evidencia a crença de que durante a relação sexual o feto fica exposto ao meio extrauterino. Ou seja, há a concepção de que o homem também pode provocar a transmissão vertical do HIV.

Além de relatos sobre o conhecimento da transmissão do vírus durante a gestação e parto, também foi discutida a transmissão do HIV pelo aleitamento materno. A identificação desta via de infecção foi embasada no conhecimento de mulheres portadoras do HIV que foram orientadas a não amamentar. Este dado mostra a importância da interação social para a aprendizagem sobre assuntos relacionados à saúde.

Também empregaram exemplos de pessoas conhecidas para demonstrarem conhecimento sobre a possibilidade de mulheres soropositivas gerarem filhos sem o HIV. Apesar de reconhecerem que isso depende do acompanhamento da criança, uso de medicação e ausência de aleitamento materno.

No entanto, não detinham a correta compreensão sobre como a criança não se torna soropositiva. Acabavam acreditando que o que verdadeiramente ocorre é a cura da infecção por meio do uso de medicações.

Além de saberem da impossibilidade da amamentação, também relataram uma das práticas adotadas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, o fornecimento gratuito de leite em pó para os filhos de mulheres soropositivas.

Já no segundo discurso, fica evidente que o conhecimento de filhos de mulheres soropositivas que não foram infectados pelo HIV favoreceu a conclusão errônea de que o vírus não é transmitido de mãe para filho.

Esses dados mostram que a aprendizagem pela experiência e observação do ambiente é importante para a construção de saberes neste grupo de mulheres.

9.2.2.4 Todas as pessoas que não usam camisinha têm risco de pegar o HIV

A discussão desta cartela, e posterior transcrição das falas das mulheres que participaram dos grupos educativos, possibilitou a identificação de quatro Ideias Centrais, surgindo delas a construção de um discurso: *sabendo que o uso do preservativo previne a transmissão sexual do HIV.*

DSC: Sabendo que o uso do preservativo previne a transmissão sexual do HIV

Ideias Centrais: *sabendo que o uso do preservativo previne o HIV; acreditando que quem não usa o preservativo tem risco de se infectar pelo HIV; sabendo que quem não usa preservativo pode contrair DST; acreditando que as pessoas casadas também devem usar preservativo para prevenção do HIV.*

Tem que fazer nada ou usar camisinha. Se não usar, pega se a outra pessoa tiver... Todas as pessoas que não usam têm risco. Até quem é casado tem que usar... para proteger. Não só HIV, mas outras doenças,

como o vírus que transmite do homem para a mulher, aquele que é que transmitido para o colo do útero.

O discurso apresentado acima permite identificar que as participantes da intervenção educativa conheciam a indicação e efetividade do preservativo para a prevenção da infecção pelo HIV, assim como para outras doenças de transmissão sexual. Infere-se, portanto, que a doença descrita no discurso é a infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV).

Vale destacar a citação de que o preservativo deve ser adotado mesmo nas relações conjugais. Isso demonstra o reconhecimento da vulnerabilidade ao HIV entre as pessoas casadas, contudo, como evidenciado pelos dados referentes a adoção do preservativo, no qual demonstrou que 58% das mulheres que participaram da intervenção nunca usaram o preservativo, o reconhecimento da validade do seu emprego não se traduz na adoção desta medida preventiva em seu cotidiano.

9.2.2.5 Existem pessoas idosas com HIV/aids

O tratamento das transcrições das ações educativas possibilitou a construção de dois discursos. O primeiro, intitulado “*Acreditando que há poucos idosos portadores do HIV*”, foi resultante da conjunção de quatro Ideias Centrais. Já no segundo discurso, “*Acreditando que a epidemia de HIV/aids tem atingido a população idosa*”, foram agregadas um número maior de Ideias Centrais, totalizando doze.

A construção de dois discursos foi necessária devido à existência de relatos antagônicos sobre o tema apresentado nesta cartela. Isto revela a ocorrência de relatos equivocados durante as atividades educativas.

DSC: Acreditando que há poucos idosos portadores do HIV

Ideias Centrais: desconhecendo a existência de idosos portadores do HIV; acreditando que o idoso portador do HIV pode ter se infectado na juventude; acreditando ser rara a existência de idosos com HIV; acreditando que os idosos se previnem do HIV.

Acho que sim. Apesar que eu nunca ouvi falar. É muito difícil. Tem, mas é muito difícil, não tem muita gente idosa com aids. Eu nunca conheci ninguém. Eu não vejo, mas eu acho que deve ter. Mas essa pessoa pode ser que ela pegou quando era nova. Eu acho que no tempo de jovem, a pessoa aproveitou muito, e naquela época não se falava em HIV, né?! Ninguém falava em HIV. Quando surgiu foi um susto para todo mundo. Então, eu acho que nessa fase aí, a pessoa pegou, e hoje está com idade e tem o vírus. Porque é uma doença que quando vem a se manifestar já está bem avançada, então pode pegar quando é moça ainda, bem nova, né?! Eu acho que é mais em jovem. Os idosos sabem, que se mexer no sangue, pega. Se a pessoa já sabe não faz isso aí (usar drogas injetáveis) e não pega. Eles têm mais cuidado, né?! Sobre a doença. As pessoas mais idosas têm mais zelo de si, de se cuidar. Não é que nem esse povo novo de hoje em dia.

DSC: Acreditando que a epidemia de HIV/aids tem atingido a população idosa

Ideias Centrais: acreditando que os idosos estão se expondo mais a situações de risco à infecção pelo HIV; acreditando que os idosos mantêm vida sexual ativa; acreditando que as mulheres deveriam falar sobre o HIV com os parceiros; acreditando que se os idosos se protegessem não teriam soropositivos para o HIV nesta faixa etária; conhecendo idosos portadores do HIV; acreditando que idosos portadores do HIV se infectaram, porque não se preveniram; acreditando que os idosos também podem contrair outras DSTs; acreditando que o idoso pode se infectar pelo HIV por ser mais frágil; acreditando que o idoso não pensa na aids; acreditando que há idosos que

saem com pessoas mais jovens; referindo que usaria o preservativo se tivesse vida sexual ativa; valorizando a prevenção do HIV.

Pega também nessa idade! A pessoa de idade é mais frágil, né?! Pela estatística, existem sim, muitos idosos. Eu escutei uma reportagem que falou que há muitas pessoas de idade com HIV. Ultimamente, nos últimos anos, encheu o mundo. O pessoal idoso está vivendo mais, e aí tem esses grupos de dança, sair, fazer viagem, ia lá e conhecem os velhos e as velhas estão assanhadas. Os velhos estão pegando mais do que os jovens. A terceira idade está pegando muito mais. E aí aumentou o risco das idosas pegarem e os idosos também. Tem umas que é que nem eu, que não estão nem aí para sexo, e tem as pessoas que são normais, que eu acho isso até normal, que tem desejos sexuais. Não vê que tem umas mulheres hoje de 60, 70, 80 anos que estão animadas, estão atrás de homem?! Eu conheci uma mulher de 60 anos, sabe o que ela fazia? Ela pagava para o homem para ele ficar com ela... Também tem muita mulher aí que fica atrás dos meninos novos, eu já vi... Olha, na minha cidade, tem um pessoal que depois de velho, sai com menininha novinha e voltou com aids depois de velho. Porque os homens velhos, hoje em dia, a maioria fica pegando essas meninas novas na rua. Vê menina bonitinha que dá mole, se acha o máximo. Aí pega aids. Eu vi na televisão, os homens de 60 anos, às vezes pega e passam para a mulher em casa. Sabia? Nem lembram da aids! Vai com menina nova, não põe uma camisinha, não se previne. Acha que é só de jovem. Tem gente que fala assim “essa juventude, essa juventude”. Se fosse só no jovem, fariam “não tem cabeça, não pensa”, né?! Eu acho que se todo mundo usasse camisinha, não estaria tanta gente contaminada aí. Lá no meu grupo mesmo tem três. Porque não se preveniram. O cara não gostava de usar. Aí eu diria “Ah, procura outra pessoa, comigo não”, mas elas cederam, né?!, Aí se lascaram. Ah, mas se fosse no meu caso, eu usaria. Se eu fosse para um baile da terceira idade, conhecesse alguém e eu gostasse, e fosse me relacionar com ele, eu usaria. Hoje eu usaria. Imagina, nem conheço a pessoa, né?! Também tem que ter essa conversa com o marido. O que fala na televisão é o que tem que ser feito. A aids não escolhe cor, não escolhe

idade, não escolhe nada. Independe da idade. Não escolhe mesmo. Ela passa, nós que temos que nos cuidar, né?! E pior que não é só aids. Tem outras doenças venéreas que também matam.

O primeiro discurso, construído com base nas discussões realizadas com a apresentação desta cartela, mostra que as mulheres participantes da intervenção desconheciam o envolvimento da população idosa na epidemia de HIV/aids. Vale ressaltar que esses relatos foram baseados na própria experiência, de não conhecerem entre as pessoas do seu convívio, idosos portadores do vírus.

Outro dado merecedor de destaque neste discurso é a conclusão de que os idosos portadores do HIV podem ter se infectado durante a juventude. Isso revela duas ideias presentes no grupo. Primeiro, o conhecimento de que a infecção pelo vírus, atualmente, é considerada uma situação crônica, e que o adoecimento demora muitos anos. A outra ideia presente neste relato é a crença de que o HIV infecta somente a população jovem, devido à existência de comportamentos tidos como exclusivos deste segmento populacional.

A citação da população jovem como o grupo mais atingido pela epidemia também se fez presente em outros trechos no discurso. Atualmente, dados epidemiológicos têm demonstrado o crescente envolvimento da população jovem, sobretudo os adolescente na epidemia de HIV/aids (Brasil, 2010a). Entretanto, o erro reside em acreditar na exclusividade deste grupo e na imunidade da população idosa.

Apesar de citarem que a população adota com maior frequência medidas preventivas, citaram apenas o não uso de drogas endovenosas. Não mencionaram a adoção do preservativo nas relações sexuais, principal via de infecção do HIV.

Já no segundo discurso, foram agregadas as Ideias Centrais que apontavam em outra direção, no reconhecimento de que a população idosa também é vulnerável à infecção pelo HIV.

Inicialmente, o discurso apresenta o reconhecimento da fragilidade biológica associada ao processo de envelhecimento. Não foram descritas as

alterações orgânicas, como o detrimento do sistema imunológico, por se tratarem de mulheres sem formação formal na área da saúde. No entanto, a presença deste comentário demonstra conhecimento de que o envelhecimento favorece a ocorrência de infecções.

Também foi descrita a continuidade da vida sexual feminina após o fim do período reprodutivo, porém, a permanência da atividade sexual foi associada, em alguns momentos, a atitudes moralmente questionáveis, como o sexo pago, relação com pessoas mais jovens e relações extraconjugais. Assim como em tom de crítica como: “(...) *as velhas estão assanhadas*”, “*Não vê que tem umas mulheres hoje de 60, 70, 80 anos que estão animadas, estão atrás de homem?!*”

Estes comentários revelam uma visão distorcida e, em alguns momentos, até mesmo preconceituosa, da vida sexual das pessoas idosas. Além disso, os comportamentos adotados pelas pessoas com idade igual ou superior a 50 anos podem simplesmente ser a continuidade de atitudes tomadas desde a juventude. Assim como idênticas as ações da atual população jovem.

Apesar de terem relato do não uso do preservativo, como já apresentado e discutido anteriormente, neste discurso identificaram-se críticas em relação a não adoção desta ação preventiva. Relacionando, inclusive, a expansão da epidemia a tal atitude.

Vale ressaltar que os relatos foram apresentados de forma que transparecia a impressão de que as mulheres falavam de um grupo populacional no qual elas não se incluíam, apesar de criticarem atitudes que elas mesmas admitiram adotar, como a prática do sexo inseguro.

Estes dados reforçam a conclusão de que a infecção pelo HIV é percebida com uma doença próxima do seu cotidiano, visto que conhecem pessoas soropositivas, mas ao mesmo tempo, impossível de entrar em suas próprias vidas. É percebida como a doença do “outro”, mesmo que este seja reconhecido como próximo.

Também atribuem o crescimento no número de idosos infectados pelo HIV a aspectos igualmente descritos na literatura científica, como a expansão no número de pessoas idosas e o alcance de um envelhecimento

saudável e ativo, repercutindo em maiores oportunidades para a pessoa idosa encontrar parceiros sexuais, como em bailes e viagens.

Outro interessante relato presente neste discurso é o fato de defenderem que a mulher deve conversar com o marido sobre o uso do preservativo. Isso revela a percepção de que as mulheres casadas também estão vulneráveis à infecção pelo HIV, e que a adoção de medidas preventivas é indicada para todas as situações. Para reforçar, ressaltam que a síndrome não se restringe a grupos específicos, podendo atingir à todos que não se preocupam com a prevenção. Novamente percebeu-se um discurso desconexo do cotidiano de grande parte destas mulheres, visto que o emprego de preservativo é reduzido e que, a maioria, nunca solicitou o uso para o parceiro.

No entanto, apesar de viverem na contramão do que acreditam ser o correto para prevenir a infecção pelo HIV, não se percebem em risco de contrair o vírus, reforçando a crença da aids se tratar da “doença do outro”.

9.2.2.6 Há mulheres casadas que pegaram o HIV do marido

Para esta cartela, foi possível a construção de dois discursos. O primeiro, denominado “*Acreditando que há parceiros fiéis*”, foi elaborado com base em uma única Ideia Central. Por se tratar de falas que ocorreram em menor frequência, durante as atividades educativas, ele é menos extenso que o segundo.

Já o segundo discurso, intitulado “*Acreditando que a infidelidade conjugal favorece a infecção pelo HIV*”, agrega a maior parte das Ideias Centrais (16 IC) identificadas na análise da discussão resultante da apresentação desta cartela. Isto demonstra convergência nos relatos em direção ao reconhecimento da existência de infidelidade matrimonial, implicando em possível transmissão do HIV.

DSC: Acreditando que há parceiros fiéis

Ideias Centrais: *relatando ter confiança na fidelidade do parceiro; acreditando que há parceiros fiéis*

Eu confio no meu amor, confio. Eu sou mais velha do que ele, eu estou com sessenta e nove anos e eu confio. Eu acho que ainda tem homem que gosta da esposa e respeita, marido honesto, marido direito.

DSC: *Acreditando que a infidelidade conjugal favorece a infecção pelo HIV*

Ideias Centrais: *acreditando que as mulheres confiam na fidelidade do parceiro; acreditando que as mulheres devem prezar pela própria saúde; acreditando que as mulheres jovens procuram homens casados; acreditando que há mulheres que desconhecem a infidelidade do parceiro; acreditando que há parceiros(as) infiéis; acreditando que na maioria dos casais soropositivos o homem infectou a mulher; acreditando que os homens procuram mulheres mais jovens; acreditando que os idosos são infiéis; acreditando que os maridos que infectam as parceiras não admitem a responsabilidade; acreditando que os parceiros podem infectar as parceiras com várias DSTs; acreditando ser difícil saber qual parceiro infectou o outro; relatando não confiar no parceiro; relatando ter exigido o uso do preservativo para o parceiro; sabendo da existência de pessoas portadoras do HIV infectadas pelo(a) parceiro(a) infiel.*

Eu acho que é porque o marido pulou cerca. Ele não teve só a esposa dele, arrumou outra. Está na trilha... Ah, é porque às vezes eles vão atrás de uma coisa diferente, outras vezes não estão bem no casamento, vão lá fora, por uma série de coisas, entendeu? O marido vai lá e dá uma “puladinha de cerca”. São uns cachorro sem-vergonha. E não é só jovem não. Eu conheço pessoas de mais idade que também.... Um monte... As estatísticas estão lá em cima. E o que mais tem são mulheres, inclusive a “Veja” publicou uma reportagem com as mulheres que foram infectadas pelos companheiros, e estão lá, lutando porque todo dia é uma luta delas, né?! Na estatística que a

“Veja” fez, a maioria era o homem que transmitiu para a mulher. Arruma uma mulher na rua, aí quando chega em casa passa para a mulher, e ela nem sabe. Se ele tiver e não prevenir, a mulher pega sim. A mulher quando fica sabendo já está contaminada. Se o marido vai, está na rua e encontra uma “piriguete” vai dar uma “bandeirada”, e a esposa em casa dança. Se tiver um marido que pulou a cerca por aí, com uma mulher que tem (o HIV) por aí, né?!...E as meninas gostam de ficar com os homens casados. Eles acham que não vão pegar doença nenhuma, aí é que se enganam... Eu tenho muitas amigas que pegaram do marido. Não usavam, porque eram casadas com o marido, crente que eram só delas, e os maridos delas andavam lá fora. Achando que eles eram fiéis a elas, bonzinhos, e não eram. Aí elas se contaminaram. Aí também não pode culpar só os homens, porque tem mulher também que às vezes pode pegar lá fora e passar para o marido também. As mulheres também pulam cerca. Elas dão uma escapadinha e depois contaminam o marido. Depois que eu tive minhas desconfianças, aí eu pedi para usar a camisinha. A gente ficou um tempão sem “nada”, aí eu disse “eu não sei o que você fez nesses dia lá fora, e eu quero usar, e está aqui” e ainda joguei “está aqui e tem um monte na gaveta, e eu não vou fazer sem usar”. Eu não queria ter caso com ele sem camisinha não, eu não queria, aí ele dizia assim: “Ah, por que você está desconfiando de mim?”, e eu “Porque na rua eu não sei o que você faz! Se você não colocar eu também não quero, vai se virar com quem você quiser na rua!”. Mas aí ele usava! Se quisesse ter alguma coisa tinha que usar camisinha. Daí a gente usou uns tempos, mas ele falou “eu estou usando, mas não estou fazendo nada de errado lá fora”... aí eu falei “tudo bem, mas se você está fazendo, então está aqui” e joguei um monte de camisinha no carro dele. Porque eu só estou em casa, não saio para nada e ele está mais para fora do que eu, e como eu não confio, então... A saúde da gente é tudo. Aí não é só a aids, tem várias coisas que podem pegar lá fora e trazer para a mulher, entendeu?!

Assim como para a discussão de outras cartelas, foi necessária a construção de dois discursos em virtude da identificação de Ideias Centrais discordantes.

No primeiro discurso foram agregados os relatos sobre a confiança na fidelidade do parceiro e no reconhecimento da existência de homens que prezam a fidelidade conjugal. No entanto, os relatos feitos neste sentido foram limitados em todos os oito grupos educativos.

O segundo discurso revela as falas e ideias que predominaram nas atividades educativas. Acreditam que a existência de problemas conjugais pode impulsionar traições, assim como a “natureza do homem”, propensa para a multiplicidade de parceiras, apesar de terem reconhecido que a infidelidade não é comportamento exclusivo dos homens.

Para validar os seus relatos, citaram informações obtidas por meio de uma revista semanal, nacional e de grande circulação, e também descreveram a situação de pessoas conhecidas que contraíram o HIV do parceiro, tido até então, como fiel.

Também acreditavam que a infidelidade masculina é favorecida pelo fato de as mulheres mais jovens procurarem homens casados. Assim como na não adoção do preservativos nas relações conjugais e extraconjugais, favorecendo a transmissão do HIV.

Com relação à infidelidade, dados de uma pesquisa realizada no Distrito Federal evidenciaram o predomínio de homens que assumem tal comportamento. O citado estudo foi conduzido com 200 homens e mulheres, e encontrou o relato de infidelidade, nos 12 meses que antecediam a entrevista, em 17% dos participantes, sendo que destes, 71% eram do sexo masculino. (Maia, Guilhem, Freitas, 2008).

Ainda neste discurso, há citações que revelam a ideia de que o preservativo não deve fazer parte de uma relação conjugal, na qual, se admite que a fidelidade é regra. A crença de que o preservativo só deveria fazer parte da vida de um casal no caso de infidelidade é presente em alguns trechos do discurso, como: “(..) *a gente usou uns tempos, mas ele falou “eu estou usando, mas não estou fazendo nada de errado lá fora”...(...)*”. Este trecho também mostra que mesmo na presença de

desconfiança quanto à fidelidade do parceiro, o preservativo não foi adotado de forma consistente. A interrupção do seu uso após o fim da desconfiança mostra uma concepção errônea sobre a prevenção do HIV/aids. O fato de a situação de infidelidade ter se encerrado não elimina a possibilidade do parceiro carregar o HIV ou outra DST, podendo ocorrer a transmissão do vírus com o fim da adoção de medidas preventivas. No entanto, aparentemente, o fim da desconfiança vem acompanhado pelo fim do receio em contrair o HIV. Este dado demonstra desvalorização dos comportamentos adotados pelo parceiro no passado, mesmo que em momento ainda recente.

A aceitação da infidelidade do parceiro também se fez presente neste discurso, ao considerar o trecho: *“Se você não colocar, eu também não quero, vai se virar com quem você quiser na rua!”*. Esta fala revela que, apesar da mulher se mostrar preocupada em adotar medidas preventivas, inclusive negando a se expor em relações desprotegidas, também propõe ao parceiro a procura de outras parceiras dispostas a aceitar o risco. Este trecho sugere conformismo com a situação de infidelidade conjugal.

Reforçando a discussão acima, observa-se o trecho: *“(...) ele falou “eu estou usando, mas não estou fazendo nada de errado lá fora”... aí eu falei “tudo bem, mas se você está fazendo, então está aqui” e joguei um monte de camisinha no carro dele. Porque eu só estou em casa, não saio para nada e ele está mais para fora do que eu, e como eu não confio (...)”*. Neste trecho, identifica-se, novamente, a preocupação com a própria situação e a desconfiança sobre a fidelidade do parceiro, porém, o ato de orientar o parceiro a usar o preservativo em relações extraconjugais, reforça a constatação sobre a aceitação de viver em uma relação na qual a fidelidade é percebida como unilateral.

Ideia semelhante 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).

Ao mesmo tempo, o relato deste tipo de “conversa” com o parceiro revela aspectos positivos quanto ao posicionamento da mulher na sua relação conjugal. Evidencia a existência de mulheres que assumem uma postura ativa diante da possibilidade de adquirir o HIV do parceiro, que encaram a possibilidade da infidelidade do parceiro, que não temem abordar o assunto de forma direta com o parceiro, fazem prevalecer a sua vontade e pedem de forma explícita que o parceiro se preocupe com transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.

A discussão entre o casal sobre fidelidade não costuma ser um assunto de fácil abordagem. Contudo, esta abordagem é importante para a mulher expor os seus receios, informar o parceiro sobre a repercussão da descoberta de infidelidade e, por que não, conversar sobre a importância do uso do preservativo em possíveis relações extraconjugais, visto que a adoção do preservativo em todas as relações sexuais entre os casais estáveis ainda parece um objetivo distante de ser alcançado.

Em relação ao emprego da frase em questão no jogo educativo, após a condução de oito intervenções, foi possível identificar a necessidade de substituir um verbo para facilitar a sua compreensão ao ser lida em voz alta para todos os integrantes do grupo. Percebeu-se que o primeiro verbo (há), ao ser pronunciado em voz alta, era compreendido pelas participantes, inicialmente, como um artigo (a). Dessa forma, sugere-se que a frase utilizada nesta cartela passe a ser: *existem mulheres casadas que pegaram o HIV do marido*.

9.2.3 Cartas amarelas – informações sobre as vias de transmissão do HIV

Neste agrupamento estão presentes as sete cartelas com frases informativas sobre as vias de infecção do HIV. Além da citação das formas

cientificamente conhecidas da transmissão do vírus, foram incluídas frases que buscaram desmistificar algumas informações errôneas que, como já descrito por outros autores, permanecem no imaginário coletivo, refletindo na adoção de medidas preventivas desnecessárias e, em alguns casos, transparecendo preconceito com as pessoas portadoras do HIV (Lima, 2006; Praça, Souza, Barbosa, 2010).

Assim como nos demais agrupamentos, serão apresentados os discursos construídos, segundo a discussão de cada cartela durante os oito grupos educativos realizados.

9.2.3.1 É seguro receber transfusão sanguínea, porque todo sangue doado é examinado

Apesar de ser conhecida a possibilidade da transmissão do HIV pelo recebimento de sangue contaminado em transfusão, esta frase foi apresentada desta forma com o intuito de enfatizar a atual segurança nos procedimentos transfusionais, devido à exigência da realização de exames laboratoriais, em todas as bolsas de sangue antes de serem encaminhadas para uso (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2010).

Com base na transcrição do debate ocorrido durante a intervenção com a apresentação desta cartela, foi possível chegar à elaboração de dois discursos: *“sabendo que a transfusão sanguínea é uma via de infecção”* e *“acreditando ser segura a transfusão sanguínea em virtude dos cuidados tomados”*. No primeiro foram agregadas quatro Ideias Centrais, e no segundo, três Ideias Centrais.

DSC: Sabendo que a transfusão sanguínea é uma via de infecção

Ideias Centrais: *sabendo que é possível a transmissão do HIV por transfusão sanguínea; relatando ter ouvido falar sobre pessoas que contraíram o HIV por transfusão sanguínea; acreditando que o sangue de*

algumas pessoas não é testado; relatando ser possível contrair doenças por transfusão sanguínea.

Eu acho que pega. Transfusão de sangue pega muito. É perigoso porque tem as pessoas que já são doadores mesmo, então, talvez, estão tão acostumados a doar sangue e às vezes nem vão exigir tanto. Eu mesmo conheço uma pessoa que é doadora, ofereceu doar sangue para mim quando eu operei, mas sai com tudo que é mulher lá da rua... Eu tive um filho que pegou no sangue, lá no hospital, ele já até morreu. Faz tempo, e ele passou para a mulher dele. Ela tem aids, mas ela está viva até hoje, trata direto. Também vi passando na televisão uma moça que pegou, porque tomou uma bolsa de sangue que estava contaminado. Tinha um vírus na bolsa em algum lugar.

DSC: Acreditando ser segura a transfusão sanguínea em virtude dos cuidados adotados

Ideias centrais: *sabendo que o sangue doado é testado antes de ser utilizado; acreditando ser seguro receber transfusão sanguínea; sabendo que caso seja identificada alguma doença infecciosa em um doador de sangue, este é chamado para receber o resultado do exame.*

Lógico, que é seguro! Hoje em dia, sim, antigamente não, mas, hoje em dia, eles passam por vários testes para poder aplicar. Hoje a tecnologia está mais avançada, né?! Porque às vezes o sangue está com problema. Hoje em dia, é muito minucioso, faz tudo certinho. O paciente tem que fazer exame primeiro para saber se o sangue está legal, para poder doar e dar para outra pessoa. Porque eu fui doar sangue e não sabia que tinha hepatite. Aí, eles me perguntaram tudo e eu falei "eu não sei"; aí, eles fizeram o exame e depois mandaram para casa uma carta que era para eu ir lá. Então é seguro, né?! Porque é examinado. Não pega o sangue de uma pessoa que seja doente para dar para outra pessoa, né?!

Nos dois discursos é possível perceber que algumas das considerações feitas foram justificadas por experiências próprias. No entanto, as diferentes experiências possibilitaram diferentes conclusões, como pode ser identificado nos discursos.

No primeiro discurso são apresentados acontecimentos que motivaram a formação de dúvidas sobre a seriedade dos bancos de sangue quanto à garantia da segurança oferecida pelas bolsas de sangue coletadas.

Provavelmente, por saberem da existência de uma entrevista realizada com todos os potenciais doadores de sangue, há o questionamento sobre o rigor adotado para a aceitação de um doador, visto que foi citado o conhecimento de um doador frequente que teria comportamento sexual promíscuo.

Além disso, há o relato de um familiar próximo que faleceu por aids e que teve como via de infecção identificada o recebimento de transfusão sanguínea. Assim como outra história acompanhada pela televisão.

Em contrapartida, no segundo discurso é exposta a confiança depositada no zelo dos bancos de sangue. Para embasar este conhecimento, é relatada a própria experiência, citando a existência da entrevista precedente à coleta de sangue e à realização de exames para a garantia de que o sangue doado seja seguro para o receptor. No caso relatado, a mulher reafirma a seriedade pelo fato de ter recebido em casa a convocação para retornar ao serviço em virtude de alteração identificada nos exames realizados.

Estes dados mostram persistência de desconhecimento sobre os atuais cuidados adotados pelos bancos de sangue. Dessa forma, torna-se necessária a existência de esclarecimentos sobre as reais possibilidades da ocorrência de infecção pelo HIV, por transfusão sanguínea, nos dias.

9.2.3.2. É possível pegar HIV se usar equipamentos contaminados que cortam ou furam

Para esta cartela, foi possível agregar as seis Ideias Centrais identificadas nas transcrições do debate em um único discurso: *“Relatando que o HIV pode ser transmitido por objetivos perfurocortantes contaminados”*

DSC: Relatando que o HIV pode ser transmitido por objetivos perfurocortantes contaminados

Ideias Centrais: *relatando que as pessoas devem usar alicate de cutícula próprio para prevenir a infecção pelo HIV; sabendo que os materiais perfurocortantes devem ser esterilizados para não transmitir o HIV; acreditando ser possível contrair o HIV e a hepatite B por meio de alicate de cutícula contaminado; relatando que usa alicate de cutícula e outros equipamentos próprios, para fazer as unhas, como forma de prevenir a infecção pelo HIV; sabendo que o HIV é transmitido por meio de objetos perfurocortantes contaminados; relatando ser possível contrair o HIV por instrumentos utilizados ao fazer a unha, devido à possibilidade de lesão local e sangramento.*

Com certeza! Se não esterilizar, passa. As manicures têm vez que elas vão fazer a unha da gente e elas ferem, e aquele alicate usa em todas as pessoas e ninguém sabe. Se, por exemplo, você tem uma infecção, aí faz a sua unha, com o seu alicate faz a minha, aí passa para mim. Mas só se tiver sangue na unha, se não tiver, acho que não, né?! Mas é rara a manicure não te dar uma picadinha, isso é normal. Então, se você tiver o seu e puder levar...Por isso eu mesma faço a minha unha, eu tenho o meu alicate, a minha lixa do meu pé e da minha mão. Acontece que tem pessoas que lixam a unha que chega a ferir um pouquinho a unha. Pega no palito também. Tudo isso pega na manicure, HIV e hepatite B pega na manicure, basta ela te cortar e cortar quem tem. Pega pela lixa da unha, pega pelo alicate, pega pela injeção, se você usar uma agulha de uma pessoa na outra.

Nesse discurso é apresentado o conhecimento de que os objetivos perfurocortantes podem transmitir o HIV, devido à presença de sangue.

Diante desse conhecimento, há o relato de cuidados adotados como forma de prevenção; entre eles, o uso de material próprio utilizado em manicure. Também foram citados materiais utilizados por manicures que, apesar de não serem perfurocortantes, podem entrar em contato com sangue e, posteriormente, com uma lesão em outra pessoa, possibilitando a transmissão do vírus.

O único outro material perfurocortante citado foi a agulha, contudo, não foi descrito em que situação de uso.

Vale citar que outros objetos não foram lembrados, como equipamento utilizado por tatuadores, lâminas de barbear e colocação de *piercing*.

Este discurso demonstra que as mulheres que participaram da intervenção sabiam que a transmissão do HIV se dá pelo sangue, sendo assim, possível pelo compartilhamento de objetos perfurocortantes potencialmente contaminados.

9.2.3.3 O HIV não é transmitido por copo, talher ou prato

O tratamento dos dados obtidos pela transcrição dos debates resultantes da aplicação desta cartela, possibilitou a elaboração de dois discursos que se opõem: “*sabendo que o HIV não é transmitido por copo, talher ou prato*” e “*acreditando ser possível a transmissão do HIV por copo, talher ou prato*”, com base no agrupamento de três e cinco Ideias Centrais, respectivamente.

DSC: Sabendo que o HIV não é transmitido por copo, talher ou prato

Ideias Centrais: *sabendo que não é possível a transmissão do HIV por utensílios domésticos; acreditando que há pessoas que não compartilham utensílios de cozinha com pessoas soropositivas; acreditando que há pessoas que desconhecem as corretas vias de transmissão do HIV.*

Eu acho que não pega. Só com contato de sangue e relação sexual. Não é transmissível pela saliva. Ainda bem, né?! Se fosse assim, restaurante ia esterilizar tudo? No prato, talher, isso, aquilo outro, não pega. Pode beber, pode comer naquele pratinho, mesmo sem lavar, não pega. Eu já convivi com toda essa gente. Convivia assim, de visitar, beijar. Meu ex-marido teve o HIV e eu chegava lá no hospital e beijava no rosto dele. Eu não convivia assim, de todo dia visitar, mas não tem perigo não. Mas tem pessoas que tem o receio de tomar no mesmo copo, né?! Não toma não! Não corre risco, mas as pessoas não fazem isso. Tem medo! Não usam de jeito nenhum, nem prato, nem talher. Não são todas, mas tem pessoas que tem aquela cisma.

DSC: *Acreditando ser possível a transmissão do HIV por copo, talher ou prato*

Ideias Centrais: *acreditando ser possível a transmissão do HIV por copo, se tiver presença de sangue contaminado; acreditando ser possível a transmissão do HIV por copo, caso tenha sido utilizado por uma pessoa soropositiva com lesão na boca; acreditando ser necessário lavar os utensílios de cozinha com água quente para prevenir a transmissão do HIV; acreditando ser necessários lavar os utensílios de cozinha utilizados por soropositivo para o HIV, para evitar a transmissão do vírus; acreditando ser possível a transmissão do HIV pelo uso de utensílios de cozinha.*

A não ser que tenha sangue da pessoa. Por exemplo, machucou a mão, aí você vai usar aquele copo. Também se você pegar um copo e tem uma feridinha, a boca machucada, e o outro também, uma fissurinha e tiver contato, se tiver algum sangue, aí pega. Também você não vai comer no mesmo prato que a pessoa comeu sem lavar, não vai tomar no mesmo copo de alguém que está com aids. Você vai lavar para colocar comida. E tem que passar água quente, se passar água quente não pega. Acho que também não pode usar o mesmo talher. Eu ficaria receosa. Você vai ter que ter receio, né?! Por isso acho que cada um tem que ter o seu copo. Pior é no

restaurante, né?! Eles fazem de qualquer jeito, assim, e aí pode pegar também. E não é só a aids, mas uma tuberculose também pega. Assim, se beber no copo do outro, pega mesmo.

Os discursos apresentados evidenciam que algumas mulheres que compareceram nos grupos educativos levaram consigo informações incorretas sobre as vias de transmissão do HIV.

Entretanto, também houve relatos corretos sobre a impossibilidade de se infectar pelo compartilhamento de copos, pratos e talheres com pessoas portadoras do vírus. Assim como em outros discursos, pode-se perceber que as participantes citaram experiências próprias para validar as suas informações, no caso, o convívio com uma pessoa soropositiva.

Mesmo no primeiro discurso, no qual foram agrupadas Ideias Centrais que indicavam o conhecimento sobre a impossibilidade da transmissão do HIV, pelo uso compartilhado dos objetos citados, há o reconhecimento de que a crença citada na cartela continua no imaginário da população.

No segundo discurso, estão descritas as maneiras como poderia ocorrer a transmissão do HIV pelo uso de copos, talheres e pratos. A crença sobre esta via de infecção reside no receio da presença de sangue contaminado nestes utensílios. Além disso, descreveram ações que deveriam ser tomadas como medidas preventivas, no caso, a limpeza com água quente ou o não compartilhamento desses objetos.

Dessa forma, percebe-se que informações básicas sobre a infecção pelo HIV, como as vias de transmissão do vírus, ainda despertam dúvidas neste grupo, bem como percepções incorretas que podem desencadear a adoção de medidas preventivas desnecessárias, além de comportamentos estigmatizados diante de pessoas soropositivas.

9.2.3.4 Não se pega o HIV por beijo, abraço ou aperto de mão

Com base na transcrição dos relatos provenientes da apresentação desta cartela nas atividades educativas, foi possível identificar seis Ideias Centrais agrupadas em um discurso: “Sabendo que o HIV não é transmitido por beijo, abraço e aperto de mão”.

DSC: Sabendo que o HIV não é transmitido por beijo, abraço e aperto de mão

Ideias Centrais: acreditando ser possível a transmissão do HIV por aperto de mão, no caso da presença de lesão na mão das pessoas portadoras do vírus; relatando que as pessoas portadoras do HIV precisam receber carinho; sabendo que o HIV não é transmitido por beijo; sabendo que o HIV não é transmitido por beijo e abraço; sabendo que o único contato físico que transmite o HIV é o sexual; acreditando que há pessoas que evitam abraçar e beijar pessoas portadoras do HIV; acreditando que há pessoas que evitam abraçar pessoas portadoras do HIV.

Não passa! A não ser que o paciente esteja com a mão machucada, se estiver ferido. Eu vi até uma entrevista que pode abraçar e beijar o cara que está com aids que não tem nada a ver. Beijo não passa. Então, pode beijar muuuuuito (risos). Menos ter relação. Mas quase não tem pessoas que quando sabem que a pessoa tem isso vai abraçar e beijar, são poucas. Até para pegar na mão eu já vi gente com receio. Mas as pessoas precisam muito de cuidar deles (soropositivos para o HIV), dar carinho, dar atenção e não fugir deles. Porque, às vezes, qualquer coisinha começa a se fechar, e não pode ser assim. Mas eu estou falando que tem gente que não faz.

Nesse discurso, identificou-se que as mulheres que participaram da intervenção sabiam que a transmissão do HIV não ocorre pelo simples contato social, no caso, representado por gestos comumente utilizados para cumprimentos. Para reforçar este dado, enfatizaram o conhecimento de que o vírus só pode ser transmitido pelo contato com sangue contaminado e

relação sexual, evidenciando que estas são vias de infecção bem conhecidas pelo grupo.

Além do relato sobre a segurança em abraçar, apertar a mão e beijar uma pessoa portadora do HIV, mencionaram a importância em manter a proximidade e a demonstração de afeto para com as pessoas soropositivas, bem como o conhecimento da existência de pessoas que evitam o contato com portadores do vírus por receio de se infectar.

Vale ressaltar que a apresentação desta cartela, também desencadeou a discussão sobre aspectos relacionados ao convívio com pessoas soropositivas. A abordagem destes aspectos possibilitou a transmissão de informações corretas sobre as vias de infecção, favorecendo a quebra de ideias preconceituosas e o melhor convívio da população com as pessoas portadoras do HIV.

9.2.3.5 Não há risco de pegar o HIV trabalhando ou morando com alguém que tem HIV/aids

Para esta cartela, foi possível a construção de um único discurso: *“Sabendo que não há risco de transmissão do HIV para as pessoas que convivem com o portador do vírus”*. Neste discurso foram agrupadas três Ideias Centrais.

DSC: Sabendo que não há risco de transmissão do HIV para as pessoas que convivem com o portador do vírus

Ideias Centrais: *sabendo que as pessoas portadoras do HIV podem morar e trabalhar com outras pessoas sem risco de transmitir o vírus; sabendo que a única pessoa que mora com o portador do HIV, que tem risco de se infectar, é o parceiro; relatando que a convivência com o portador do HIV é igual com as pessoas soronegativas.*

Não tem não, Se tiver relação com a esposa sem preservativo, ela pode pegar, mas as outras pessoas não. É um ser humano como qualquer outro. Já trabalhei três anos junto com uma que tinha. Daí o pessoal e a chefia sabiam e não queriam nem chegar perto. Eu falava “Pode conversar com a mulher e tal, não pega tão fácil assim.” É só no sexo, né?! Também conheci uma pessoa que morava com a família toda, inclusive eu morava junto e não peguei. Eu já fiz três exames depois que ela faleceu, e graças a Deus não deu nada.

Assim como na discussão do DSC anterior, percebe-se conhecimento sobre a inexistência de impedimentos para o convívio social, morando ou trabalhando junto, com uma pessoa portadora do HIV. Novamente justificaram os relatos citando as conhecidas vias de infecção, sexual e sanguínea, bem como o reconhecimento de que as pessoas portadoras do HIV continuam sofrendo com o preconceito no ambiente de trabalho em virtude do medo da transmissão do vírus por pessoas não esclarecidas.

Também utilizaram suas experiências de vida para validar seus relatos. A repetição desta forma, de reforçar os relatos apresentados nos grupos educativos, deixa claro o peso da convivência social na formação de opinião e estabelecimento de condutas diante de situações relacionadas à epidemia de HIV/aids.

9.2.3.6 O HIV não é transmitido por vaso sanitário, banco de ônibus, de metrô ou outro tipo de banco

As discussões desencadeadas com a apresentação desta cartela, nos oito grupos educativos realizados, possibilitaram a identificação de Ideias Centrais contraditórias. Dessa forma, foram necessárias as construções de dois discursos. No primeiro, “*Sabendo não ser possível se infectar pelo HIV em assentos públicos e vasos sanitários*”, foram agrupadas seis Ideias Centrais. No segundo discurso, “*Acreditando ser possível contrair o HIV em*

assentos públicos e em vasos sanitários”, considerando a semelhança dos conteúdos, foram agrupadas seis Ideias Centrais.

DSC: Sabendo não ser possível se infectar pelo HIV em assentos públicos e vasos sanitários

Ideias Centrais: acreditando que não é possível contrair o HIV em bancos públicos, mas que é possível adquirir outras doenças; sabendo que não é possível contrair o HIV em vaso sanitário; relatando receio em usar bancos públicos; sabendo que não é possível contrair o HIV em bancos públicos; relatando que algumas pessoas acreditam que o HIV pode ser transmitido em bancos públicos; relatando que conhece uma pessoa que adquiriu uma doença no banco do ônibus.

O HIV não. Ele não pega no banheiro, não pega no colo, não pega em nada. Eu acho que é só no sangue mesmo. Porque se fosse assim, a gente estava esterilizando toda hora o banco do ônibus e todo mundo estava com aids. Eu acho que deve ter alguma coisa nesses bancos que evita a transmissão de doença. Quando levanta uma pessoa que está lá (sentada no banco do ônibus) aí a pessoa fica assim “ai meu Deus será que eu vou sentar aqui”, sabe, com aquele medo, eu vou e sento. Se eu estiver cansada... Eu penso nessa doença aí, depois eu penso de novo “Não, isso aí não pegar não”, aí eu fico sossegada. Anos atrás, a gente não sentava quando sabia que a pessoa estava com doença ou alguma coisa. A gente sentava assim (faz o gesto com o quadril longe da cadeira), até sentar mesmo ali. Para esfriar aquele banco levava um tempão. Agora, eu acho que é a mesma coisa. Teve uma vez que eu estava em um ônibus que uma senhora estava em pé, aí um rapaz levantou para dar o lugar para ela, aí ela não sentou, aí ele falou: “A senhora não vai sentar, não?”, e ela disse “Não, estou esperando o banco esfriar.” Não pega, mas as pessoas ficam com medo, de todo mundo ali, né?! Logo no início ninguém sentava, eu adorava. No vaso, no banheiro, não tem perigo, né?! Mas eu tenho uma amiga que pegou uma coceira no lugar quente do ônibus que ela sentou. Com certeza, HIV não. Mas você

pode pegar qualquer outro vírus, tem outras coisas que pode pegar. HIV não, mas carrapato, chato, gonorreia, e umas outras que eu nem lembro o nome. Vixi! Tem um monte de doença, aí. Tem banheiros femininos, que nem lá na igreja, entra gente, sai gente, aquelas beatas, eu tenho nojo de sentar, porque elas são muito porcas, a maioria das mulheres é porca, então isso que é ruim.

DSC: Acreditando ser possível contrair o HIV em assentos públicos e em vasos sanitários

Ideias Centrais: *relatando que não se senta em bancos públicos, logo após alguém se levantar; acreditando ser possível se infectar pelo HIV em bancos públicos; relatando cuidados adotados ao usar o vaso sanitário público; acreditando ser possível adquirir doenças no transporte público; acreditando ser necessário deixar os bancos públicos esfriarem antes de se sentar; acreditando ser possível se infectar pelo HIV em banheiros públicos.*

Eu tenho nojo de sentar, levanta uma pessoa, o banco fica molhado, pelo amor de Deus... Deixa o banco esfriar, aí, depois você senta. Eu fico meio desconfiada, eu não sei se pega, mas fico desconfiada. E se a pessoa tiver um corrimento e ela levantar assim de uma cadeira quente, e a gente sentar, acho que pega! Isso eu já ouvi falar... Passa HIV! Também tem muita bactéria dentro dos ônibus. Dependendo do ônibus, janela fica fechada, aquela pessoa está doente, e corre risco também, né?! Na privada eu não sei, ainda mais privada de bar, não sei. Ah, é porque tem muita gente que vai ao banheiro e não dá descarga para o outro usar. Aí pega. Por isso eu tenho alguns cuidados quando eu vou usar um aparelho sanitário público. Eu não sento, eu faço sem sentar. Mas se for o “número dois”, aí tem que sentar, “número um” dá para fazer em pé, mas “número dois” é difícil. Por isso, sempre levo um rolo de papel higiênico, aí eu forro e sento, depois tiro, lavo minhas mãos e pronto. Esses cuidados eu tenho. Na privada, sentadinho, em cadeira de ônibus, de metrô, no meu pensamento aquela cadeira, eu saio, está quente, aquela pessoa vem e se senta, se eu tiver

uma doença acho que pega. Eu acho assim, pode pegar naquela “quenturinha”. No meu pensamento eu acho que pega, eu sempre pensei e penso. Eu sento assim e fico com a bundinha para cima. Eu não gosto de sentar.

Assim como para outras cartelas, foi necessária a construção de dois discursos em virtude da existência de Ideias Centrais discordantes.

No primeiro discurso, há a descrição da informação sobre a impossibilidade da ocorrência da transmissão do HIV pelo uso compartilhado de sanitário e assentos com pessoas portadoras do vírus. Entretanto, citaram o conhecimento de pessoas que acreditam nesta via de infecção. Além disso, ressaltaram que esta crença era mais presente nos primeiros anos da epidemia devido à menor informação sobre a doença pela população.

Apesar de conhecerem a impossibilidade da transmissão do vírus por essa via, acreditavam na possibilidade da transmissão de outras doenças, resultando na adoção de medidas tidas como preventivas.

Já o segundo discurso apresenta a crença na possibilidade de contrair o HIV, assim como outras doenças, pelo uso em comum de assentos sanitários e bancos de ônibus e metrô com pessoas portadoras do vírus.

Não foi possível identificar a justificativa para o receio em contrair doenças em assentos públicos, contudo, pode-se inferir que relacionem a possibilidade de transmissão por meio do suor, no caso de banco de ônibus e metrô, e possível presença de fezes e urina em assentos sanitários. No entanto, também citaram “esperar esfriar” sugerindo a crença da permanência de microorganismos em locais aquecidos pela presença do corpo.

Esta crença também foi encontrada em 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).

O trecho “*Dependendo do ônibus, janela fica fechada, aquela pessoa está doente, e corre risco também, né?!”,* desperta algumas suposições

quanto à origem da crença relacionada à possibilidade de transmissão do HIV dentro deste ambiente. É comumente divulgado pela mídia, em especial no inverno, o aumento das doenças respiratórias, devido à aglomeração de pessoas em locais sem ventilação, como os veículos de transporte público. Pode-se inferir que algumas pessoas acreditassem que esta informação seja válida para outros agravos à saúde, inclusive o HIV.

Os discursos construídos, observando a discussão desta cartela, evidenciam que esta crença, quanto à via de infecção do HIV, permanece no imaginário da população, sendo ainda necessária a discussão sobre as corretas vias de transmissão do vírus.

9.2.3.7 Não é possível pegar HIV no hospital ou posto de saúde, porque todos os materiais e equipamentos são esterilizados ou descartáveis

O tratamento dos dados, segundo o DSC, possibilitou a construção de dois discursos: “*Acreditando ser possível contrair o HIV em serviços de saúde, durante a prestação de assistência*” e “*Sabendo que nos serviços de saúde não é possível adquirir o HIV, porque os materiais e equipamentos são descartáveis ou esterilizados*”. Foram agrupadas nove Ideias Centrais no primeiro discurso e cinco no segundo discurso.

DSC: Acreditando ser possível contrair o HIV em serviços de saúde, durante a prestação de assistência

Ideias Centrais: *acreditando ser possível contrair doenças ao coletar sangue para exames; relatando que observa, se os materiais utilizados nos serviços de saúde são descartáveis; acreditando ser possível contrair HIV, em serviços de saúde; relatando que um conhecido foi infectado pelo HIV, em um serviço de saúde; acreditando ser necessário observar se os materiais perfurocortantes utilizados, nos serviços de saúde, são*

descartáveis; relatando que tem medo de se infectar pelo HIV ao coletar citologia oncológica; acreditando ser necessário observar se os materiais e equipamentos utilizados nos serviços de saúde são esterilizados; relatando uma situação na qual um profissional de saúde tentou reutilizar uma agulha.

Eu acho que sim! E com isso nós ficamos mais doidas de fazer exame de sangue, né? Faço exame de sangue para saber se eu estou bem. Mas, às vezes, pode estar contaminada de outra coisa, né?! É raro acontecer, mas acontece. Não todas as vezes, mas acontece. Por isso, quando a gente vem aqui para tirar sangue, eu mesmo fico com cisma, pelo meu gosto eu nunca tirava sangue. Eu tiro cismada! Eu faço exame de sangue, porque eu tenho diabetes e tenho que estar me curando, né?! Mas se não fosse, eu não tirava sangue nunca na minha vida. Você vê tantas coisas que acontecem em hospital, a pessoa entra boa e sai doente, é uma sujeira no leito. E assim acontecem várias coisas, então, eu acho que sim. Uma vez um sobrinho meu pegou isso (o HIV) no hospital em Sobral⁶. A mulher aplicou a agulha e pensou que tinha trocado, aí ela tirou e aplicou nele. Aí o rapaz adoeceu e foi para o buraco. Diz que foi aids. A mãe dele foi com ele e ficou olhando, porque ele tinha levado uma queda e naquela aflição estava passando muito mal. Quando a menina puxou a agulha lá, pensou que tinha mudado a agulha, e com seis meses ele morreu, foi para sepultura. A mãe dele acha que foi assim, porque ela foi lá com ele. Uma vez fui tomar uma injeção e a enfermeira tirou a agulha da mulher lá e socou na minha injeção e aí eu falei “Não minha filha”, eu saí e não tomei injeção. Aí eu saí fora, fui embora. Aí ela: “Ah, me desculpe, eu vou jogar essa fora e pegar outra ali”, e eu “Não minha senhora, estou indo, tchau”. Ia usar a mesma, ela já tinha feito lá tudinho, e eu prestando atenção. Então, quando pega aquela seringa do nada, eu fico só olhando. No posto, eu olho mesmo. Também para colher Papanicolaou, elas abrem a gente com aqueles bicos de pato, a gente fica sempre meio cismada, né?! Também quando a gente vai à farmácia tem que ver se o farmacêutico pegou uma agulha descartável, e se ele pegou a mesma agulha, que outro usou, a gente vai ver também. A gente tem que

⁶ Município do Estado do Ceará.

ver. Eu fui tomar injeção na farmácia e fiquei olhando. Eu tenho medo, eu não confio não. Pega no dentista também.

DSC: Sabendo que nos serviços de saúde não é possível se infectar pelo HIV, porque os materiais e equipamentos são descartáveis ou esterilizados

Ideias Centrais: *sabendo que nos serviços de saúde os materiais perfurocortantes são descartáveis; acreditando que antigamente era possível contrair HIV nos serviços de saúde; sabendo que nos serviços de saúde são tomados cuidados que impedem a transmissão do HIV; acreditando não ser possível contrair o HIV em serviços de saúde; sabendo que nos serviços de saúde os materiais e equipamentos são esterilizados.*

Ah, a agulha de hoje é descartável. Hoje em dia não é possível, mas antigamente era. A gente tinha medo de pegar no hospital. Hoje em dia não, está mais avançado, está tudo mudado, né?! Eles não vão dar uma injeção em uma pessoa com a mesma agulha, não usa a mesma seringa. É seguro, porque assim, quando eles vão aplicar a injeção, é descartável. Hoje é descartável, entendeu?! Eu não fico cismada não, eu vejo elas tirando do saquinho e depois jogando fora. Tudo no plastiquinho, ali não tem como, quando a pessoa vai tomar injeção, está ali nos plásticos. Usou aquela agulha, joga fora. Não tem perigo. Eu nem penso, eu confio. Antigamente sim, mas hoje em dia estão tratando a gente melhor, estão usando luva, protetor aqui (máscara), as caixinhas direitinhas. Isso a gente tem que olhar, porque são detalhes, viu?! Porque qualquer coisinha dali você desconfia, porque não dá, hoje tem que ter a caixinha para por as injeções descartáveis, tudo no seu devido lugar, não jogar por aí que nem estão jogando, contaminando as pessoas. Todas as coisas de posto são enxaguadas, são lavadas, e o material cirúrgico é todo esterilizado. Eu acho que não pega sendo assim, esterilizado. Senão a gente estava perdida, né?! Hoje em dia eu não tenho medo não, me sinto segura.

No primeiro discurso, apresentado para esta cartela, percebe-se a crença na possibilidade da transmissão do HIV em serviços de saúde. Este receio reside na informação de que a transmissão do vírus se dá pelo contato com sangue e no reconhecimento de que nos serviços de saúde são feitos procedimentos nos quais este material é manuseado, assim como o material coletado para o exame de citologia oncológica.

Ainda no primeiro discurso identifica-se o conhecimento de que os materiais e equipamentos utilizados nos serviços de saúde são descartáveis ou esterilizados. Dessa forma, o receio consiste na crença de que os profissionais de saúde poderiam não tomar os cuidados necessários, expondo as pessoas atendidas ao risco de entrar em contato com material biológico contaminado, em especial o sangue.

Além disso, citaram o conhecimento de uma pessoa que, supostamente, teria contraído o HIV em um serviço de saúde após o uso de uma agulha contaminada. No entanto, este relato apresenta dados que o colocam sob suspeita, como a ocorrência do óbito por aids ter ocorrido seis meses após a injeção, quando sabe-se que a história natural da infecção pelo HIV não costuma ocorrer dessa forma.

Também houve a citação de uma experiência pessoal, na qual, acreditava-se que um profissional de saúde teria tentado reutilizar uma agulha. Entretanto, a situação deve ser ouvida de forma criteriosa e pode-se pensar na ocorrência de outras possibilidades que poderiam ter provocado uma falsa impressão. Por exemplo, é comum ser utilizada, em serviços de saúde, uma agulha para aspirar a medicação e outra para realizar a aplicação. Talvez, esta troca de agulhas tenha dado a impressão de sua reutilização.

Interessante ressaltar o relato das medidas tidas como preventivas adotadas por essas mulheres nos serviços de saúde. Como observar, se o material utilizado é realmente descartável.

Pode-se inferir que a divulgação pela mídia de casos de óbitos por infecção hospitalar, pode ter favorecido a crença de que, assim como outras doenças podem ser contraídas em serviços de saúde, o HIV também possa.

Já no segundo discurso, há o reconhecimento de que os serviços de saúde têm a preocupação em utilizar somente materiais e equipamentos descartáveis ou esterilizados em procedimentos que possibilitam contato com material biológico. Apesar disso, também houve o relato da importância dos usuários observarem a segurança do material utilizado.

Além do uso do material, nesse discurso, também, citaram cuidado no descarte do material utilizado. Percebiam o uso de recipiente específico como mais um indicativo de zelo dos serviços de saúde no controle de materiais contaminados, assim como a garantia de que este material não será reutilizado.

9.2.4 Cartelas beges – discussão sobre temas relacionados à prevenção da infecção pelo HIV

Neste agrupamento, estão presentes as cartelas com conteúdos que abordam aspectos relacionados à prevenção da infecção pelo HIV, totalizando quatro cartelas.

A seguir, assim como nos demais agrupamentos, serão apresentadas as frases empregadas nos jogos educativos, em seguida, os discursos construídos com base na discussão de cada uma.

9.2.4.1 Muitos homens não gostam de usar a camisinha

DSC: Acreditando que as mulheres devem exigir o uso do preservativo

Ideias Centrais: *acreditando que as mulheres devem exigir o uso do preservativo para os parceiros; acreditando que as mulheres não devem aceitar manter relações sexuais sem o preservativo; acreditando que os homens não gostam de usar o preservativo; relatando que exigia o uso do preservativo para o parceiro; relatando que o parceiro não gosta de usar o*

preservativo; relatando que os homens sentem menos prazer com o uso do preservativo.

Não, a maioria não gosta, né?! Meu marido nunca gostou. Ele fala que não quer “chupar bala com o papel”. Porque é melhor sem camisinha, né?! Eles sentem mais prazer. Mas as mulheres não têm que fazer a vontade deles. Têm que exigir mesmo, que a vida é delas. Se eu não me amo, não cuido da minha vida, e é você quem vai cuidar? Cada um tem que cuidar da sua vida. O meu marido, se quiser ter alguma coisa, tem que usar camisinha. Claro que ele não gosta. Mas se falar que não gosta, então fica sem! É difícil, mas não é impossível. Não quer, cai fora! Ele falava assim, com raiva, assim bem irritado mesmo, “usar camisinha! Isso é coisa pra corno”. É assim que ele falava. Aí eu dizia, “vai “arrudiar” para lá onde você não precisa usar com elas, porque comigo você não vai não”. Aí ele ficava sem “o chambinho”. Mas aí ele ia procurar “o chambinho” lá fora (risos).

DSC: *Relatando a dificuldade em negociar com o parceiro o uso do preservativo*

Ideias Centrais: *acreditando que o homem não costuma utilizar o preservativo com a esposa; relatando que o parceiro não aceita usar o preservativo; relatando que a mulher pode usar o preservativo feminino; relatando a experiência com o preservativo feminino; acreditando que quando a parceira insiste no uso do preservativo, o homem procura relações extraconjugais; acreditando que há homens que não aceitam o uso do preservativo; relatando que cedeu à vontade do parceiro em não usar o preservativo.*

Nem todos os homens aceitam. Principalmente quando é marido e mulher. Às vezes, tem marido que não é de convencer. Tem marido que não é não. Aí a mulher pode usar a dela (preservativo feminino). Eu já usei, mas me machucou, porque eu não soube colocar. Tem um anelzinho, e aí eu não soube colocar direito. Mas é bom porque você não fica suja. Mas, às vezes,

tem marido que não aceita nem que a mulher use. O meu marido não gostava de usar preservativo, e a gente acabava brigando. Aí eu deixei para lá e comecei a tomar remédio, anticoncepcional. Ele não aceitava, não admitia a camisinha, não. Ele podia usar assim, lá na rua, mas em casa não usava.

Para a apresentação do conteúdo das discussões ocorridas com a apresentação desta frase, foram necessárias as construções de dois discursos.

No primeiro discurso, assim como também no segundo, ficou evidente a crença das mulheres que o preservativo não é bem aceito pelos homens, sobretudo por considerarem que interfere negativamente na qualidade da relação sexual. No entanto, o foco principal reside no reconhecimento de que a mulher deve prezar pela própria saúde, exigindo o uso do preservativo pelo parceiro e se negar a manter relações desprotegidas.

Mesmo no discurso anterior, no qual é reforçado o papel ativo da mulher no sentido de prevenir a transmissão sexual do HIV, há o reconhecimento das barreiras existentes para a adoção do sexo seguro devido à frequente resistência do parceiro.

Já no segundo discurso, o foco são as dificuldades que as mulheres encontram para a adoção consistente do preservativo. Em relação a este dado, vale ressaltar o reconhecimento de que o laço matrimonial torna a negociação do sexo seguro mais complexa, resultando em situações de conflito entre o casal.

Para o homem, a exigência da utilização do preservativo, pode ser compreendido como falta de confiança e de amor da parceira. Visto que o preservativo ainda é percebido como método contraceptivo, e ainda, de uso esporádico (Morales, Barreda, 2008). Tais concepções tornam ainda mais difícil a negociação do uso do preservativo para as mulheres que estão fora do período reprodutivo.

Diferente do apresentado no primeiro discurso, identificou-se o comportamento feminino em ceder à vontade do parceiro, submetendo-se ao risco inerente ao não uso do preservativo. Situação agravada quando se

considera o relato que sugere a existência de desconfiança sobre a fidelidade do parceiro: “(...) *Ele podia usar assim, lá na rua, mas em casa não usava (...)*”.

Estes trechos demonstram que a esposa, para manter a paz conjugal e o relacionamento em harmonia, aceita abnegar-se de suas preocupações, traduzidas em exigências, por desagradarem o parceiro, mesmo que isto signifique colocar o próprio bem-estar nas mãos do outro.

Dessa forma, pode-se perceber que a decisão em usar o preservativo em todas as relações sexuais não depende somente do conhecimento sobre sua efetividade e acesso, o ponto nevrálgico desta ação está na capacidade de a mulher negociar o seu uso com o parceiro, na determinação em resguardar a própria saúde, ainda que o preço seja abalar a instabilidade da relação. No entanto, deve-se considerar o questionamento: Vale a pena? Para algumas mulheres a resposta, mesmo após reflexão baseada em informações corretas, continua sendo “não”.

Várias possibilidades podem ser pensadas no sentido de melhorar este cenário, como a criação de ações que promovam o “*empowerment*” feminino, planejamento e implementação de atividades permanentes que ampliem a discussão da situação da mulher, pensando em soluções viáveis. Além disso, acredita-se que a inclusão dos homens no debate sobre as relações presentes em uma relação afetiva, como as de gênero, poder e dependência, seriam válidas para a melhor compreensão dos desafios encontrados pelas mulheres casadas para a adoção do preservativo. Também acredita-se que a conscientização dos homens sobre o tema, tratado sob a ótica masculina, repercutiria positivamente no campo da saúde da mulher.

Neste mesmo discurso, é mencionado o preservativo feminino como método de controle da mulher, e opção quando o parceiro não aceita usar o preservativo masculino. No entanto, o relato deixa claro que foi utilizado apenas uma vez e sugere dificuldade na sua colocação.

Atualmente, o preservativo feminino, apesar de ter a desvantagem de um custo mais elevado, ser menos divulgado e disponível, é o único que oferece barreira de dupla proteção, não apresenta efeitos colaterais e

principalmente, tem a mulher no controle e iniciativa de uso. Lançado em 1920 na Inglaterra, somente com o advento da aids passou a ser realidade, e, em dezembro de 1997, teve a licença do Ministério da Saúde para a comercialização (Buchalla *et al.*, 1998; Santos, *et al.*, 2005; Kalckmann, Farias, Carvalheiro, 2009).

No Brasil, há dois tipos de preservativo feminino: o *Reality*®, fabricado pela *Female Health Company* (Chicago, EUA), feito com material resistente, transparente e macio (poliuretano), que não provoca reações alérgicas, com o formato de uma bolsa plástica com dois anéis, que desde 2000, por meio do programa de prevenção, é fornecido pelo Ministério da Saúde na rede pública de saúde, e o *L'amour*®, primeiro preservativo feminino de látex do Brasil, revestido de poliuretano, com maior facilidade de colocação e retirada, maior conforto, sem comprometimento da sensibilidade, sem cheiro forte, não faz barulho durante a relação e com preço mais acessível (Oliveira *et al.*, 2008).

9.2.4.2 A única maneira de não pegar o HIV pela relação sexual é usando a camisinha

Com a apresentação desta cartela, foi possível a construção de um único discurso: “*relatando a importância do preservativo para a prevenção do HIV*”. Neste discurso, foram agrupadas cinco Ideias Centrais.

DSC: *Relatando a importância do preservativo para a prevenção do HIV*

Ideias Centrais: *sabendo que o uso do preservativo previne a infecção pelo HIV; sabendo que o uso do preservativo é a única maneira de prevenir a infecção pelo HIV por via sexual; acreditando que o preservativo pode falhar; citando a abstinência sexual como forma de prevenção da infecção pelo HIV; sabendo que o preservativo previne o HIV e outras DSTs.*

Se aquela pessoa tiver (o HIV) e não se prevenir, eu acho que pega. Tem que usar a camisinha, né?! Eu acho que só tem a camisinha mesmo, é o único jeito. Não tem outro jeito! Ou pode não fazer (sexo) também. E a camisinha nem evita só HIV, evita outras doenças. Se a pessoa tiver alguma coisa, passa para você, se não usar camisinha. Mas eu vejo muita gente grávida falando “a camisinha furou”. É verdade isso?

A efetividade do uso do preservativo, para a prevenção da infecção pelo HIV, foi unânime entre as mulheres participantes da intervenção. No entanto, a sua segurança quanto aos possíveis rompimentos foi questionada devido ao conhecimento de pessoas que atribuíram a ocorrência de gestação à falha do método. Novamente identifica-se a vivência dessas mulheres como fonte de informações sobre temas relacionados à saúde.

Ao se associar os relatos obtidos neste discurso aos presentes na discussão da cartela apresentada anteriormente, reforça-se a conclusão de que o determinante para o uso do preservativo não é o conhecimento, mas sim os aspectos que envolvem esta decisão, a reflexão sobre as barreiras e benefícios percebidas e a conclusão obtida após sua confrontação.

Apesar do debate sobre a efetividade do preservativo na prevenção da transmissão do HIV, pela via sexual, ter sido proporcionada na discussão de outras cartelas, considera-se válida a inclusão desta frase no jogo educativo, como forma de reforçar que o uso do preservativo continua sendo a única medida preventiva para esta via de infecção. Visto que, durante a coleta de dados, por meio da aplicação do Instrumento II (APÊNDICE 2), foi possível obter relatos de crenças sobre a possibilidade de outras medidas preventivas, como a aplicação de limão e alho no pênis do parceiro para identificar a presença de DSTs, inclusive o HIV.

9.2.4.3 Algumas mulheres não pedem para o parceiro usar a camisinha, porque têm medo que ele fique desconfiado ou bravo

Assim como no discurso anterior, a discussão com a apresentação desta cartela nos grupos educativos proporcionou a elaboração de um único discurso: “*relatando as barreiras que as mulheres encontram para negociar o uso do preservativo*”. Para isso, foram agrupadas as Expressões-Chave de seis Ideias Centrais.

DSC: *Relatando as barreiras que as mulheres encontram para negociar o uso do preservativo*

Ideias Centrais: *acreditando que, se a mulher pedir para o parceiro usar preservativo, pode despertar desconfiança; acreditando que os homens não aceitam o uso do preservativo, por ignorância; acreditando que a mulher deve insistir no uso do preservativo mesmo quando o parceiro fica bravo ou desconfiado; acreditando que há mulheres que não pedem para o parceiro usar o preservativo por receio de deixá-lo bravo ou desconfiado; relatando que se pedisse para o parceiro usar preservativo poderia ser agredida; acreditando que as mulheres aceitam não usar o preservativo por receio do parceiro procurar outras mulheres.*

Às vezes surge dúvida até da cabeça dele sobre a mulher. O marido já vai querer desconfiar. A maioria é desconfiado... “Por que você está pedindo para eu usar se nunca usou?” Tem que dizer “eu nunca usei, mas hoje eu quero usar”. São todos ignorantes! Não tem a mente aberta. Isso não é questão de ter outro lá fora, é questão de segurança mesmo, a mulher tem que se cuidar. Se a mulher não aceita, quer separar, se quer usar camisinha, é porque tem outro. Então, ela para provar que não tem outro, acaba cedendo. A mulher acaba cedendo para não perder o marido. Bom, entre aspas, para não perder, para ele não trair, que acaba traindo da mesma forma. Se é para usar camisinha eles acham ruim que está desconfiando deles. Mas, vai saber o que ele já aprontou! Às vezes é medo de deixar ele bravo, porque tem homem que é muito ignorante e desconfiado. Nem pede, por causa disso. Imagina, se eu ia pedir isso para o meu ex-marido! Ia levar

um muro tão grande na cara que ia ficar torta assim (entorta a cabeça para o lado). Ia me chamar de vadia, disso, daquilo, daquilo outro.

O discurso é iniciado com a apresentação de um dos pontos mais problemáticos, quanto ao uso do preservativo para as mulheres com idade igual ou superior a 50 anos. Como justificar o início do seu uso no período pós-reprodutivo? Principalmente quando se vive uma relação estável e duradoura?

Levantar o assunto, sem trazer para dentro da relação questionamentos sobre a fidelidade, é algo praticamente impossível. Isso significa para a mulher, que solicita o uso do preservativo, se expor à questionamentos sobre a sua conduta e/ou sobre a confiança que deposita no parceiro.

Para algumas mulheres, ao refletir sobre as repercussões desta discussão, é concluído que as perdas poderiam superar os ganhos, levando-a a adotar uma atitude passiva e de desvalorização do autocuidado. Como demonstrado pelo tratamento dos dados coletados por meio do Instrumento I (APÊNDICE 3), as mulheres entrevistadas possuem baixa renda e muitas relataram como ocupação “do lar”, ou seja, dependiam financeiramente de alguém, muitas vezes do parceiro. Isso significa que abalar a relação com o parceiro poderia trazer consequências que vão além das emocionais e afetivas, alcançando questões práticas, como o próprio sustento financeiro. Dessa forma, optam por silenciar-se e seguem com seus receios.

Outra motivação para a persistência do silêncio é o receio de o parceiro procurar por outras mulheres que se submetam a relações sexuais desprotegidas, ou seja, percebidas como mais prazerosas. No entanto, vale ressaltar o relato da crença de que a procura por outras parceiras seria algo inevitável. Além disso, há o relato claro do silêncio diante da possibilidade da agressão física.

Para Morales, Barreda (2008), a concepção sociocultural da feminilidade coloca em risco a saúde das mulheres. Visto que é esperado da mulher uma atitude passiva frente às situações relacionadas à sexualidade, potencializando a sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

Dados de pesquisa realizada na Flórida – EUA, com 572 mulheres, com idade entre 50 e 93 anos, constatou que o ato de silenciar-se estava relacionado à não adoção do preservativo nas relações sexuais. Os autores associam tal comportamento à história de opressão, de dependência financeira, de medo de abuso e do abandono (Jacobs, Thomlison, 2009).

Dessa forma, nota-se que são muitas as barreiras percebidas por este grupo de mulheres para a adoção do preservativo em suas relações sexuais, sobretudo, entre os casais estáveis e com anos de relacionamento.

A citação sobre a opção pelo silêncio diante da possibilidade de agressão física mediante a solicitação do uso do preservativo, revela outro tema merecedor de atenção no tocante à saúde da mulher: a exposição a violência praticada por parceiros íntimos. Pesquisa nacional realizada com 5.040 homens e mulheres, na faixa etária de 16 a 65 anos, encontrou relato de violência sexual em pelo menos uma vez na vida entre 11,8% das mulheres entrevistadas (Schraiber *et al.*, 2008). Este dado revela a magnitude do problema, e traz a tona a necessidade por pesquisas que investiguem a relação entre violência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV na população feminina.

9.2.4.4 As mulheres mais velhas podem orientar os jovens da família sobre como prevenir o HIV

Com a transcrição das atividades educativas, foi possível a construção de dois discursos: *“acreditando ser importante orientar os jovens da família sobre como prevenir o HIV”* e *“relatando não conversar com os filhos e netos sobre como prevenir o HIV”*.

No primeiro discurso, foram agrupadas três Ideias Centrais e no segundo discurso foram sete Ideias Centrais.

DSC: Acreditando ser importante orientar os jovens da família sobre como prevenir o HIV

Ideias Centrais: *relatando que orienta os jovens da família sobre a prevenção do HIV; relatando que antigamente as mães não conversavam com os filhos sobre temas relacionados à sexualidade; acreditando ser importante orientar as crianças sobre a prevenção do HIV.*

Até para as minhas netinhas de nove anos e de 12 anos eu falo. Você tem que ter essa mente aberta para essas crianças. É importante! Pelo menos os netos que eu tenho, desde novos, ensinei a usar camisinha. Porque não evita só filho, mas também doença. A camisinha evita tudo. Já com os filhos foi assim, com a filha mulher era eu que falava. Fui falar com uns dez, 11 anos, e ela falou “a partir do momento que a gente se dá ao respeito, todo mundo respeita a gente”. Eu disse “meu Deus do céu, graças a Deus”. Agora, tem dia que vem até os filhos da vizinha me ouvir. Eles falavam “a minha mãe não fala, porque tem vergonha; a minha vó não fala, porque tem vergonha”. Eu não tenho vergonha não. Falo “vem cá gente! Vocês precisam aprender, precisam ser educados sexualmente. Porque, senão, lá fora o mundo vai ensinar vocês. Aí vocês vêm com a pior doença. Então vamos sentar aí e vamos conversar”. Eu brigava com os meus filhos “Pode pegar camisinha, aí”. Agora já são todos casados. Então é isso. Explico, abro o verbo, explico direitinho. As pessoas falam “meu Deus, essa mãe é aberta, mente aberta”. Eu sempre fui mente aberta para isso. Eu falo com meus netos, falo com os meus filhos. Os meus netos, às vezes falam “mas vó, eu estou com tanta vergonha...”. E eu digo “deixa a vergonha de lado”. Mas você tem o direito de falá, né?! Você é mãe, é vó! É obrigação de pai e mãe fazer isso também! Meus pais eram pessoas fechadas. Não falavam nada sobre isso, mas quando eu fiquei na idade de mocinha, eu falava com amigas. Hoje eu sou casada, tenho meus filhos e eu converso, sempre conversei. Tem que conversar. A mente da mãe da gente era muito fechada.

DSC: *Relatando não conversar com os filhos e netos sobre como prevenir o HIV*

Ideias Centrais: acreditando que os jovens não ouvem os conselhos dados; acreditando que os jovens não querem conversar sobre isso; acreditando não ser necessário orientar os filhos, porque eles já são informados; relatando que orienta os filhos de forma superficial; acreditando não ser necessário orientar os filhos casados; admitindo não orientar os jovens da família sobre a prevenção do HIV; acreditando não ser necessário orientar os filhos, porque eles são pessoas corretas; acreditando não ser necessário orientar os netos, porque os pais fazem este papel

Eu não sei... Eu não vou orientar meus filhos. Nem preciso, eles já sabem muito bem! Eu poderia orientar quando eles eram menores, mas agora eles já são vividos, eles têm a mulher deles. Às vezes eu falo assim: “cuidado com a mulher que você...”, mas sobre tudo, né?! Eu não tenho mais filho solteiro, mas já tem um separado. Então falo “tome cuidado”, porque a primeira era muito doidona. Eu falo: “cuidado com a mulher que você vai pegar, hein! Toma cuidado com essas mulheres”. É sobre tudo, se ele entender... Mas, agora, eu falar assim: “cuidado, filho, com o HIV”, isso não, vou ser sincera. Quando foi um dia, fui arrumar a gaveta dele e eu vi camisinha, uma caixa cheinha. Então está prevenindo, já sabe se virar. Ele tem mais juízo que o pai. Os outros são casados, homens direitos, sempre foram direitos e continuam direitos. Não tem essa história de estar aqui, estar ali. Com os meus netos eu nunca falei. Os pais deles estão orientando eles. Também tem na televisão passando isso. Tem que dar conselho, né?! Mas eles pegam e não obedecem nem nada! Eles não querem nem saber.

É possível perceber, pelo próprio título dos discursos, que se tratam de relatos discordantes sobre o tema contido nesta cartela. Dessa forma, é possível de antemão perceber que o assunto despertou citações diversas, durante os oito grupos educativos realizados.

No primeiro discurso, foram agrupadas as Ideias Centrais referentes ao relato e defesa do papel das mães e avós como educadoras sexuais dos jovens da família.

Foi apresentada a percepção de que a abordagem deste tema deveria ser iniciada em idade ainda precoce, antes do início da puberdade. Este relato é coerente, se considerar que na comunidade onde as mulheres, que participaram da pesquisa, residiam é comum a ocorrência de gravidez na adolescência, em meninas com 12, 13 anos de idade.

Além disso, apesar do discurso apontar a importância desta ação, notou-se ainda a existência de pais que se esquivam do tema com os filhos. Deixando a educação sexual, inclusive, a orientação sobre a prática do sexo mais seguro, a carga da interação social da criança/adolescente com o mundo, sendo que este pode se dar com os colegas da mesma idade ou na escola. Entretanto, vale ressaltar que discutir este tema com colegas, significa receber informações de pessoas também carentes de informações. Já em relação à escola, sabe-se que é variada a maneira como estas instituições tratam o assunto e em que momento isso ocorre.

Para Orel *et al.* (2010), as ações educativas sobre HIV/aids, voltadas para a população idosa, também deveriam abordar a relação intergerações e estimular os participantes a iniciar diálogos sobre o tema com os jovens da família, discutindo sobre comportamento sexual e prevenção para o HIV.

Outro dado relevante, neste primeiro discurso, é o relato de a orientação da mãe ter sido dada, inicialmente, somente para a filha. Não foi explorado o motivo pelo qual as orientações deveriam ser divididas entre pai e mãe, segundo o sexo do filho; porém, pode-se inferir que esta separação tenha sido feita com base na concepção de que homens e mulheres deveriam receber orientações diferentes quanto ao comportamento sexual. Dessa forma, seria considerado mais adequado à mãe orientar as filhas e ao pai orientar os filhos. Esse relato mostra a importância das construções de gênero na educação sexual.

Já no segundo discurso, prevalece a justificativa para a atitude de não conversar com os filhos e netos sobre temas relacionados à prática do sexo mais seguro. Vale ressaltar que, em momento algum, foi admitida dificuldade em iniciar o assunto por vergonha ou por considerar que não detinha conhecimento suficiente sobre o assunto. As justificativas descritas foram baseadas na crença de que tal atitude seria desnecessária.

O fato de os filhos serem casados foi percebido pelas participantes da intervenção como situação que garantiria imunidade diante da possibilidade de infecção pelo HIV. Assim como por considerá-los “homens direito e com juízo”.

Já em relação à educação dos netos, atribuem a responsabilidade aos pais. Apesar de não terem tido tal comportamento com os seus próprios filhos. Além disso, citam a televisão como fonte de informação sobre o tema.

9.2.4.5 As pessoas mais velhas não costumam usar a camisinha

A partir da transcrição das falas das mulheres oriundas da discussão desta cartela, foi possível a construção de dois DSC, com conteúdos complementares: “*revelando desconhecer a experiência do preservativo*” e “*acreditando que as pessoas mais velhas não utilizam o preservativo*”. Para a elaboração do primeiro foram agregadas quatro Ideias Centrais, e para o segundo foram sete Ideias Centrais.

DSC: Revelando desconhecer a experiência do preservativo

Ideias Centrais: *Relatando nunca ter utilizado preservativo; relatando que antigamente não se conhecia o preservativo; relatando que antigamente não se falava sobre a prevenção de DST; relatando desconhecer o preservativo*

Na minha época não tinha camisinha, nem existia. Se tinha, eu não conhecia. Nem se falava dessas coisas. Não tinha prevenção nenhuma, né?! Eu acho que quando eu vim para São Paulo, quando eu tinha uns vinte e poucos anos, agora eu tenho 54, até em vir de Minas eu nunca tinha ouvido falar de camisinha. Era difícil alguém falar em camisinha. Eu mesmo nunca usei. Eu nunca nem vi.

DSC: Acreditando que as pessoas mais velhas não utilizam o preservativo

Ideias Centrais: *Acreditando que os idosos não usam preservativo; Acreditando que os idosos devem usar preservativo; Acreditando que os homens idosos não gostam de usar o preservativo; Relatando que não gosta de usar o preservativo; Acreditando que os idosos não usam o preservativo devido interferência na ereção; Acreditando que os idosos não sabem usar o preservativo; Acreditando que os jovens usam mais o preservativo porque têm vida sexual mais ativa*

Era pra usar porque tem muito juízo, tem tantas informações e não dá pra entender como é que eles não fazem com e não ouvem. Não usam camisinha. Se usassem essas mulheres não estavam tudo aí contaminadas. Quem tem mais idade usa menos camisinha. O jovem, o adolescente, usa camisinha mais que os velhos porque eles são muito assanhados. Quem tem mais de cinquenta anos não quer usar não. A maioria dos homens mais velhos hoje não usa. Quem é antigo não gosta de usar. Não tem costume, né?! Antigamente a camisinha era muito cara, e os homens da nossa idade não gostavam. Eu até usava, mas não gostava, não achava bom... Eu acho que é diferente com a camisinha, você senti que é uma borracha, é diferente. Eu acho assim.... eu nunca fui, mas tem varias pessoas que vão no baile da terceira idade, e lá um gosta um do outro, aí por causa da idade acha que não precisa mais usar camisinha, e é onde acontece. Aí tem que falar abertamente: “Ó, a aids está aí, num quero morre com essa doença terrível e pra nós dois evita a doença o certo é usar camisinha” e pronto. Mas você sabe porque não usa? Se colocar o “bichinho” dorme (risos). Ele coloca, está naquela felicidade, aí quando coloca o chapéu, o “bichinho puf”. Vai é dormir. E também tem aqueles que não sabem colocar e não quererem dar o braço a torcer pra mulher.

Ao contrário do observado na discussão de outras cartelas, quando as construções de dois DSC foram necessárias em virtude da existência de IC

antagônicas, para a presente frase, os discursos elaborados se complementam.

No discurso anterior, há o relato sobre o desconhecimento da existência do preservativo no período em que as mulheres participantes da atividade educativa iniciaram a vida sexual. No entanto, o dado que mais chama a atenção é o relato de nunca ter visto e manipulou um preservativo, apesar de agora saber sobre a sua existência e indicação.

Dessa forma, pode-se afirmar que a preocupação com a prevenção de DST nunca foi uma realidade para estas mulheres. Além disso, faz surgir o questionamento sobre a efetividade das ações voltadas à prevenção da infecção do HIV, quando se considera as mulheres com 50 anos ou mais.

Pesquisa qualitativa realizada com 13 mulheres, com idade igual ou superior a 50 anos, residentes no mesmo local da realização deste estudo, também encontrou o relato sobre o conhecimento das indicações do uso do preservativo, apesar do objetivo ser desconhecido pela mulher até o momento da entrevista (Lima, 2006).

No segundo discurso o relato se concentra no reconhecimento de que as pessoas em idade mais avançada são mais resistentes ao uso do preservativo, apesar de conhecerem o seu valor na prevenção da infecção pelo HIV. Para justificar o seu desuso, relatam a interferência negativa na qualidade da relação. Além disso, é mencionada a possível falta de destreza para a sua colocação, e que os homens mais velhos podem apresentar dificuldade em manter a ereção peniana com o uso do preservativo.

Com a conclusão da apresentação dos resultados das discussões desencadeadas nos grupos educativos, a seguir apresentam-se os achados pertinentes à aplicação do Instrumento II, nos dois momentos, para os dois grupos, Controle e Intervenção.

9.3 PERCEPÇÕES E AÇÕES DAS MULHERES

As questões do Instrumento II (APÊNDICE 2), foram subdivididas em cada um dos constructos do Modelo de Crenças em Saúde, classificação que norteia a apresentação e a análise dos dados (Praça, Souza, Rodrigues, 2010).

A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos por meio do Instrumento II (APÊNDICE 2), aplicado ao GC e GI no M-I, ou seja, no primeiro encontro com o GC e, para o GI, logo após a ação educativa.

Os resultados obtidos no M-II, ou seja, após um período de um a dois meses da primeira entrevista, tanto para o GC quanto o GI, estão apresentados na Tabela 3.

Também estão apresentados os resultados referentes à comparação dos dados provenientes do GC no M-I e M-II, e do GI, também nos dois momentos (Tabela 04).

Tabela 2. Distribuição dos constructos do Modelo de Crenças em Saúde, segundo média e desvio padrão, para os grupos Controle e Intervenção, no Momento I. São Paulo, 2011.

CATEGORIA DAS QUESTÕES, SEGUNDO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		TESTE <i>t</i>
	n= 95		n= 50		VALOR DE <i>p</i>
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	
Conhecimento sobre HIV/aids	85.427	10.272	91.02	7.481	0.0003
Percepção de suscetibilidade	72.332	11.214	80.48	10.041	< 0.0001
Percepção de severidade	57.018	23.76	87.658	14.602	< 0.0001
Relação benefícios e barreiras percebidos	53.263	20.34	64	16.162	0.0007
Motivação para agir	78.261	15.933	86.168	9.77	0.0003

Tabela 3. Distribuição dos constructos do Modelo de Crenças em Saúde, segundo média e desvio padrão, para os grupos Controle e Intervenção, no Momento II. São Paulo, 2011.

CATEGORIA DAS QUESTÕES, SEGUNDO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		TESTE T
	n= 95		n= 49		VALOR DE <i>p</i>
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	
Conhecimento sobre HIV/aids	89.119	5.315	89.669	4.415	0.5347
Percepção de suscetibilidade	62.157	81.389	58.449	7.733	0.0094
Percepção de severidade	69.118	21.456	95.233	9.006	< 0.0001
Relação benefícios e barreiras percebidos	55.158	19.067	65.306	14.009	0.0004
Motivação para agir	82.759	13.302	87.743	77.819	0.0053

Tabela 4. Distribuição dos constructos do Modelo de Crenças em Saúde, segundo média e desvio padrão, para os grupos Controle e Intervenção, nos Momentos I e II. São Paulo, 2011.

CATEGORIA DAS QUESTÕES, SEGUNDO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE	GRUPO CONTROLE			GRUPO INTERVENÇÃO		
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR DE <i>p</i>	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	VALOR DE <i>p</i>
Conhecimento sobre HIV/aids	- 3. 692	11.235	0.0019	1.3122	7.824	0.2462
Percepção de suscetibilidade	10.175	13.397	< 0.0001	22.233	10.824	< 0.0001
Percepção de severidade	- 12. 1	20.399	< 0.0001	- 7. 486	11.814	< 0.0001
Relação benefícios e barreiras percebidos	- 1. 895	16.262	0.259	- 1. 224	4.844	0.0832
Motivação para agir	- 4. 498	11.089	0.0001	- 1. 486	4.68	0.0310

Para melhor compreensão dos dados, seguem-se os resultados e as discussões divididas em cinco subitens, definidas, segundo os quatro constructos do Modelo de Crenças em Saúde e o conhecimento sobre aids.

9.3.1 Conhecimento sobre HIV/aids

Nesta categoria foram agrupadas 14 questões relacionadas aos aspectos gerais da infecção pelo HIV, como a diferença entre os termos HIV e aids; as indicações para a realização do teste anti-HIV; a transmissão vertical e o envolvimento da população idosa na epidemia de HIV/aids. A Tabela 5 apresenta a distribuição das respostas dadas para cada questão desta categoria, segundo o grupo e o momento da coleta de dados.

Tabela 5. Distribuição das variáveis relacionadas ao “Conhecimento sobre HIV/aids”, segundo grupos Controle e Intervenção para os Momentos I e II. São Paulo, 2011.

QUESTÕES DA CATEGORIA "CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS"	GRUPO CONTROLE MOMENTO I (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO I (n=50)		VALOR DE <i>p</i>	GRUPO CONTROLE MOMENTO II (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO II (n=49)		VALOR DE <i>p</i>
	n	%	n	%		n	%	n	%	
01. HIV é o NOME dado ao vírus da aids.					ns					ns
falso	8	8,42	3	6		2	2,11	-	-	
verdade	78	82,11	39	78		89	93,68	48	97,96	
não sabe	9	9,47	8	16		4	4,21	1	2,04	
02. Deveria fazer o teste anti-HIV:										
a. <i>Homem que tem múltiplas parceiras.</i>					ns					ns
falso	-	-	-	-		-	-	-	-	
verdade	94	98,95	50	100		95	100	49	100	
não sabe	1	1,05	-	-		-	-	-	-	
b. <i>Homem que faz sexo com outros homens.</i>					ns					ns
falso	1	1,05	-	-		-	-	-	-	
verdade	91	95,79	50	100		94	98,95	49	100	
não sabe	3	3,16	-	-		1	1,05	-	-	
c. <i>Usuário de drogas injetáveis.</i>					ns					ns
falso	-	-	-	-		-	-	-	-	
verdade	92	96,84	50	100		95	100	49	100	
não sabe	3	3,16	-	-		-	-	-	-	
d. <i>Mulher com múltiplos parceiros.</i>					ns					ns
falso	-	-	-	-		-	-	-	-	
verdade	94	98,95	50	100		95	100	49	100	
não sabe	1	1,05	-	-		-	-	-	-	

Continua

Continuação

QUESTÕES DA CATEGORIA "CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS"	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		VALOR DE <i>p</i>	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		VALOR DE <i>p</i>
	MOMENTO I (n=95)		MOMENTO I (n=50)			MOMENTO II (n=95)		MOMENTO II (n=49)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<i>e. Homem com relacionamentos fora do casamento.</i>					<i>ns</i>					<i>ns</i>
falso	1	1,05	-	-		-	-	-	-	
verdade	94	98,95	50	100		95	100	49	100	
não sabe	-	-	-	-		-	-	-	-	
<i>f. Mulher com relacionamentos fora do casamento.</i>					<i>ns</i>					<i>ns</i>
falso	1	1,05	-	-		-	-	-	-	
verdade	94	98,95	50	100		95	100	49	100	
não sabe	-	-	-	-		-	-	-	-	
<i>g. Casal que NÃO utiliza camisinha.</i>					<i>ns</i>					<i>ns</i>
falso	14	14,74	7	14		7	7,37	3	6,12	
verdade	80	84,21	43	86		87	91,58	46	93,88	
não sabe	1	1,05	-	-		1	1,05	-	-	
<i>h. Gestante.</i>					<i>ns</i>					<i>ns</i>
falso	5	5,26	-	-		2	2,11	-	-	
verdade	80	84,21	48	96		91	95,79	48	97,96	
não sabe	10	10,53	2	4		2	2,11	1	2,04	
<i>i. Adolescente SEM parceiro fixo.</i>					<i>ns</i>					<i>ns</i>
falso	2	2,11	-	-		-	-	-	-	
verdade	90	94,74	49	98		95	100	49	100	
não sabe	3	3,16	1	2		-	-	-	-	
03. Toda mulher TEM O DIREITO de fazer o teste para descobrir se tem o HIV quando faz pré-natal.					<i>ns</i>					<i>ns</i>
falso	3	3,16	1	2		-	-	-	-	
verdade	86	90,53	48	96		94	98,95	49	100	
não sabe	6	6,32	1	2		1	1,05	-	-	

Continua

Continuação

QUESTÕES DA CATEGORIA "CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS"	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		VALOR DE <i>p</i>	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		VALOR DE <i>p</i>
	MOMENTO I (n=95)		MOMENTO I (n=50)			MOMENTO II (n=95)		MOMENTO II (n=49)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
04. Dizer "pessoa infectada pelo HIV" é o mesmo que dizer "pessoa com aids".					<i>ns</i>					<i>ns</i>
falso	17	17,89	13	26		21	22,11	15	30,61	
verdade	68	71,58	31	62		71	74,74	32	65,31	
não sabe	10	10,53	6	12		3	3,16	2	4,08	
05. A mulher grávida e com HIV/aids pode passar o vírus para o filho durante a gestação, parto e amamentação.					<i>ns</i>					<i>ns</i>
falso	7	7,37	1	2		4	4,21	-	-	
verdade	79	83,16	48	96		88	92,63	49	100	
não sabe	9	9,47	1	2		3	3,16	-	-	
06. O HIV/aids NÃO atinge a população idosa. É uma doença SOMENTE de jovens.					0.0004					<i>ns</i>
falso	67	70,53	49	98		91	95,79	49	100	
verdade	20	21,05	1	2		2	2,11	-	-	
não sabe	8	8,42	-	-		2	2,11	-	-	

Nota: *ns* - não significante

Conclusão

9.3.1.1 Momento I

Consta do M-I a aplicação do Instrumento II (APÊNDICE 2), logo após o jogo educativo para o GI, e no primeiro encontro com as mulheres do GC. Na Tabela 2, verifica-se que a média de acertos para o GC foi inferior à média obtida pelo GI, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p = 0.0003$).

Quando se observa a Tabela 5, pode ser verificado, nos dados referentes ao M-I, que apenas uma questão se mostrou, de forma isolada, com diferença estatística significativa: *“O HIV/aids não atinge a população idosa. É uma doença somente de jovens”*, mostra de forma clara o desconhecimento das mulheres desta comunidade sobre o envolvimento da população idosa na epidemia de HIV/aids, o que poderia refletir negativamente na própria percepção de risco conforme se verá mais adiante. Além disso, nota-se o sucesso da intervenção ao discutir essa realidade.

Embora sem significância estatística, as frases com maior porcentagem de acerto para o GC foram: *“deveria fazer o teste anti-HIV os homens que têm várias parceiras, deveria fazer o teste anti-HIV as mulheres que têm vários parceiros, deveria fazer o teste anti-HIV homens com relacionamentos fora do casamento, deveria fazer o teste anti-HIV mulheres com relacionamentos fora do casamento”*, todas com 98,95% de acertos. Todas essas questões são relacionadas à transmissão sexual do HIV, indicando que este grupo de mulheres tinha conhecimento sobre esta via de infecção do vírus. Ao se comparar tais dados aos do GI, no mesmo momento, verifica-se que nestes as questões com maior porcentagem de acertos foram: *“deveriam fazer o teste anti-HIV os homens que têm várias parceiras, deveriam fazer o teste anti-HIV as mulheres que têm vários parceiros, deveriam fazer o teste anti-HIV homens com relacionamentos fora do casamento, deveriam fazer o teste anti-HIV mulheres com relacionamentos fora do casamento, deveriam fazer o teste anti-HIV homens que fazem sexo com outros homens, deveriam fazer o teste anti-HIV*

usuários de drogas injetáveis”, todas afirmativas com 100% de acertos. Os dados mostram que houve um acréscimo no conhecimento das mulheres após participar do grupo educativo quando comparado às mulheres do GC.

Estes dados, associados à considerável média de acertos obtida pelo GC, sugerem que muitas informações básicas, sobre a infecção pelo HIV, estavam presentes no cotidiano deste grupo de mulheres. No entanto, a implementação de atividade educativa se mostrou válida para o preenchimento de lacunas existentes quanto às informações sobre o tema.

A importância da realização de ações educativas sobre HIV/aids, voltadas à população de mais idade pode ser verificada nos resultados de pesquisa realizada em *Wood County* – EUA. Foi conduzido um grupo educativo com duração de seis horas, com 89 pessoas, idade igual ou superior a 50 anos. Destas, 11 responderam a um questionário antes e após a ação educativa. Apesar do reduzido número de pessoas que completaram a pesquisa, foi possível constatar melhora significativa nas informações sobre as vias de transmissão do HIV, a diferença entre HIV e aids e a efetividade do preservativo na prevenção da transmissão do vírus (Orel *et al.*, 2010).

9.3.1.2 Momento II

Os dados coletados no M-II, que ocorreu entre um e dois meses após a atividade educativa para o GI e para o GC após o mesmo tempo da primeira entrevista, possibilitaram resultados diferentes dos encontrados na análise dos dados coletados no M-I.

A Tabela 4 mostra que, em relação ao GI, identifica-se diminuição na média de acertos. Entretanto, não houve diferença estatística significativa nesta categoria quando se compara resultados do GI no M-I com o M-II (p 0.246). Isso significa que, após ter transcorrido um período considerável da participação na atividade educativa, as mulheres permaneceram com parcela significativa das informações transmitidas durante a intervenção.

No entanto, para o GC, foi possível identificar aumento da média de acertos entre os M-I e M-II, inclusive com diferença estatisticamente significativa ($p = 0.0019$).

Além disso, no M-II, diferentemente do M-I, não houve diferença significativa entre o GC e o GI em relação a esta categoria. O valor de p foi de 0.5347 no M-II (Tabela 3).

Em relação ao GI, previamente era esperada redução na média de acertos no M-II, por se considerar que o tempo transcorrido entre a aplicação do Instrumento II (APÊNDICE 2), pela primeira e segunda vez, interferiria na retenção das informações fornecidas na atividade educativa. No entanto, verifica-se na Tabela 5 que não houve perda de informações neste período, ao contrário, manteve-se o mesmo elevado percentual de acertos ou mais.

Os resultados obtidos ganham relevância com as considerações de Morales, Barreda (2008). Para estes autores, para a mulher vislumbrar a possibilidade de se infectar pelo HIV, e perceber as situações de risco que vivencia, é necessário o acesso à informações

Dessa forma, torna-se necessário discutir uma possível explicação para o resultado encontrado para o GC. Pode-se inferir que a própria realização da entrevista, sobre o assunto, possa ter despertado a curiosidade da mulher sobre o tema, repercutindo na ocorrência de possíveis diálogos com conhecidos, vizinhos, participantes do GI, na busca de respostas para as dúvidas que permaneceram ao final da entrevista.

9.3.2 Percepção de suscetibilidade

Para a avaliação desta categoria, foram aplicadas 17 questões aos GC e GI, por meio do Instrumento II (APÊNDICE 2).

Na Tabela 6, estão apresentadas as frases agregadas nesta categoria, assim como a frequência de respostas para cada alternativa.

Tabela 6. Distribuição das variáveis da categoria “Percepção de suscetibilidade”, segundo grupos Controle e Intervenção, para os Momentos I e II. São Paulo, 2011.

QUESTÕES DA CATEGORIA "PERCEPÇÃO DE SUSCETIBILIDADE"	GRUPO CONTROLE MOMENTO I (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO I (n=50)		VALOR DE p	GRUPO CONTROLE MOMENTO II (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO II (n=49)		VALOR DE p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
01. A camisinha evita a gravidez e a aids.					0.0169					ns
falso	13	13,68	-	-		5	5,26	-	-	
verdadeiro	81	85,26	50	100		88	92,63	49	100	
não sabe	1	1,05	-	-		2	2,11	-	-	
02. É possível a pessoa pegar HIV se beijar uma pessoa contaminada no rosto.					0.015					ns
falso	77	81,05	49	98		93	97,89	49	100	
verdadeiro	11	11,58	1	2		2	2,11	-	-	
não sabe	7	7,37	-	-		-	-	-	-	
03. A mulher tem maior risco de “pegar” aids:					ns					ns
na adolescência	12	12,63	7	14		6	6,32	4	8,16	
com idade entre 20 e 49 anos	6	6,32	1	2		2	2,11	-	-	
com 50 anos ou mais	-	-	3	6		-	-	-	-	
em qualquer idade	74	77,89	38	76		86	90,53	45	91,84	
não sabe	3	3,16	1	2		1	1,05	-	-	
04. A senhora tem medo de “pegar” HIV/aids.					ns					ns
falso	42	44,21	28	56		46	48,42	23	46,94	
verdadeiro	53	55,79	22	44		49	51,58	26	53,06	
não sabe	-	-	-	-		-	-	-	-	
05. Toda mulher que tem relação sexual tem chance de “pegar” aids algum dia.					ns					ns
falso	4	4,21	-	-		1	1,05	-	-	
verdadeiro	90	94,74	50	100		93	97,89	49	100	
não sabe	1	1,05	-	-		1	1,05	-	-	

Continua

Continuação

QUESTÕES DA CATEGORIA "PERCEPÇÃO DE SUSCETIBILIDADE"	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		VALOR DE p	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		VALOR DE p
	MOMENTO I (n=95)		MOMENTO I (n=50)			MOMENTO II (n=95)		MOMENTO II (n=49)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
06. Quando a mulher usa drogas injetáveis, ela tem risco de "pegar" aids.					ns					ns
falso	-	-	-	-		-	-	-	-	
verdadeiro	93	97,89	50	100		95	100	49	100	
não sabe	2	2,11	-	-		-	-	-	-	
07. A mulher pode "pegar" aids pela relação sexual.					ns					ns
falso	-	-	-	-		-	-	-	-	
verdadeiro	95	100	50	100		95	100	49	100	
não sabe	-	-	-	-		-	-	-	-	
08. As mulheres podem "pegar" aids:										
a. <i>Abraçando alguém com HIV/aids.</i>					ns					ns
falso	88	92,63	48	96		94	98,95	49	100	
verdadeiro	6	6,32	-	-		1	1,05	-	-	
não sabe	1	1,05	2	4		-	-	-	-	
b. <i>Beijando NA BOCA alguém com HIV/aids.</i>					0.0018					0.0008
falso	41	43,16	37	74		45	47,37	39	79,59	
verdadeiro	48	50,53	11	22		47	49,47	10	20,41	
não sabe	6	6,32	2	4		3	3,16	-	-	
c. <i>Usando louças de alguém com HIV/aids.</i>					0.0003					0.024
falso	63	66,32	48	96		78	82,11	48	97,96	
verdadeiro	21	22,11	1	2		16	16,84	1	2,04	
não sabe	11	11,58	1	2		1	1,05	-	-	
d. <i>Em consultório médico/dentista/hospital.</i>					< 0.0001					< 0.0001
falso	7	7,37	23	46		4	4,21	22	44,90	
verdadeiro	85	89,47	25	50		91	95,79	27	55,10	
não sabe	3	3,16	2	4		-	-	-	-	

Continua

Continuação

QUESTÕES DA CATEGORIA "PERCEPÇÃO DE SUSCETIBILIDADE"	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		VALOR DE <i>p</i>	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		VALOR DE <i>p</i>
	MOMENTO I (n=95)		MOMENTO I (n=50)			MOMENTO II (n=95)		MOMENTO II (n=49)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<i>e. Tendo relação sexual SEM uso de camisinha.</i>					ns					ns
falso	-	-	-	-		-	-	-	-	
verdadeiro	95	100	50	100		95	100	49	100	
não sabe	-	-	-	-		-	-	-	-	
<i>f. Por receber sangue em transfusão sanguínea.¹</i>					< 0.0001					< 0.0001
falso	4	4,21	13	26		4	4,21	-	-	
verdadeiro	91	95,79	35	70		91	95,79	49	100	
não sabe	-	-	2	4		-	-	-	-	
<i>g. Por usar objetos em manicure/farmácia.</i>					ns					ns
falso	5	5,26	6	12		5	5,26	3	6,12	
verdadeiro	88	92,63	42	84		90	94,74	46	93,88	
não sabe	2	2,11	2	4		-	-	-	-	
<i>h. Sentando no vaso sanitário de local público.¹</i>										<0.0001
falso						42	44,21	47	95,92	
verdade	...	...	...	...	...	52	54,74	2	4,08	
não sabe	...	...	...	...	...	1	1,05	-	-	
<i>í. Sentando em banco, como em ônibus e metrô.¹</i>										0.0497
falso						84	88,42	48	97,96	
verdadeiro						11	11,58	1	2,04	
não sabe						-	-	-	-	
09. Desconfiava/desconfio que meu marido/companheiro poderia/pode ter aids um dia.					ns					ns
falso	76	80	38	76		80	84,21	37	75,51	

Continua

Continuação

QUESTÕES DA CATEGORIA "PERCEPÇÃO DE SUSCETIBILIDADE"	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		VALOR DE <i>p</i>	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		VALOR DE <i>p</i>
	MOMENTO I (n=95)		MOMENTO I (n=50)			MOMENTO II (n=95)		MOMENTO II (n=49)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
verdadeiro	13	13,68	10	20		11	11,58	11	22,45	
não sabe	5	5,26	-	-		4	4,21	-	-	
não se aplica	1	1,05	2	4		-	-	1	2,04	
10. Na menopausa, a mulher NÃO precisa usar camisinha nas relações sexuais.					0.02					0.0096
falso	54	56,84	40	80		66	69,47	45	91,84	
verdadeiro	35	36,84	9	18		27	28,42	4	8,16	
não sabe	6	6,32	1	2		2	2,11	-	-	
11. A mulher que fez laqueadura precisa usar camisinha nas relações sexuais.					ns					0.0103
falso	25	26,32	8	16		22	23,16	2	4,08	
verdadeiro	66	69,47	42	84		72	75,79	47	95,92	
não sabe	4	4,21	-	-		1	1,05	-	-	

Nota: ns - não significante

Conclusão

9.3.1.1 Momento I

Na Tabela 2 verifica-se que o GI obteve maior média de acertos quando comparado ao GC, sendo a diferença encontrada estatisticamente significativa, com o menor valor de p entre as cinco categorias analisadas, juntamente com a categoria “percepção de severidade” (ambas com $p < 0.0001$).

A média de acertos nos dois grupos foi comparativamente menor que a categoria discutida anteriormente. Este dado pode ser explicado pelo fato de a percepção de suscetibilidade não depender exclusivamente do fornecimento de informações. A sua construção também está alicerçada em crenças culturais e valores morais, porém, mesmo reconhecendo estas barreiras para o alcance de efetiva mudança na percepção de suscetibilidade, os resultados encontrados evidenciam que o fornecimento de informações e a discussão em grupo dos temas relacionados à vulnerabilidade individual à infecção pelo HIV, trazem resultados positivos e demonstram que ações educativas são válidas para o alcance de transformações.

Ao se considerar a Tabela 6 e com foco na questão “*a senhora tem medo de “pegar” HIV/aids?*” pode-se afirmar que esta foi uma das duas únicas frases do Instrumento II na qual era solicitada a justificativa para a resposta dada. Dessa forma, foi possível obter dados que possibilitam melhor elucidação do significado das respostas fornecidas. Foi possível constatar que entre as 50 mulheres que participaram da intervenção, e as 95 do GC, 22 e 53 responderam “sim” para esta pergunta, respectivamente. Entretanto, as justificativas dadas merecem destaque, visto que dentre estas (75 mulheres no total), 52 emitiram respostas que não justificavam o receio admitido, ou seja, não revelavam situações reais que poderiam resultar em uma possível infecção. Foram dadas como respostas frases que indicavam a percepção sobre a severidade da infecção, como doença “triste”, “incurável”, “cruel”, “ruim”, “perigosa”, “difícil” e “sofrida”. Isso mostra que, para algumas

mulheres que declararam temer a infecção pelo HIV, o motivo citado não foi baseado na percepção do risco de se infectar.

Para as demais mulheres que responderam “sim”, para a mesma questão (no total 23 mulheres), as justificativas dadas se relacionaram com a própria percepção de risco, sendo citadas como respostas: “não é possível confiar no marido”, “sabe que o marido era ou é infiel”, “sempre colhe exames de sangue”.

Em relação à percepção de suscetibilidade, estudo realizado na Flórida – EUA, com 572 mulheres com idade entre 50 e 93 anos, revelou que 88,6% não acreditavam na possibilidade de se infectarem pelo HIV (Jacobs, Thomlison, 2009).

Por outro lado, dentre as mulheres que responderam não temer a infecção pelo HIV, as principais justificativas foram: a ausência de parceiro sexual, e confiança na fidelidade do parceiro. Entretanto, vale citar que algumas mulheres justificaram com a fé em Deus, dizendo que “*Deus cuida*” ou que a infecção “*é decisão de Deus*”.

Em relação à confiança na fidelidade do parceiro, Jacobs, Thomlison (2009) apontam que as mulheres que vivenciam relacionamentos longos tendem a considerar o parceiro como monogâmico.

Utilizar como justificativa para o não uso do preservativo a confiança no parceiro, significa tornar a própria saúde dependente do comportamento do outro. Estudo realizado em São Francisco – EUA, com 238 mulheres, e 93 homens que eram seus parceiros, constatou que, entre os homens, 63,4% reportaram manter relações sexuais com outras mulheres e 7,5% com homens; 40,8% admitiram ter apresentado alguma DST nos 12 meses prévios a entrevista. Todavia, poucas entrevistadas sabiam que o parceiro mantinha relações sexuais com homens e que tinha história de DST recente (Chen *et al.*, 2010).

Assim como na categoria discutida anteriormente, não foi encontrada diferença estatística significativa, entre o GC e GI, para todas as variáveis, mas somente para sete, dentre as 17 frases, como apresentado na Tabela 6.

Vale ressaltar que, entre as sete questões com diferença significativa de acertos entre o GC e o GI, houve predomínio de questões com conteúdo

referente às vias de infecção e medidas preventivas. As variáveis que focavam a própria situação da mulher, como o receio de contrair o vírus ou considerar a possibilidade de infecção do parceiro, parecem não ter sido influenciadas pela intervenção.

Uma das frases com diferença estatística significativa entre os dois grupos foi *“As mulheres podem “pegar” aids beijando na boca alguém com HIV/aids”*, mostrando que a intervenção obteve sucesso ao esclarecer esta crença. Também foi encontrada a presença desta crença em outro estudo nacional, realizado no Distrito Federal, com 200 homens e mulheres, no qual, 7% acreditavam nesta via de infecção (Maia, Guilhem, Freitas, 2008).

Também se pode verificar que as mulheres que participaram da pesquisa, apesar de possuírem falhas nas informações sobre a infecção pelo HIV, conheciam a possibilidade da transmissão do vírus pela via sexual, visto que mesmo para as participantes do GC, houve 100% de acerto desta variável.

Estudo realizado no Distrito Federal, citado anteriormente, também constatou que a transmissão do HIV pela relação sexual era bem conhecida. Entretanto, identificou que as pessoas com menor escolaridade possuíam menos informações sobre as demais vias (Maia, Guilhem, Freitas, 2008).

Em relação à variável relacionada à possibilidade de transmissão do vírus por transfusão sanguínea, observa-se menor porcentagem de mulheres do GI que acreditavam nesta via de infecção, inclusive com diferença estatística significativa. No entanto, vale esclarecer que este dado não aponta desconhecimento sobre a possibilidade da transmissão do HIV, pelo recebimento de sangue contaminado, mas sim a compreensão de que, atualmente, os bancos de sangue adotam medidas rigorosas para garantir segurança aos receptores de transfusões sanguíneas. Durante as ações educativas foi esclarecida a real existência de um número grande de casos de infecção pelo HIV por esta via de transmissão, contudo, com predomínio de ocorrência no passado.

A problemática envolvida na questão da percepção de suscetibilidade à infecção pelo HIV, também foi evidenciada em pesquisa realizada em KwaZulu-Natal, distrito da África do Sul, onde, em 2009, cerca de 39,5% da

população era portadora do vírus (South Africa, 2010). Estudo realizado com 974 pessoas, com idade entre 50 e 97 anos, constatou que 39% dos entrevistados se percebiam em risco de contrair o HIV. Também foi possível identificar alguns fatores relacionados à percepção de risco: a percepção de suscetibilidade era inversamente proporcional à idade; era maior entre as mulheres e na população rural; e conhecer pessoalmente alguém portador do vírus também favorecia a percepção da própria suscetibilidade (Munthree, Maharaj, 2010).

9.3.2.2 Momento II

O tratamento dos dados do M-II, referentes à categoria “Percepção de suscetibilidade”, revelou a seguinte situação: transcorrido de um a dois meses da primeira aplicação do Instrumento II (no Momento I), observou-se redução da média de acertos para os dois grupos, conforme se pode constatar nas Tabelas 2 a 4. O GC que tinha média de acertos de 72.332 no M-I, passou para 62.157, e o GI que tinha média de acertos anterior de 80.48, apresentou 58.449 no M-II, sendo a diferença estatisticamente significativa para os dois grupos, ambos com valor de p inferior a 0.0001.

Além disso, o GC obteve maior média de acertos que o GI no M-II, inclusive com diferença estatística significativa ($P = 0.0094$) – Tabela 3.

Ao se considerar as questões agrupadas nesta categoria de forma individual, identifica-se que, entre as sete variáveis que tinham apresentado diferença significativa em relação ao número de acertos, entre os dois grupos, no M-I, somente quatro permaneceram com valor de $p < 0.05$. Entretanto, vale ressaltar que para a questão sobre a possibilidade de transmissão do HIV, por transfusão sanguínea, houve inversão da situação, ou seja, no M-I, o GI apresentou maior percentual de respostas corretas, ocorrendo o contrário no M-II, no qual o GC passou a apresentar o maior percentual de acertos.

Ainda, em relação a esta variável, caso se observe somente os dados do GC, nos dois Momentos de coleta de dados, identifica-se que não houve diferença nos percentuais de respostas corretas. A diferença estatística encontrada foi ocasionada pela alteração nas respostas dadas pelo GI. No M-I, 26% das mulheres do GI responderam que consideravam falsa a possibilidade de transmissão do vírus pela transfusão sanguínea, provavelmente pela discussão ocorrida no grupo educativo, como já foi exposto anteriormente. No entanto, no M-II, todas as mulheres deste grupo citaram considerar verdadeira a possibilidade de transmissão do HIV por essa via. Dessa forma, acredita-se que a recordação da discussão sobre a segurança adotada pelos bancos de sangue tenha se esvaecido, mas permanecendo a informação da transmissão do HIV pelo sangue, visto que este ponto foi fortemente debatido durante os grupos educativos, em virtude de várias frases que foram apresentadas, reforçando a possibilidade da infecção pelo contato com sangue contaminado, como a discussão sobre objetos perfurocortantes, usuários de drogas endovenosas e segurança em estabelecimentos de saúde.

No M-II, também ocorreu diferença significativa no número de acertos para uma variável que, apesar de ter tido diferença percentual no Momento I, esta não foi estatisticamente significativa. Trata-se da informação sobre a necessidade de a mulher com laqueadura continuar usando o preservativo nas relações sexuais. Para os dois grupos percebe-se que houve aumento no número de acertos no M-II. Pode-se inferir que o tempo transcorrido entre a coleta de dados do M-I para o M-II possibilitou a reflexão sobre a dissociação da ideia do uso do preservativo e a contracepção. Sendo agora percebido melhor como método preventivo para HIV e outras DSTs. Este fato é corroborado pelos dados encontrados na análise da variável que abordou o uso do preservativo por mulheres que vivenciam o período pós-reprodutivo. Para esta variável, houve associação estatística entre o GC e Intervenção nos dois momentos, contudo, no M-II o percentual de respostas corretas também aumentou de forma considerável para os dois grupos.

Cabe esclarecer que as variáveis 8h e 8i desta categoria foram aplicadas somente no M-II. Isso porque, inicialmente, o Instrumento II não

possuía estas questões, contudo, as discussões provenientes dos grupos educativos mostraram a relevância do assunto, sendo decidido incluir estes itens no Instrumento II (APÊNDICE 2) para a coleta de dados no M-II. Portanto, para impedir possíveis vieses estas duas variáveis não foram consideradas para a análise estatística desta categoria. Foram analisadas somente de forma individual, sendo identificada diferença estatística significativa entre as respostas dadas pelo GC e pelo GI no Momento II.

9.3.3 Percepção de severidade

Nesta categoria foram agrupadas seis questões. Com o intuito de obter a real percepção das mulheres entrevistadas, sobre a severidade da infecção pelo HIV, quatro questões se referiram às informações sobre o cotidiano de pessoas portadoras do vírus. Entretanto, durante as ações educativas, foi possível perceber que algumas das concepções existentes sobre a soropositividade, neste grupo de mulheres, tinham como referência pessoas de vida pública, como o Cazusa, e pessoas próximas que morreram da síndrome, ou seja, algumas mulheres traziam imagem de pessoas emagrecidas e fisicamente debilitadas. Da mesma forma, durante os grupos educativos, foram feitos relatos sobre o conhecimento de portadores do HIV com aparência saudável e vida social compatível de quem não possui o vírus.

As frases agrupadas nesta categoria estão apresentadas na Tabela 7, assim como a frequência de resposta dada para cada alternativa das frases.

Tabela 7. Distribuição das variáveis da categoria “Percepção de severidade”, segundo grupos Controle e Intervenção, para os Momentos I e II. São Paulo, 2011.

QUESTÕES DA CATEGORIA "PERCEPÇÃO DE SEVERIDADE"	GRUPO CONTROLE MOMENTO I (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO I (n=50)		VALOR DE p	GRUPO CONTROLE MOMENTO II (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO II (n=49)		VALOR DE p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
01. Atualmente existe cura para a aids.†					0.0059					ns
falso	66	69,47	46	92		81	85,26	48	97,96	
verdadeiro	20	21,05	4	8		13	13,68	1	2,04	
não sabe	9	9,47	-	-		1	1,05	-	-	
02. Toda pessoa que tem HIV/aids emagrece muito.*					< 0.0001					<. 0.0001
falso	11	11,58	33	66		15	15,79	40	81,63	
verdadeiro	77	81,05	16	32		75	78,95	9	18,37	
não sabe	7	7,37	1	2		5	5,26	-	-	
03. A pessoa com aids fica SEM proteção contra outras doenças.					ns					ns
falso	4	4,21	1	2		1	1,05	-	-	
verdadeiro	83	87,37	48	96		93	97,89	49	100	
não sabe	8	8,42	1	2		1	1,05	-	-	
04. Já existem vacinas para proteger as pessoas contra o HIV/aids.†					<0.0001					0.0006
falso	44	46,32	46	92		61	64,21	46	93,88	
verdadeiro	33	34,74	3	6		22	23,16	2	4,08	
não sabe	18	18,95	1	2		12	12,63	1	2,04	
05. Atualmente é possível viver mais e melhor mesmo tendo o vírus da aids.*					0.013					0.0046
falso	29	30,53	8	16		20	21,05	1	2,04	
verdadeiro	59	62,11	42	84		73	76,84	48	97,96	
não sabe	7	7,37	-	-		2	2,11	-	-	

Continua

Continuação

QUESTÕES DA CATEGORIA "PERCEPÇÃO DE SEVERIDADE"	GRUPO CONTROLE MOMENTO I (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO I (n=50)		VALOR DE <i>p</i>	GRUPO CONTROLE MOMENTO II (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO II (n=49)		VALOR DE <i>p</i>
	n	%	n	%		n	%	n	%	
06. Os portadores do HIV possuem condições para trabalhar e sair de casa.†					0.0002					0.0006
falso	27	28,42	2	4		23	24,21	-	-	
verdadeiro	62	65,26	48	96		71	74,74	49	100	
não sabe	6	6,32	-	-		1	1,05	-	-	

Nota: *ns* - não significante

Conclusão

9.3.3.1 Momento I

O tratamento dos dados coletados pelo Instrumento II (APÊNDICE 2), no M-I, possibilitou identificar que, para esta categoria, houve maior número de respostas corretas para o GI, também com diferença estatisticamente significativa, sendo encontrado pelo teste t valor de $p < 0.0001$ (Tabela 2 e 4).

Dessa forma, acredita-se que a melhor pontuação obtida pelo GI seja atribuída às cartelas apresentadas para debate nos grupos educativos, com o posterior fornecimento de esclarecimentos pela pesquisadora, além dos relatos das mulheres presentes nos grupos, sobre suas experiências com pessoas soropositivas. Pode-se inferir que o debate em pares reforçou positivamente as informações passadas pelo pesquisador, favorecendo incorporação das informações.

Considerando as questões de forma isolada, é possível identificar pela Tabela 7 que, entre as seis variáveis desta categoria, somente uma não apresentou diferença estatística significativa entre o GC e o GI, apesar de ter sido encontrada diferença percentual de acertos, indicando maior número de respostas corretas no GI. Trata-se da variável sobre o aumento da vulnerabilidade da pessoa portadora do HIV às outras doenças. Provavelmente isso ocorreu porque, mesmo entre as mulheres do GC, o número de respostas corretas foi alto. Pode-se inferir que isto esteja relacionado à persistência da imagem do portador do HIV como alguém debilitado e frágil. A existência desta crença pode ser comprovada ao se considerar as respostas dadas para as variáveis desta categoria, em especial, as provenientes do GC, no qual 81,05% acreditavam que toda pessoa com HIV/aids emagrece muito.

9.3.3.2 Momento II

O tratamento dos dados obtidos para o M-II possibilitou identificar persistência da diferença estatística significativa ($p < 0.0001$) entre o GC e GI (Tabelas 2 e 3).

Dentre as cinco variáveis que apresentaram diferença estatística significativa no M-I, uma não a apresentou no M-II. Trata-se da variável sobre a existência de cura para a infecção pelo HIV. Pode-se supor que a abordagem do assunto, mesmo que somente por meio da aplicação do Instrumento II (APÊNDICE 2), no caso do GC, tenha despertado, entre as mulheres que participaram da pesquisa, reflexão sobre o assunto e o interesse em sanar as dúvidas existentes. Dessa forma, na coleta de dados do M-II, já possuíam mais informações sobre o assunto, possibilitando aumento no percentual de acertos.

Na comparação entre o GC no M-I e M-II e o GI no M-I e M-II, encontrou-se diferença estatisticamente significante para ambos, em virtude do aumento da média de respostas adequadas no M-II (ambos com $p < 0.0001$) – Tabela 4.

As mudanças alcançadas na percepção de severidade possibilitaram a real compreensão do significado da soropositividade. Acredita-se que a implementação de ações que possibilitam a desmistificação do cotidiano das pessoas portadoras do HIV, pode contribuir para a diminuição de imagens estigmatizadas que se refletem sob a forma de preconceito.

O fato de a infecção pelo HIV ter se tornado uma condição crônica, em virtude da atual existência de terapias que possibilitam o prolongamento das pessoas portadoras do vírus, pode contribuir para uma aparente sensação de que já é possível obter cura desta condição. Por meio da coleta de dados no GC, em especial no M-I, e durante as discussões conduzidas nos grupos educativos, foi possível constatar tal concepção errônea. Dessa forma, enfatiza-se que, assim como revelar a situação atual dos portadores do HIV é importante, informar que, apesar de não ter o significado de “sentença de morte”, como ocorria na década de 1980, permanece como uma doença incurável e que requer acompanhamento e cuidados contínuos.

9.3.4 Relação benefícios e barreiras

Para a análise desta categoria, foram aplicadas cinco questões para os dois grupos, o Controle e o Intervenção.

A Tabela 8 apresenta as questões agrupadas nesta categoria, com as respectivas respostas possíveis e suas frequências nos dois grupos.

Vale esclarecer que neste agrupamento de questões, o aumento da média de acertos significa maior percepção das barreiras para a adoção de comportamentos preventivos. Ressalte-se que isso não implica em desmotivação, mas sim, melhor compreensão dos aspectos envolvidos na tomada de decisão em adotar ações preventivas para o HIV.

Tabela 8. Distribuição das variáveis da categoria “Relação benefícios e barreiras”, segundo grupos Controle e Intervenção, para os Momentos I e II. São Paulo, 2011.

QUESTÕES DA CATEGORIA "RELAÇÃO BENEFÍCIOS E BARREIRAS PERCEBIDOS"	GRUPO CONTROLE MOMENTO I (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO I (n=50)		VALOR DE p	GRUPO CONTROLE MOMENTO II (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO II (n=49)		VALOR DE p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
01. O homem aceita facilmente usar camisinha.					0.0056					0.006
falso	65	68,42	46	92		68	71,58	46	93,88	
verdadeiro	17	17,89	3	6		20	21,05	3	6,12	
não sabe	13	13,68	1	2		7	7,37	-	-	
02. Quando o homem não aceita usar camisinha, a mulher deve insistir.					ns					ns
falso	5	5,26	2	4		2	2,11	-	-	
verdadeiro	88	92,63	48	96		91	95,79	49	100	
não sabe	2	2,11	-	-		2	2,11	-	-	
03. Tem homem que agride a mulher se ela insistir no uso da camisinha.					ns					ns
falso	8	8,42	2	4		7	7,37	2	4,08	
verdadeiro	69	72,63	44	88		75	78,95	43	87,76	
não sabe	18	18,95	4	8		13	13,68	4	8,16	
04. A senhora teve/tem dificuldades em pedir o uso de camisinha pelo seu marido/parceiro.					ns					ns
falso	24	25,26	6	12		21	22,11	6	12,24	
verdadeiro	22	23,16	15	30		20	21,05	16	32,65	
não sabe	-	-	-	-		-	-	-	-	
nunca pediu	49	51,58	29	58		54	56,84	27	55,10	

Continua

Continuação

QUESTÕES DA CATEGORIA "RELAÇÃO BENEFÍCIOS E BARREIRAS PERCEBIDOS"	GRUPO CONTROLE MOMENTO I (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO I (n=50)		VALOR DE <i>p</i>	GRUPO CONTROLE MOMENTO II (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO II (n=49)		VALOR DE <i>p</i>
	n	%	n	%		n	%	n	%	
05. A senhora tem dificuldade de falar sobre HIV/aids com seus filhos e netos.					ns					ns
falso	34	35,79	26	52		42	44,21	27	55,10	
verdadeiro	9	9,47	7	14		8	8,42	6	12,24	
não sabe	-	-	-	-		-	-	-	-	
não se aplica	52	54,74	17	34		45	47,37	16	32,65	

Nota: *ns* - não significante

Conclusão

9.3.4.1 Momento I

Assim como para as três categorias discutidas anteriormente, foi possível constatar diferença estatisticamente significativa entre a média de repostas adequadas no GC e no GI no M-I, sendo encontrado maior média de acertos no GI e valor de p igual a 0.0007 (Tabela 2).

Entretanto, a análise individual das variáveis permitiu identificar que somente uma apresentou associação entre o percentual de repostas corretas para os dois grupos com valor de p inferior a 0.05. Sendo esta relacionada à aceitação do uso do preservativo pelo parceiro. Acredito que o maior número de repostas corretas no GI tenha ocorrido em virtude das discussões ocorridas nas atividades educativas, principalmente pela possibilidade de as mulheres poderem trocar relatos sobre as experiências de negociação do uso do preservativo com o parceiro.

Os DSCs construídos, com base no tratamento dos relatos das mulheres que participaram da intervenção, apresentam a percepção da dificuldade encontrada pela mulher para adotar de forma consistente o uso do preservativo, sobretudo em um relacionamento estável.

Estudo qualitativo realizado com 13 mulheres, com idade entre 50 e 72 anos, residentes na mesma comunidade que sediou esse estudo, também encontrou dados referentes à adoção de medidas preventivas para o HIV. Os resultados encontrados apontaram o uso do preservativo por curiosidade em experimentá-lo. Além disso, a não adesão ao uso consistente foi justificada pela interferência negativa na qualidade de relação sexual (Rodrigues, Praça, 2010).

9.3.4.2 Momento II

O tratamento dos dados coletados no M-II, referentes a esta categoria, demonstraram persistência de maior média de acertos no GI e

diferença estatística significativa entre os dois grupos, com valor de p igual a 0.0007 (Tabela 2).

Também permaneceu a diferença significativa entre os dois grupos para a mesma variável, no M-I.

A análise das respostas dadas para esta variável chama a atenção, em virtude da alta porcentagem de mulheres que admitiram nunca ter solicitado ao parceiro o uso do preservativo, 56,84% do GC e 55,1% do GI (ambos superiores aos percentuais referentes ao M-I).

Como citado anteriormente, a decisão em usar ou não o preservativo para a prevenção da infecção pelo HIV, depende das informações que as mulheres possuem sobre os benefícios e barreiras que se expõe na relação com o seu parceiro. Entretanto, tais barreiras vão além do conhecimento sobre a doença e a forma adequada para prevenção, perpassa pela maneira como a mulher se percebe na relação com o parceiro, repercutindo em uma complexa reflexão, na qual são pesados os possíveis ganhos e perdas. Decidir usar o preservativo representa muito mais que uma simples ação de prevenção, significa o alcance da conscientização da importância de cuidar da própria saúde, conseguir discutir com o parceiro a introdução do preservativo em uma longa relação e fazer valer a sua decisão, ou seja, fatos que demonstram o alcance da autonomia.

Vale ressaltar que a decisão em não usar o preservativo também pode ser resultante de reflexão e um ato consciente sobre as consequências advindas, assim como não significa desinformação sobre os benefícios trazidos pelo seu uso. A introdução do preservativo nas relações, sobretudo nas estáveis, significa introduzir a racionalidade em uma relação afetiva, ou seja, admitir a possibilidade de que o parceiro já tenha tido ou tenha outras parceiras. Infelizmente, para algumas mulheres, se expor em relações desprotegidas é percebido como menos prejudicial quando comparado à introdução da “dúvida” na sua união. Além disso, como já evidenciado nos DSCs apresentados anteriormente, muitas mulheres conviviam com parceiros que poderiam reagir de forma agressiva, caso elas iniciassem o assunto. Nestes casos, a sua capacidade de decisão fica prejudicada.

A análise de tais variáveis desta categoria, pelo GC no M-I e no M-II, mostra que não houve diferença estatística significativa, com p igual a 0.259. O mesmo ocorreu para o GI com valor de p igual a 0.0832 (Tabela 4).

A efetividade de ações voltadas à promoção do uso do preservativo pode ser comprovada por estudo realizado nos EUA, no qual, 398 afro-americanas participaram de três a cinco encontros que tinham como um dos objetivos, discutir aspectos relacionados ao uso do preservativo. Os resultados indicaram que, entre as mulheres que perceberam o grupo como fonte de suporte, houve melhora na negociação do uso do preservativo e ocorreu aumento no uso consistente do preservativo (Belgrave *et al.*, 2010)

9.3.5 Motivação para agir

Nesta categoria foram agrupadas 11 questões. Todas estão apresentadas na Tabela 9, com as alternativas possíveis e frequências encontradas, segundo cada grupo, Controle e Intervenção.

Tabela 9. Distribuição das variáveis da categoria “Motivação para agir”, segundo grupos Controle e Intervenção, para os Momento I e II. São Paulo, 2011.

QUESTÕES DA CATEGORIA "MOTIVAÇÃO PARA AGIR"	GRUPO CONTROLE MOMENTO I (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO I (n=50)		VALOR DE <i>p</i>	GRUPO CONTROLE MOMENTO II (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO II (n=49)		VALOR DE <i>p</i>
	n	%	n	%		n	%	n	%	
01. A senhora se previne da aids.					ns					ns
falso	59	62,11	39	78		61	64,21	38	77,55	
verdadeiro	35	36,84	11	22		34	35,79	11	22,45	
não sabe	1	1,05	-	-		-	-	-	-	
02. A mulher deve fazer teste anti-HIV caso:					ns					ns
<i>a. Use drogas injetáveis.</i>										
falso	1	1,05	-	-		-	-	-	-	
verdadeiro	93	97,89	50	100		95	100	49	100	
não sabe	1	1,05	-	-		-	-	-	-	
<i>b. Tenha relações sexuais com parceiro usuário de drogas injetáveis.</i>					ns					ns
falso	1	1,05	-	-		-	-	-	-	
verdadeiro	94	98,95	50	100		95	100	49	100	
não sabe	-	-	-	-		-	-	-	-	
<i>c. Seja solteira.</i>					ns					ns
falso	4	4,21	2	4		-	-	-	-	
verdadeiro	88	92,63	47	94		95	100	49	100	
não sabe	3	3,16	-	-		-	-	-	-	
<i>d. Seja casada.</i>					ns					ns
falso	7	7,37	3	6		4	4,21	-	-	
verdadeiro	87	91,58	47	94		90	94,74	49	100	
não sabe	1	1,05	-	-		1	1,05	-	-	

Continua

Continuação

QUESTÕES DA CATEGORIA "MOTIVAÇÃO PARA AGIR"	GRUPO CONTROLE MOMENTO I (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO I (n=50)		VALOR DE <i>p</i>	GRUPO CONTROLE MOMENTO II (n=95)		GRUPO INTERVENÇÃO MOMENTO II (n=49)		VALOR DE <i>p</i>
	n	%	n	%		n	%	n	%	
	<i>e. NAO tenha parceiro fixo.</i>						ns			
falso	1	1,05	1	2		-	-	-	-	
verdadeiro	94	98,95	49	98		95	100	49	100	
não sabe	-	-	-	-		-	-	-	-	
03. Para NÃO ter HIV/aids, A MULHER deve se prevenir:					ns					ns
<i>a. Usando camisinha em todas as relações sexuais com seu parceiro fixo.</i>										
falso	15	15,79	4	8		16	16,84	4	8,16	
verdadeiro	74	77,89	46	92		75	78,95	45	91,84	
não sabe	6	6,32	-	-		4	4,21	-	-	
<i>b. Usando camisinha somente nas relações sexuais com parceiro eventual.</i>					ns					ns
falso	74	77,89	46	92		75	78,95	45	91,84	
verdadeiro	18	18,95	4	8		17	17,89	4	8,16	
não sabe	3	3,16	-	-		3	3,16	-	-	
<i>c. NÃO tendo contato social com pessoa doente/infectada.¹</i>					ns					0.0181
falso	73	76,84	46	92		81	85,26	48	97,96	
verdadeiro	19	20	4	8		14	14,74	1	2,04	
não sabe	3	3,16	-	-		-	-	-	-	
<i>d. NÃO usando louças/objetos de outras pessoas (vizinhos/conhecidos).¹</i>					0.0003					ns
falso	63	66,32	48	96,00		80	84,21	48	97,96	
verdadeiro	28	29,47	2	4,00		14	14,74	1	2,04	
não sabe	4	4	-	-		1	1,05	-	-	
04. A senhora costuma falar sobre HIV/aids com seus filhos e/ou netos. ¹					0.018					ns
falso	51	53,68	16	32		44	46,32	16	32,65	
verdadeiro	44	46,32	33	66		50	52,63	33	67,35	
não se aplica	-	-	1	2		1	1,05	-	-	

Nota: ns - não significativa

Conclusão

9.3.5.1 Momento I

Assim como nas demais categorias, houve diferença estatística significativa entre o percentual de respostas adequadas dadas pelo GC e pelo GI.

A análise das variáveis desta categoria possibilitou identificar que entre as 11 frases, duas tiveram diferença estatística significativa no percentual de respostas adequadas entre os dois grupos. Foram as variáveis que tratavam do compartilhamento de objetos de pessoas desconhecidas como medida preventiva para o HIV e o hábito de conversar com os filhos e/ou netos sobre HIV/aids.

Na primeira variável citada, a diferença encontrada no percentual de respostas adequadas entre os dois grupos pode ser atribuída às informações transmitidas nos jogos educativos para o GI. Entretanto, a segunda variável referia-se a um comportamento passado. Dessa forma, acredita-se que o debate em grupo sobre o papel da mãe e da avó, na orientação dos jovens da família, facilitou a recordação de episódios em que isso ocorreu.

A variável “*A senhora se previne da aids?*” foi uma das duas únicas perguntas do Instrumento II (APÊNDICE 2), na qual era solicitada justificativa para a resposta dada, possibilitando encontrar relatos que enriqueceram a discussão desta categoria de questões.

Entre as 50 mulheres do GI e as 95 do GC, o percentual de discordância foi elevado (62,11% e 78%, respectivamente), porém, muitas respostas esclareciam que as medidas adotadas e percebidas pelas mulheres como preventivas não encontram respaldo no conhecimento científico sobre as vias de transmissão ou no conhecimento epidemiológico da infecção, como: “*só tem um parceiro*”, “*toma cuidado em serviços de saúde*”, “*não senta em vaso sanitário e em banco quente de ônibus e metrô*” e “*evita pessoas soropositivas*”. Também foram dadas outras justificativas, como o “*uso do preservativo*” e “*abstinência sexual*”.

9.3.5.2 Momento II

Em relação aos dados coletados no M-II, a análise estatística mostrou permanência de diferença significativa entre a média de respostas adequadas do GC e do GI, com p igual a 0.0053 (Tabela 3).

A análise individual das variáveis possibilitou identificar que somente uma questão apresentou diferença estatística significativa entre os dois grupos: não tendo contato social com pessoa doente/infectada; as respostas sugerem que é medida preventiva para o HIV o não convívio com pessoas infectadas pelo vírus HIV. Não houve persistência de diferença significativa para as duas variáveis mencionadas no Momento I.

O tratamento dos dados também possibilitou identificar a ocorrência de diferença estatística entre a média de acertos ocorrida no M-I e no M-II para o GC ($p < 0.0001$). O mesmo ocorreu com o GI, com valor de p igual a 0.031. Vale ressaltar que a média de respostas adequadas foi maior no M-II para ambos os grupos.

Os resultados obtidos mostraram que a intervenção educativa obteve sucesso no esclarecimento das indicações do teste anti-HIV, usuários de drogas e pessoas com vida sexual. O fato de terem respondido que as pessoas casadas também devem realizar o teste, sugere que houve compreensão de que a relação estável não é forma de prevenção para o HIV.

Em relação ao uso do preservativo, aponta-se como principal ganho a compreensão de que o preservativo deveria ser utilizado também pelos casais estáveis como forma de prevenção para a infecção pelo HIV.

As outras variáveis abordaram aspectos relacionados ao convívio social com o portador do vírus. Assim como discutido anteriormente, a compreensão das corretas vias de infecção pode contribuir na diminuição do preconceito para com as pessoas soropositivas.

A validade em discutir o uso do preservativo com a população com mais idade, pode ser evidenciada em uma pesquisa realizada com 241 homens e mulheres, com idade igual ou superior a 45 anos, portadores do

HIV, em Miami – EUA, que teve o objetivo de reduzir comportamentos sexuais de risco por meio de intervenções comportamentais realizadas em quatro encontros grupais, ocorridos no decorrer de seis meses. Os resultados indicaram melhora estatisticamente significativa nas informações sobre HIV/aids e no uso do preservativo (antes da intervenção 17% participantes relataram uso inconsistente do preservativo, após a intervenção o mesmo relato passou para 7%). Os autores acreditam que os grupos foram importantes para debater as dificuldades relacionadas à negociação do uso do preservativo com o parceiro e esclarecer dúvidas sobre o risco de contrair o HIV sexualmente (Illa, Echenique, *et al.*, 2010).

10 ANÁLISE DOS ACHADOS, SEGUNDO REFERENCIAIS ADOTADOS

Neste momento segue a análise dos resultados sob a luz dos referenciais teóricos descritos anteriormente na metodologia: Promoção da Saúde e Teoria Social Cognitiva.

10.1 ANÁLISE SOB O REFERENCIAL DA “PROMOÇÃO DA SAÚDE”

A análise estatística dos dados obtidos por meio da aplicação do Instrumento II (APÊNDICE 2), para a coleta de dados, revelou a validade da atividade educativa proposta neste estudo como estratégia promotora da saúde sexual.

A estratégia utilizada possibilitou o fornecimento de informações importantes sobre o HIV/aids, não se restringindo somente aos dados biológicos da infecção, como a descrição das corretas vias de infecção, mas também temas culturais, sociais e epidemiológicos que igualmente tangenciam a discussão da epidemia, como a questão do envolvimento da população idosa na epidemia, a situação das mulheres, sobretudo as mais velhas, a educação dos jovens da família e a negociação do uso do preservativo com o parceiro.

Dessa forma, foi possível discutir o assunto sob várias vertentes, favorecendo uma compreensão abrangente do significado da epidemia de HIV/aids. Assim como realizar a aproximação destas mulheres com o assunto, visto que, como evidenciado nos resultados, a infecção pelo HIV permanecia algo muito distante de suas vidas e pensamentos. O distanciamento do assunto do cotidiano destas é corroborado pelo fato de uma participante do grupo educativo ter relato nunca ter ouvido falar sobre a síndrome.

Entre as questões existentes no Instrumento II, havia algumas sobre comportamentos adotados. A análise estatística mostrou que, considerando estas questões de forma isolada, não foi obtida diferença entre a coleta de dados realizada no M-I e no M-II, com as mulheres que participaram da atividade educativa, ou seja, que após o período de um a dois meses da intervenção, muitas ações preventivas discutidas não foram adotadas pelo grupo. A ausência de mudança de comportamento não foi percebida como “um ponto de fracasso” da intervenção. Vale ressaltar que o conceito de promoção da saúde valoriza o fornecimento de informações para a população, para que esta possa tomar decisões conscientes sobre os cuidados relacionados à saúde, e a decisão pode ser não modificar o seu cotidiano.

Os comportamentos discutidos, durante as ações educativas e questionadas durante a coleta de dados, são adotados com base em uma realidade multifacetada. O uso do preservativo, por exemplo, não depende somente do pleno reconhecimento dos benefícios implicados no seu uso, mas o quanto a mulher o percebe importante e válido “para ela” naquele momento. Além disso, a história no campo da educação em saúde já provou que informações e vontade não são suficientes para a obtenção de mudanças comportamentais, ou seja, a ideia do “eu (profissional da saúde) falo e você (leigo) ouve e faz” já se mostrou equivocada.

Neste sentido, o jogo educativo cumpriu o seu papel. Possibilitou o fornecimento de informações corretas e de forma clara para as participantes da atividade, porém, respeitando a autonomia das mulheres em relação às suas tomadas de decisão e sua aptidão para isso.

A própria estratégia adotada nesta intervenção foi coerente com os princípios da Promoção da Saúde. A aplicação do jogo educativo possibilitou a participação igualitária de todos os integrantes. Durante as ações educativas, as cadeiras foram colocadas na forma de círculo, possibilitando que todos pudessem se olhar e, principalmente, não havia ninguém em destaque.

Ao ser citada cada frase, as mulheres eram instigadas pela pesquisadora a falar sobre o que pensavam ou conheciam do assunto.

Dessa forma, muitas experiências pessoais foram relatadas para validar as suas falas e houve intensa integração entre as participantes do grupo. Era comum a interrupção do relato de uma participante por outra que aproveitava para também expor a sua opinião. Todas as informações foram ouvidas e debatidas em grupo. Interessante que quando alguma mulher relatava algo incorreto, era frequente outra integrante do grupo realizar a correção e transmitir a informação correta.

A multiplicidade de informações trazidas e debatidas pelas participantes dos jogos educativos pode ser evidenciada pela quantidade dos discursos construídos (DSC), e, principalmente, pela quantidade de Ideias Centrais identificadas por meio da análise das falas das mulheres durante as atividades.

A análise dos discursos também mostra a ocorrência de relatos discordantes entre as mulheres participantes das atividades, visto que para uma mesma cartela, foram construídos discursos contraditórios. Isso demonstra a riqueza das informações e pensamentos revelados pelas participantes durante as intervenções, assim como a validade do jogo educativo em proporcionar a discussão entre os participantes.

A possibilidade de as mulheres exporem as suas opiniões possibilitou a troca de informações entre pares, tornou a atividade dinâmica, descontraída e garantiu a valorização do conhecimento individual, coletivo e as experiências cotidianas das participantes. A atividade significou muito mais do que a simples transmissão de informação, significou a valorização do outro.

Entretanto, o caráter técnico da atividade não se perdeu. Após a fala das mulheres e discussão em grupo das informações que emergiram na discussão, a pesquisadora esclarecia as dúvidas que ficaram, corrigia as informações incorretas e prestava os devidos esclarecimentos sobre o tema em debate.

O fato de primeiramente ter deixado as participantes do jogo educativo exporem seus pensamentos, conhecimentos, dúvidas e experiências evidenciou o respeito dado aos saberes destas mulheres.

Finalizando, o jogo educativo sobre HIV/aids, direcionado para mulheres no pós-período reprodutivo, mostrou-se uma estratégia promotora da saúde por alcançar resultados no tocante ao fornecimento de informações, possibilitando a reflexão sobre a adoção de comportamentos benéficos à saúde. Além disso, os resultados foram obtidos por meio de uma atividade desenvolvida, segundo os preceitos da Promoção da Saúde. As ações tiveram como norte a valorização do conhecimento individual e coletivo, o respeito à autonomia e a dignidade humana. Além disso, a transmissão de informações não foi unidirecional, do “profissional para o leigo”, mas sim um processo de diálogo aberto e igualitário entre todos os participantes.

10.2 ANÁLISE SOB O REFERENCIAL DA “TEORIA SOCIAL COGNITIVA”

A análise dos resultados encontrados sob à luz da Teoria Social Cognitiva, postulada por Albert Bandura, apresenta traços relacionados à aprendizagem social no tocante à epidemia de HIV/aids, entre as mulheres participantes da presente pesquisa.

A própria participação no grupo educativo pode ser ponto de discussão. Como já explicitado anteriormente, as participantes foram espontaneamente à UBS somente para a intervenção. Dessa forma, pode-se inferir que este serviço é percebido como fonte de orientações sobre cuidados com a saúde, e que as ações desenvolvidas em seu interior são valorizadas por membros da comunidade. Acredita-se que esta relação com o serviço de saúde tenha origem na confiança estabelecida ao frequentar a UBS para o acompanhamento de possíveis morbidades comuns entre pessoas na faixa etária na qual as participantes fazem parte.

Os discursos construídos, por meio do emprego da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, para o tratamento dos dados obtidos durante a aplicação do jogo educativo sobre HIV/aids, possibilitaram constatar que as

mulheres participantes da intervenção educativa levaram para o grupo suas concepções sobre a infecção, construídas com base em suas experiências, como o convívio com portadores do HIV, observações feitas em serviços de saúde, diálogos sobre o assunto com pessoas de seu convívio, notícias divulgadas na mídia, crença religiosa, entre outros.

Dessa forma, por meio dos grupos educativos, foi possível compreender como as mulheres percebiam a epidemia de HIV/iads, assim como compreender seus motivos relacionados às ações descritas e crenças vinculadas à infecção pelo HIV.

A elaboração de dois ou mais discursos, resultantes da discussão de uma única cartela, revela a pluralidade de relatos apresentados nos oito jogos educativos conduzidos, sejam relacionados a experiências próprias, de observações feitas ou concepções próprias.

Identificou-se que as percepções sobre o cotidiano das pessoas portadoras do HIV, as vias de transmissão do vírus e formas de transmissão eram alicerçadas em conhecimento adquirido por diversas formas, como a convivência com pessoas soropositivas; em mensagens divulgadas pela mídia, a saber, a imagem de celebridades, vítimas da doença, como o Cazuza, citado algumas vezes; em notícias relacionadas ao tema, contudo, compreendidas de forma incorreta algumas vezes, e em conversas com conhecidos sobre o assunto.

Os comportamentos citados, como forma de enfrentamento à infecção pelo HIV, revelaram as reflexões resultantes de provável balanço entre o conhecimento sobre a infecção e as ações que são percebidas como dependentes unicamente da sua vontade e decisão, como a atenção ao uso de vasos sanitários, bancos de ônibus e de metrô, e salões de beleza. No entanto, quando as medidas preventivas eram percebidas como dependentes da aceitação ou conduta de uma outra pessoa, as mulheres tenderam a reconhecer a sua vulnerabilidade, como na situação de acreditarem na possibilidade da transmissão do HIV em serviços de saúde, visto que o uso de material esterilizado ou descartável depende da ação do profissional de saúde. No entanto, ainda neste caso, descreveram cuidados

tomados para minimizar a suscetibilidade, como observar atentamente sinais que sugerem o uso de materiais ou equipamentos contaminados.

Quando a percepção de suscetibilidade recaiu sobre a transmissão sexual do HIV, as medidas adotadas não foram unânimes entre as mulheres que participaram da pesquisa. Houve as que acreditavam na fidelidade do parceiro e adotavam a postura de não prevenir a transmissão do HIV em suas relações sexuais, por não identificarem que este comportamento poderia resultar em algum benefício, portanto a prevenção tornava-se desnecessária. Por outro lado, havia mulheres que conheciam e outras que suspeitavam da infidelidade do parceiro, mas ao refletirem sobre as consequências resultantes de iniciar com ele o diálogo sobre o uso do preservativo, ou até mesmo de exigir o seu uso, optavam por se manter em silêncio e se submetiam ao risco.

Pode-se também considerar a crença apresentada por meio dos discursos construídos de que os homens possuem características diferenciadas da mulher. Sendo visto como infiel por natureza, sempre disponível a responder de forma positiva a insinuações de outras mulheres, mesmo quando vivenciam uma relação estável. Esta percepção sobre a sexualidade masculina, aparentemente, conduziu algumas mulheres a atitudes que revelaram conformismo com sua situação, repercutindo em silêncio e submissão.

Ainda houve mulheres que se empenharam para controlar os determinantes de sua saúde, como a relação estabelecida com o parceiro. Reagiram diante da possibilidade de o parceiro se envolver com outras mulheres, dialogando a adoção de medidas preventivas e exigindo o uso do preservativo, reconhecendo esta ação como valiosa para o controle de desagradados futuros, no caso, a infecção pelo HIV ou outra doença também de transmissão sexual.

Ao se considerar que os comportamentos adotados foram influenciados também pela observação de experiências alheias, acredita-se que o grupo educativo possibilitou às participantes o confronto com relatos de ações diferentes de suas realidades. Assim como o compartilhamento de vivências semelhantes. Dessa forma, a experiência em participar do grupo

parece ter contribuído no seu conhecimento sobre como pessoas diferentes reagem a situações semelhantes às vivenciadas por elas mesmas, favorecendo a reflexão sobre a própria situação.

A efetividade para o aprimoramento das informações sobre HIV/aids pode ser mensurada por meio da comparação entre os dados coletados pelo Instrumento II no M-I e no M-II. A persistência das informações, após o período de um ou dois meses demonstra que a atividade realizada em grupo, no qual houve a valorização dos relatos das próprias experiências e concepções, possibilitou a retenção de tais informações.

Os dados coletados no M-I mostraram a efetividade da ação educativa no tocante à transmissão de informações sobre o HIV, repercutindo em aumento na percepção de suscetibilidade à infecção, percepção de severidade da doença, relação benefícios e barreiras percebidos e na motivação para agir, categorias elaboradas, segundo o Modelo de Crenças em Saúde. Tal situação já era esperada (assim como desejada) como ganho da implementação da intervenção.

No M-II identificou-se situação que pode encontrar respaldo nos postulados da Teoria Social Cognitiva. Para todas as categorias citadas, com exceção da percepção de suscetibilidade, houve aumento estatisticamente significativo das médias de acertos para o GC. Dessa forma, pode-se inferir que a própria entrevista proporcionou reflexão sobre os temas abordados, podendo ter repercutido na busca por respostas para as inquietações desencadeadas. Ou seja, pode-se supor que as mulheres que participaram da intervenção podem ter pulverizado as informações aprendidas para outras pessoas, inclusive para mulheres do GC, agindo como multiplicadoras de informações sobre a infecção pelo HIV/aids. Esta possibilidade é factível, visto que as participantes da pesquisa, de ambos os grupos, CG e CI, são moradoras da mesma região. Dessa forma, muitas são vizinhas, possuem amigadas em comum e frequentam os mesmos locais, como os cultos religiosos.

Ou seja, a possibilidade de diálogos ocorridos durante o período de um a dois meses da intervenção pode ter repercutido na reelaboração de conceitos e crenças no tocante ao HIV/aids, mesmo para pessoas que não

participaram da intervenção. Essa suposição ressalta a importância do convívio social para a aquisição de informações e, sobretudo, a tomada de decisão sobre como conduzir o cuidado com a própria saúde.

A redução na média de acertos na categoria percepção de suscetibilidade, para ambos os grupos também pode encontrar resposta na teoria de Bandura.

Para o GI, as informações transmitidas no decorrer do grupo educativo, associadas às experiências relatadas, podem ter provocado, em um primeiro momento, o aumento da percepção de suscetibilidade. No entanto, ao pesar as informações transmitidas e as observações feitas de outras pessoas presentes na intervenção, incluindo o seu próprio cotidiano, talvez todo esse universo tenha amenizado o primeiro impacto produzido no ambiente do grupo, fazendo essas mulheres acreditarem que a sua condição se diferenciava das demais presentes na intervenção.

Enquanto no GC, o contato com as questões pode ter desencadeado a mesma reação, contudo, a ausência de informações corretas e a troca formal de experiências podem ter resultado em desfecho diferente.

Dessa forma, os resultados obtidos evidenciaram a relevância da aprendizagem social no tocante às percepções acerca da infecção pelo HIV, assim como a modulação do comportamento para a sua prevenção e convívio com portadores do HIV.

11 CONCLUSÃO

A análise dos resultados possibilitou constatar que as mulheres participantes da pesquisa possuíam poucos anos de escolaridade, reduzida renda *per capita*, prezavam o comportamento monogâmico, não costumavam adotar o preservativo em suas relações sexuais e eram religiosas. Ao longo da pesquisa, foi possível perceber a influência de tais características, tanto na dinâmica do jogo educativo, quanto nas respostas obtidas durante a coleta de dados, sobre as percepções acerca da epidemia de HIV/aids e os comportamentos adotados.

O emprego do método do Discurso do Sujeito Coletivo possibilitou apresentar a riqueza das discussões realizadas com a apresentação de cada cartela do jogo educativo, evidenciando a pluralidade de informações, crenças e valores sobre o HIV/aids presentes neste grupo de mulheres.

Apesar da existência de relatos corretos sobre a epidemia de HIV/aids em todos os grupos e para todas as cartelas, também foi possível identificar a persistência de falhas nas informações sobre o assunto, como crença sobre a existência de pessoas curadas da infecção pelo HIV pela vontade de Deus; a imagem distorcida da aparência e do cotidiano das pessoas portadoras do HIV; e dúvidas sobre as corretas vias de infecção.

Pode-se observar que foram frequentes os relatos de experiências pessoais na tentativa de validar os seus comentários. Este dado evidencia a importância do cotidiano e da vida em sociedade, para a construção de suas percepções sobre a epidemia HIV/aids. Como exemplo, pode-se citar os relatos feitos sobre a imagem que possuíam do portador do vírus, que incluíam desde o conhecimento de pessoas soropositivas que mantinham a aparência saudável e que levavam a vida normalmente, até a lembrança do Cazuzo no período em que já estava com aids, aparecendo na mídia muito emagrecido e debilitado.

Em relação às vias de transmissão do vírus, percebe-se que mesmo as mulheres do GC detinham a informação sobre a possibilidade da infecção por meio da relação sexual e contato com sangue contaminado. Dessa

forma, também reconheciam a transmissão por hemotransusão e compartilhamento de insumos utilizados no consumo de drogas endovenosas. No entanto, ainda persistiam dúvidas quanto à transmissão vertical do HIV. Além das citadas vias, os discursos e os dados coletados por meio da aplicação do Instrumento II, possibilitaram identificar a crença sobre a possibilidade da transmissão do vírus por vias incorretas, como em assentos públicos, vasos sanitários, pratos, talheres, copos e beijos, repercutindo na adoção de comportamentos tidos como preventivos que não encontram respaldo no conhecimento científico

Por conhecerem a possibilidade da transmissão do vírus, pelo contato com sangue contaminado, foi constatado o receio em contrair o HIV em serviços de saúde, durante procedimentos invasivos. Para alicerçarem tais crenças, foram relatadas experiências próprias ou de pessoas de seu convívio que foram expostas a situações nas quais foi feito uso de material contaminado, porém, tais relatos devem ser vistos com critério devido à própria inconsistência da história, bem como pela certeza que os profissionais de saúde recebem durante a sua formação informações sobre os riscos implicados no uso de materiais e equipamentos contaminados, sendo difícil conceber a ocorrência deste tipo de descuido na prática profissional.

Ainda, em relação ao receio de contrair o HIV em serviços de saúde, vale citar que, apesar da diferença estatística significativa encontrada entre o GC e o GI, foi possível identificar que o esclarecimento dos cuidados adotados, pelos serviços de saúde com o objetivo de garantir a segurança dos pacientes, não foram suficientes para dissolver plenamente esta crença. Visto que logo após a intervenção, 50% das mulheres participantes continuavam acreditando na possibilidade de transmissão do HIV em serviços de saúde. Este dado, novamente reflete o enraizamento do conhecimento popular, pois, este continua presente, mesmo após a transmissão de informações pelos profissionais de saúde.

Outro ponto de destaque na aplicação do jogo educativo foi a discussão sobre o uso do preservativo. As mulheres acreditavam que os homens são resistentes ao uso do preservativo, em especial, em relações

estáveis. Também foram comuns relatos indicando que o preservativo deve ser utilizado em uma relação estável somente quando se desconfia da fidelidade do parceiro. No entanto, pode-se constatar a efetividade da intervenção no esclarecimento da necessidade da mulher, fora do período reprodutivo, utilizar o preservativo, visto que nos M-I e M-II houve diferença estatística no número de respostas adequadas entre os dois grupos, com maior média de respostas adequadas para o GI.

Ainda sobre esse aspecto, obteve-se basicamente dois relatos distintos: o primeiro, sobre as mulheres que não usavam o preservativo e não discutiam essa possibilidade com o parceiro, por acreditarem na fidelidade dele, ou por receio de desencadear uma situação desagradável, como discussões, agressões físicas, ou até mesmo por receio de que isso poderia motivar o parceiro a procurar outras mulheres que aceitassem se expor ao risco, e ainda a possibilidade de o parceiro desconfiar da fidelidade da sua mulher. O segundo relato trata da exigência das mulheres quanto ao uso do preservativo como método de prevenção à infecção pelo HIV ou outras doenças de transmissão sexual, todavia, admitiram a existência de conflitos na relação em virtude desta solicitação.

Apesar de muitas mulheres terem relatado o não uso do preservativo, assim como os motivos para tal comportamento, o grupo conhecia a existência de mulheres casadas e que foram infectadas pelo próprio marido. Além disso, acreditavam na tendência natural do homem para a infidelidade.

Dessa forma, observa-se que o uso do preservativo, dentro de uma relação estável, é envolto por aspectos de difícil compreensão, não dependendo unicamente de informações sobre os benefícios oriundos do seu emprego. Envolve valores morais, percepção do próprio risco e percepção acerca das possibilidades de diálogo com o parceiro.

Durante o jogo educativo, também foi possível constatar o desconhecimento sobre os métodos de diagnóstico da infecção pelo HIV. Conheciam a realização do teste por meio de amostra de sangue, mas também citaram a possibilidade de realizá-lo com outros fluídos corpóreos, como saliva e urina, assim como a crença de que a citologia oncológica também poderia ser utilizada para esta finalidade.

Outro dado interessante, também revelado, é a crença sobre a existência de vacinas para prevenção da infecção pelo HIV, no entanto, a intervenção também se mostrou importante para a correção deste equívoco. Pelos relatos apresentados, durante o jogo educativo, aparentemente a informação incorreta foi resultante de compreensão equivocada de informações transmitidas pela televisão.

Também foi discutido o papel da mãe e da avó na orientação dos jovens da família sobre a prevenção do HIV, assim como a investigação sobre a realização destas ações entre as mulheres participantes da pesquisa. Algumas mulheres, durante os jogos educativos, contaram as suas experiências sobre como abordavam os jovens e as orientações dadas. Ao mesmo tempo, também houve relatos de mulheres que negavam tais atitudes, justificando, principalmente, a crença que os jovens são bem informados sobre o assunto, tornando desnecessária tal iniciativa.

Por outro lado, em outros discursos, observaram-se relatos que vinculavam o jovem a comportamentos relacionados à transmissão do HIV, bem como o conhecimento de que este segmento populacional tem sido atingido pela epidemia.

Quanto ao aumento na porcentagem de mulheres do GC, as quais relataram conversar com os filhos e netos sobre HIV/aids no M-II, pode-se considerar que a entrevista, possivelmente tenha motivado essas mulheres a discutirem o assunto com outras pessoas, inclusive com os familiares mais jovens.

Além da riqueza das informações apresentadas pelos discursos, construídos com base nas discussões ocorridas nos jogos educativos, também há os dados resultantes da análise estatística, os quais evidenciam de forma indelével a efetividade da ação educativa como estratégia promotora da saúde.

A maior média de respostas corretas, inclusive com diferença estatística significativa, para o GI, quando comparado ao GC, no M-I, para todas as categorias elaboradas, segundo o Modelo de Crenças em Saúde, revela os ganhos imediatos obtidos pela ação educativa. Considerando as frases de forma isolada, é possível identificar os pontos em que a

intervenção foi mais efetiva na elucidação de dúvidas ou falhas no conjunto de informações sobre HIV/aids, deste grupo de mulheres. Entre eles, está o reconhecimento do envolvimento da população idosa na epidemia de HIV/aids, o esclarecimento sobre as corretas vias de infecção, o cotidiano das pessoas portadoras do vírus e a existência de cura e vacina.

Ressalta-se a importância sobre o esclarecimento de que a população idosa não está imune à infecção pelo HIV. Do grupo populacional, no qual as mulheres participantes fazem parte, acredita-se que a reflexão sobre o assunto e o conhecimento da vulnerabilidade para o HIV podem favorecer mudanças na própria percepção de risco.

Em relação à percepção de suscetibilidade, merece destaque as justificadas dadas pelas mulheres que responderam temer a infecção pelo HIV. A citação de frases mais relacionadas à percepção de severidade da doença, sugere que estas mulheres, apesar de relatarem receio em contrair o vírus, não percebiam a própria suscetibilidade, visto que as respostas dadas, na verdade, transpareciam a imagem dura que possuíam sobre a síndrome.

Os dados encontrados no M-II revelaram, para a maioria das frases, aumento no número de respostas adequadas para o GC e o GI, podendo, portanto, fazer um levantamento de uma série de suposições para explicar tal ocorrência. O conhecimento de que seriam novamente entrevistadas, talvez tenha motivado a procura por esclarecimentos para as suas dúvidas, e assim, se saírem melhor no segundo encontro. Também pode-se inferir que a própria entrevista ou a participação no grupo educativo, tenham desencadeado o interesse pelo tema, propiciando a procura por esclarecimentos junto a pessoas conhecidas. Além disso, deve-se notar que as mulheres dos dois grupos são moradoras da mesma região, e que possivelmente, muitas tenham laços de amizade, sejam vizinhas ou frequentem os mesmos locais, como a UBS e igrejas. Neste caso, pode ter ocorrido conversas informais sobre as frases das entrevistas e/ou conteúdo dos grupos educativos, propiciando a inclusão deste assunto no cotidiano deste grupo de mulheres.

Os resultados encontrados para a categoria “*percepção de suscetibilidade*” merecem considerações especiais. Foi encontrada variação de respostas, entre o M-I e M-II, e entre GC e GI, de forma diferenciada às demais categorias. Podemos inferir que estes resultados estejam relacionados ao fato de algumas das frases, desta categoria, abordarem pontos fortemente vinculados a crenças e a valores morais difíceis de serem modificados somente pela transmissão de informações.

Os resultados mostram que, com exceção da categoria “*percepção de suscetibilidade*”, os resultados positivos obtidos com a Intervenção permaneceram após um período de um a dois meses, em especial, os relacionados às informações sobre as vias de transmissão e métodos preventivos. No GC, o encontro de maior número de respostas adequadas, também no M-II, sugere a efetividade da simples abordagem do assunto para despertar o interesse e a reflexão.

Em relação à categoria “*relação benefícios e barreiras percebidos*”, pode-se observar a ausência de diferença estatística entre o M-I e M-II, tanto para o GC quanto para o GI, ou seja, não houve variação significativa de respostas entre os dois momentos de coleta de dados. No entanto, as mulheres participantes da intervenção permaneceram com maior média de respostas adequadas no M-I e no M-II.

Ao considerar a categoria “*motivação para agir*”, também observa-se maior média de respostas adequadas para o GI nos dois momentos, porém houve diferença estatística entre a média de respostas adequadas entre o M-I e o M-II em cada grupo, o CG e o CI.

A aparente ocorrência da disseminação das informações transmitidas nos grupos educativos, no caso, para as mulheres do GC, demonstra um ganho da intervenção que nunca poderá ser mensurado. O número de pessoas que poderão receber em conversas informais, informações corretas referentes ao HIV/aids, que foram originalmente transmitidas para as participantes nos jogos educativos, não pode ser calculado. Também considera-se que as repercussões da intervenção, no caso a disseminação de informações, poderão permanecer por longo tempo após o término dos jogos educativos.

Em relação ao jogo educativo, pode-se verificar que a sua realização, se adequada à realidade das equipes de Saúde da Família, pode ser desenvolvido em qualquer espaço, devido à simplicidade da sua dinâmica, como dentro da própria UBS ou em locais dentro da comunidade, como igrejas e associações de bairro. Além disso, não é necessário mobilizar um número grande de profissionais, podendo ser conduzido por uma única pessoa. O seu tempo de duração vai atender à necessidade das equipes com um grande número de pessoas, visto que pode ser realizado mais de um grupo por dia, ou em horários que a demanda por atendimentos individuais for menor. Também pode ser aplicado como atividade de “sala de espera”, ou seja, para as mulheres que estejam na UBS aguardando pelo atendimento. Assim como, no início ou no término de outras atividades já desenvolvidas pelas equipes, como grupos de portadores de doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*), e grupos de atividade física.

Recomenda-se o uso de todas as cartelas durante a realização do jogo educativo, porém também podem ser selecionadas somente algumas, caso seja necessária a condução de intervenções mais breves.

Além dos ganhos referentes à melhora no conjunto de informações sobre o tema para as mulheres que participaram do jogo educativo, considera-se como ganho secundário da atividade a possibilidade de propiciar a interação entre os participantes, favorecendo o convívio social. Outro ganho consiste na oportunidade dos profissionais da ESF reafirmarem o vínculo com a comunidade e conhecer as suas crenças, experiências e informações sobre a epidemia de HIV/aids.

12 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados pelo GC por meio da aplicação do Instrumento II, sobretudo no M-I, juntamente com os relatos feitos durante a intervenção, revelaram a permanência de lacunas nas informações sobre a epidemia de HIV/aids, entre as mulheres da comunidade que sediou este estudo. Estes dados evidenciam que a exclusão das mulheres com idade igual ou superior a 50 anos das campanhas voltadas à prevenção da infecção pelo HIV, trouxe consequências. No entanto, nos últimos anos, pode-se observar mudanças governamentais no sentido de atingir este segmento populacional em suas ações. Em 2009, campanha nacional de prevenção à aids para o carnaval teve como slogan “Sexo não tem idade para acabar. Proteção também não”. A ação foi voltada para a prevenção da doença em mulheres acima dos 50 anos, após pesquisas nacionais demonstrarem que este grupo, apesar de afetado pela epidemia, relutava em aderir ao uso do preservativo em suas relações sexuais (Brasil, 2009b). Além disso, no próprio *site* do Ministério da Saúde, na página relacionada ao Programa Nacional de DST e Aids, há um *link* específico para informações sobre o envolvimento da população idosa na epidemia de HIV/aids.

Apesar de tais mudanças terem ocorrido, continuam inexistentes ações de caráter permanente, prevalecendo campanhas esporádicas e por curto período de tempo. Além disso, acredita-se que o alcance da conscientização sobre a epidemia de HIV/aids, na população com idade igual ou superior a 50 anos, demorará anos, em virtude do prejuízo decorrente de seu esquecimento por um longo período.

No entanto, o jogo educativo proposto neste trabalho mostrou-se efetivo para a transmissão de informações sobre o HIV/aids, para mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, apesar da constatação da forte influência das crenças, experiências pessoais e convívio social na determinação dos comportamentos adotados e no processamento de informações.

O jogo educativo proposto trata-se de uma ação pontual, contudo, apresentou resultados positivos que justificam o seu emprego por equipes da Estratégia Saúde da Família, podendo ser visto como uma ferramenta para a obtenção da conscientização das mulheres com idade igual ou superior a 50 anos sobre a epidemia de HIV/aids.

Vale ressaltar que a atividade educativa também pode ocasionar, como ganho secundário, mudanças na prática dos profissionais que aplicá-la. Isso porque, ao se depararem com o conjunto de informações que as mulheres desta faixa etária possuem sobre a epidemia de HIV/aid, esses profissionais podem ser sensibilizados para o assunto e incluir, em seus atendimentos para pessoas deste segmento populacional, questionamentos sobre a adoção de comportamentos preventivos para o HIV, assim como fornecer orientações e considerar a possibilidade da infecção pelo vírus em pessoas com quadro clínico sugestivo, favorecendo o diagnóstico.

Deve-se considerar que as informações transmitidas durante o jogo educativo tendem a não permanecerem restritas às mulheres participantes. Os esclarecimentos apreendidos podem ser disseminados entre a comunidade durante conversas informais, surgindo uma espécie de “rede” para a transmissão das informações. Dessa forma, pode atingir um número de pessoas beneficiadas superior ao que frequentou o grupo educativo, apesar da ocorrência deste fenômeno ter sido identificada, a sua quantificação é impossível.

Foi possível identificar a persistência de crenças e de comportamentos tidos como inadequados entre algumas mulheres que participaram da intervenção, apesar de o jogo educativo se mostrar efetivo. Dessa forma, considera-se que, para a ocorrência de transformações mais profundas, a atividade educativa deve ser somada a outras iniciativas, como mudanças na postura dos profissionais de saúde, considerando esta população como vulnerável à infecção pelo HIV e ações governamentais no sentido de disseminar informações sobre a síndrome e sua prevenção de forma contínua nos meios de comunicação e serviços de saúde.

Ainda, em relação à disseminação de informações, deve-se considerar que as mulheres com idade igual ou superior a 50 anos podem

também interferir na situação de vulnerabilidade da população jovem. Isso pode ocorrer devido à relação de proximidade ocasionada pela existência de lares intergerações, facilitando, assim, a transmissão de informações sobre as vias de infecção e medidas preventivas para a infecção pelo HIV para este grupo.

Dessa forma, defende-se a aplicação do jogo educativo apresentado neste trabalho por profissionais das equipes de Saúde da Família, em virtude do reconhecimento da Estratégia Saúde da Família como ambiente favorável para a implementação de ações promotoras da saúde.

O vínculo estabelecido entre os profissionais da ESF e a comunidade favorece o estabelecimento de uma relação de confiança, não só facilitando a transmissão de informações por esses profissionais, como valorizando-as efetivamente. Além disso, as participantes podem se sentir mais confortáveis para exporem as suas dúvidas e opiniões durante o grupo educativo, não tendo o receio de serem repreendidas ou constrangidas pelos profissionais responsáveis pela condução do grupo.

O enfermeiro, em virtude do seu caráter de educador, construído ao longo de sua formação, torna-se o profissional de destaque dentro da equipe de Saúde da Família para a aplicação do jogo educativo proposto. No entanto, devido à simplicidade da intervenção, a sua aplicação pode ser feita também por outros profissionais da equipe. Entretanto, para os profissionais sem formação de nível superior, deve-se ter o enfermeiro ou médico como responsável. É indispensável a existência de treinamento sobre os temas constantes no jogo educativo.

Os dados obtidos neste estudo comprovam que é possível o alcance de resultados positivos quanto ao fornecimento de informações sobre HIV/aids para as mulheres com idade igual ou superior a 50, por meio da aplicação de ações simples na atenção primária à saúde. Dessa forma, considera-se imperativa a produção de mais estudos sobre intervenções voltadas à prevenção da infecção pelo HIV plausíveis para a realidade da ESF.

Apesar do ainda reduzido número de estudos nacionais sobre o envolvimento da população idosa na epidemia de HIV/aids e os fatores

envolvidos, já existe um corpo de conhecimento suficiente para alicerçar o planejamento e implementação de intervenções culturalmente embasadas voltadas à redução da vulnerabilidade à infecção pelo HIV deste segmento populacional.

Dessa forma, espera-se que nos próximos anos se multipliquem estudos sobre Intervenção para a prevenção da infecção pelo HIV, em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, em especial para as mulheres, que se mostram mais vulneráveis em virtude da interferência das relações de gênero.

REFERÊNCIAS

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

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução RDC nº 57, de 16 de dezembro de 2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. *Diário Oficial da União [periódico na Internet]* Brasília, 2010 dez. 17. [citado 2011 jan 15]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/770d0980456a2f9ea7f1a77a281c7538/RDC_n%C2%BA_57.pdf?MOD=AJPERES

Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comum Saúde Educ*. 2004/2005; 9(16):39-52.

Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(2):315-9.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD, Harzheim E. A estratégia saúde da família. In Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ e colaboradores. *Medicina ambulatorial – condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 88-100.

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 on the Internet]*. 2005 [cited 2006 Feb 20];5:95. Available from: <http://www.biomedcentral.com>.

Ayres JRJM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 4.ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 117-39.

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

Bandura A, Walters RH. *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston. 1986.

Bandura A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: *Self-efficacy in changing societies*. Nova York: Cambridge University Press. 1995. p. 1-45.

Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52:1-26.

Bandura A. A evolução da teoria social cognitiva. In: Bandura A, Azzi RG, Polydoro S. *Teoria social cognitiva: conceitos básicos.* Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 15-41.

Bastos FI, Cunha CB, Bertoni N, Berquó E, Bastos FIP, França Júnior I *et al.* Uso de substâncias psicoativas e métodos contraceptivos pela população urbana brasileira, 2005. *Rev Saude Publica.* 2008; 42(Supl 1):118-26.

Belgrave FZ, Corneille M, Hood K, Foster-Woodson, Fitzgerald A. The impact of perceived group support on the effectiveness of an HIV prevention Intervention for African American women. *J Black Psychol.* 2010; 36(2):127-43.

Bousquat A, Chon A, Elias PE. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no Município de São Paulo. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(9):1935-43.

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. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Brasília; 1996.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico e Contagem da População 2000 [dados na Internet]. Rio de Janeiro; 2000 [citado 2006 maio 19]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/defaulttab_amostra.shtm

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implantação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2ª edição atualizada. Brasília: Editora MS; 2005. 210 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Editora MS; 2006a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde

(PACS). In: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006b. v 4. p. 9-54. (Série E: legislação de saúde. Série pactos pela saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica: HIV/aids, hepatites e outras DST. Brasília: Editora MS; 2006c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2009a [periódico na Internet]. Rio de Janeiro; 2009.[citado 2011 jan. 04]; 30:1-133. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_brasil_2009.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Prevenção à aids no carnaval 2009. [homepage na Internet]. Brasília; 2009b. [citado 2009 abr. 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=2546

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Dados de aids [dados na Internet]. Brasília; 2010a. [atualizado 2010 jun. 30; citado 2011 Jan 10]. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/aids.def>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da Estratégia Saúde da Família. [dados na Internet]. Brasília; 2010b. [atualizado 2010 dez; citado 2011 jan. 16]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/tabulacao-de-dados>

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Idosos [homepage na Internet]. Brasília; 2011. [citado 2011 Jan 10]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/idosos>

Buchalla CM, Carvalho MHM, Fernandes MEL, Vieira EM, D'Angelo AV, Pinotti JA. Aceitabilidade do preservativo feminino entre mulheres atendidas no centro de referência da saúde da mulher e de nutrição, alimentação e desenvolvimento infantil. Rev Ginecol Obstet, 1998; 9(1): 12-8.

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.

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.

Chen YH, Raymond F, McFarland W, Truong HHM. HIV risk behaviors in heterosexual partnerships: female knowledge and male behavior. *Aids Behav.* 2010;14(1):87-91.

Chiesa AM, Veríssimo MDLOR. A educação em saúde na prática do PSF. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Manual de Enfermagem do Programa Saúde da Família. Brasília; 2001. p.34-42. (Série A: normas e manuais técnicos).

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

Cordoni Junior L. Elaboração e avaliação de projetos em saúde coletiva. Londrina: Eduel; 2006.

Dawson B, Trapp RG. Bioestatística básica e clínica. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Mc Graw –Hill Interamericana do Brasil, 2003. 348 p.

Duarte SJH, Mamede MV, Andrade SMO. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. *Saude Soc.* 2009; 18(4):620-6.

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

Escobar MDCA, León JAA, Gutiérrez HL, Álvarez AT, Álvarez AYT. El SIDA en las personas mayores: la punta del iceberg. *Rev Médica Electrónica [seriada em linha].* 2009 [citada 2011 jan 5]; 31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242009000300013&script=sci_arttext

Farias N, Cardoso RA. Mortalidade por aids e indicadores sociais no município de São Paulo, 1994 a 2002. *Rev Saude Publica.* 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.

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 Enferm.* 1995; 48(4):415-22.

Ferreira FC, Nichiata LYI. Mulheres vivendo com aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(3):483-9.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3):189-98.

Freire P. *Pedagogia da autonomia – saberes necessários à prática educativa*. 36ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007a. 148 p.

Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 46ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007b. 213 p.

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

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

Godoy VS, Ferreira MD, Silva EC, Gir E, Canini SRMS. O perfil epidemiológico da aids em idosos utilizando sistemas de informações em saúde do DATASUS: realidades e desafios. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2008; 20(1):7-11.

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.

Gradim CVC, Sousa AMM, Lobo JM. A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare Enferm*. 2007; 12(2):204-13.

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.

Illa L, Brickman A, Saint-Jean G, Echenique M, Metsch L, Eisdorfer C, et al. Sexual risk behaviors in late middle age and older HIV seropositive adults. *AIDS Behav*. 2008; 12(1):935-42.

Illa L, Echenique M, Jean GS, Bustamante-Avellaneda V, Metsch L, Mendex-Mulet L, et al. Project ROADMAP: reeducating older adults in maintaining aids prevention: a secondary intercession for older HIV-positive adults. *Aids Educ Prev*. 2010; 22(2):138-47.

Jacobs RJ, Thomlison B. Self-silencing and age as risk factors for sexually acquired HIV in midlife and older women. *J Aging Health*. 2009; 21(1):102-28.

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 [publication on the Internet]. 2002 April [cited 2004 Set 30]. Available from: http://data.unaids.org/publications/Fact-Sheets02/fs_older_en.pdf

Kalckmann S, Farias N, Carvalheiro JR. Avaliação da continuidade de uso do preservativo feminino em usuárias do Sistema Único de Saúde em unidades da região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2009; 12(2): 132-43.

Kirk JB, Goetz MB. Human immunodeficiency vírus in an aging population, a complication of sucess. *J Am Geriatr Soc*. 2009; 57(11):2129-38.

Lazzarotto AR, Kramer AS, Hadrich M, Tonin M, Caputo P, Sprintz E. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2008; 13(6):1833-40.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo. 2^a ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2003. 255p.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004. 166p

LefèvreF, Lefèvre AMC, Marques MCC. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. *Cien Saude Colet*. 2009; 14(4):1193-204.

Lefrançois GR. Teorias da aprendizagem. São Paulo: Cengage Learning; 2008. 479p.

Lieberman R. HIV in older Americans: an epidemiologic perspective. *J Midwifery Womens Health* [serial on the Internet]. 2000 [cited 2005 Oct. 15]; 45(2):176-82. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/15269523>.

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: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva: World Health Organization, 1991.

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

Machado MFAS, Vieira NFC. Health education: the family health teams' perspective and clients' participation. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009; 17(2):174-9.

Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(2):242-8.

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

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e aids. In: *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 275-300.

Matsushita RY, Santana RS. Uma análise da incidência dos casos de aids por faixa etária. *Boletim Epidemiológico AIDS [periódico na Internet]*. 2001 abr.-jun. [citado 2002 set. 10];14. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim_Epidemiologico_2001_II_Aids.pdf

McDonald JH. *Handbook of biological statistics*. 2.^a ed. Maryland: Sparky House, 2009. 313p.

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

Mercado FJ, Hernández N, Tejada LM, Springett J, Calvo A. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero-América no início do século XXI. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes. 2006. p. 22-64.

Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRJCM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(6):1335-42.

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: FIOCRUZ; 2004. p.11-24.

Moore LW, Amburgey LB. Older adults and HIV. *AORN J*. 2000; 71(4):873-6.
Morais Neto OL, Castro AM. Promoção da saúde na atenção básica. *Rev Bras Saude Familia*. 2008; Ano IX: 6-9.

Morales AU, Barreda PZ. Vulnerabilidade al VIH em mulheres em riesgo social. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(5):822-9

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

Munthree C, Maharaj P. Growing old in the era of a high prevalence of HIV/aids: the impact of aids on older men and women in KwaZulu-Natal, South Africa. *Res Aging*. 2010; 32(2): 155-74.

Muula AS. Marriage, not religion, is associated with HIV infection among women in rural Malawi. *AIDS Behav*. 2010; 14: 125-31.

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

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracoli LA. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2008; 16(5):923-8.

Oliveira IA. Leituras freireanas sobre educação. São Paulo:UNESP; 2003. 119p.

Oliveira NS, Moura ERF, Guedes TG, Almeida PC. Conhecimento e promoção do uso do preservativo feminino por profissionais de unidade de referência para DST/HIV de Fortaleza-CE: o preservativo feminino precisa sair da vitrine. *Saude Soc*. 2008; 17(1):107-16

Önen NF, Shacham E, Stamm KE, Overton ET. Comparisons of sexual behaviors and STD prevalence among older and younger individuals with HIV infection. *Aids Care*. 2010; 22(6):711-7.

Orel NA, Stelle C, Watson WK, Bunner BL. No one is immune: a community education partnership addressing HIV/aids and older adults. *J Appl Gerontol*. 2010; 29(3):352-70.

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.

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

Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006; 40 Supl:109-19.

Paiva V, Venturi G, França Júnior I, Lopes F. Uso de preservativo: pesquisa nacional MS/IBOPE, Brasil 2003. [publicação na Internet]. 2003 [citado 2004 out. 03]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/pesquisa-com-populacao-sexualmente-ativa-ibope>

Peat J, Barton B. Medical Statistics: a guide to data analysis and critical appraisal. Massachuserrs: Wiley, John & Sons, 2005. 336p.

Pereira ECA, Schmitt ACB, Cardoso MRA, Aldrighi JM. Tendência da incidência e da mortalidade por aids em mulheres na transição menopausal e pós-menopausal no Brasil, 1996-2005. Rev Assoc Med Bras. 2008; 54(5):422-5.

Pereira MG, Almeida P. Auto-eficácia na diabetes: conceito e validação da escala. Anal Psicol. 2004; 3(22):585-95.

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.

Pessini L. Envelhecimento e saúde: ecos da II Assembléia Mundial sobre o envelhecimento. Mundo Saúde 2002; 26(4):457-63.

Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MD. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. J Bras Doenças Sex Transm. 2007; 19(1):45-50.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004.

Praça NS, Barbosa FOS. HIV/aids e a mulher com idade igual ou superior a 50 anos. In: Paula CC, Padoim SMM, Schaurich D. Aids: o que ainda há para ser dito? Santa Maria: UFSM; 2007. p.157-68.

Praça NS, Souza JO, Rodrigues DAL. Mulher no período pós-reprodutivo e HIV/aids: percepção e ações segundo o Modelo de Crenças em Saúde. Texto Contexto Enferm. 2010; 19(3):518-25.

Pratt G, Gascoyne K, Cunningham K, Tunbridge A. Humam immunodeficiency virus (HIV) in older people. Age Ageing. 2010; 39(1): 289-94.

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.

Rodnick JE. The CDC and USPSTF recommendations for HIV testing. *Am Fam Physician*. 2007; 76(10):1456-9

Rodrigues DAL, Praça NS. Mulheres com idade igual ou superior a 50 anos: ações preventivas da infecção pelo HIV. *Rev Gaucha Enferm*. 2010, 31(2):321-7.

Rogers AC. Vulnerability, health and health care. *J Advancend Nurs*. 1997; 26(1):65-72.

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

Salveti MG, Pimenta CAM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1):135-40.

Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? *Cien Saude Colet*. 2007; 12(2):319-24.

Santos CL, Pessoa IN, Pereira PFQ, Ferreira TF. Preservativo feminino: uma nova perspectiva de proteção. *Rev Enferm UERJ*, 2005; 13(2):270-4.

São Paulo. Prefeitura Municipal. Coordenadoria Especial da Mulher. Mulheres em São Paulo – um perfil da cidade. 2004. nº 4 (Caderno da Coordenadoria Especial da Mulher).

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Assistência Médica Ambulatorial – AMA. [homepage na Internet]. São Paulo; 2011b. [citado 2011 jan. 5]. Disponível em: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/organizacao/assistencia-medico-ambulatorial>

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. COHAB – Companhia Metropolitana de Habitação. [homepage na Internet]. São Paulo; 2011a. [citado 2011 jan. 5]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/habitacao/cohab/>

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França Júnior I, Berquó E, Bastos FIP, Barbosa R, *et al*. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(Supl 1):127-37.

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 RC. Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania. São Paulo: Vetor; 2002.

Simone MJ, Appelbaum J. HIV in older adults. *Geriatrics*. 2008; 63(12):6-12.

Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Ministério da Saúde. Brasil. 2010. [citado 2011 jan 04]. São Paulo-SP.

South Africa. Department of Health. National Antenatal Sentinel HIV and Syphilis Prevalence Survey in South Africa, 2009. Pretoria. Disponível em: http://www.doh.gov.za/docs/reports/2010/hiv_syphilis2009.pdf

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.

Stefanelli MC. Instrumentos para ensino de comunicação terapêutica. In: *Comunicação com o paciente – teoria e ensino*. 2ª edição. São Paulo: Robe; 1993. p.156-83.

Stefanelli MC, Cadete MMM, Aranha MI. Proposta de ação educativa na prevenção da aids – jogo educativo. *Texto Contexto Enferm*. 1998; 7(3):158-73.

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, Oliveira MAC. A operacionalização do conceito de vulnerabilidade no contexto da saúde da família. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde. *Manual de enfermagem: Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 225-8.

Takeda S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, colaboradores. *Medicina ambulatorial – condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p.76-87.

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

Toledo LSG, Maciel ELN, Rodrigues LCM, Tristão-Sá R, Fregona G. Características e tendências da aids entre idosos no estado do Espírito Santo. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010; 43(3):264-7.

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 Saude Publica*. 2003;19(4):1049-61.

Trezza MCSF, Santos RM, Santos JM. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(2):326-34.

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.

Valla VV, Stotz EM, organizadores. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2007.

Vance DE. Aging with HIV: clinical considerations for an emerging population. *Am J Nurs*. 2010; 110(3):42-7.

Vasconcelos EMR, Alves FAP, Moura LML. Perfil epidemiológico dos clientes HIV/aids na terceira idade. *Rev Bras Enferm*. 2001; 54(3):435-45.

Viana ALD, Poz MRD. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. *Physis*. 2005; 15(Supl):225-64.

Wachtel TJ, Stein MD, Rabin DL. HIV infection in older people. In: Gallo JJ, Busby-Whitehead J, Rabins PV, Silliman RA, Murphy JB, editors. *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.

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.

Xavier IM. Cidadania, gênero e saúde: a mulher e o enfrentamento da aids. *Rev Enferm UERJ*. 1996;(ed. extra):89-100.

APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO I - IDENTIFICAÇÃO DA PARTICIPANTE

N.º: _____

Data: ___/___/2010

Iniciais: _____

1. Idade: _____ anos

2. Escolaridade:
- analfabeta (1)
 - 1.ª a 4.ª série (2)
 - 5.ª a 8.ª série (3)
 - 2.º grau incompleto (4)
 - 2.º grau completo (5)
 - superior incompleto (6)
 - superior completo (7)

3. Estado civil:

- casada (1)
- solteira (2)
- viúva (3)
- desquitada/desquitado (4)

4. Mora com companheiro/marido, atualmente? SIM (1) NÃO (2)

Caso SIM: Há quanto tempo? _____ meses/anos

Caso NÃO: Há quanto tempo está sozinha? _____ meses/anos

5. Teve relação sexual no último ano?

- SIM(1)
- NÃO(2)

6. SE SIM, quantos parceiros teve no último ano? _____

7. Em toda sua vida, quantos parceiros teve, incluindo o atual?

- nenhum (1)
- somente um (2)
- dois (3)
- de três a cinco (4)
- mais de cinco (5)

8. Tem namorado/companheiro atualmente?

- SIM (1)
- NÃO (2)
- OUTRA: _____ (9)

9. Já usou camisinha:

- não(1)
- algumas vezes.(2) Sabe quantas? _____
- toda relação sexual (3)

9.a. CASO JÁ TENHA USADO ou NUNCA TENHA USADO, QUAL FOI O MOTIVO?

10. Renda familiar: R\$ _____ NÃO SABE (7)

11. Ocupação: do lar (1)

tem trabalho voluntário (2) O que faz? _____

tem trabalho remunerado (3) O que faz? _____

aposentada (4)

pensionista (5)

12. Religião: católica (1) evangélica (2)

espírita (3)

outras (5) Qual? _____

13. Mora com quantas pessoas: Crianças: _____

Adultos: _____

14. Já fez o teste anti-HIV? sim(1)

não(2)

15. Onde a senhora obtém informações sobre a aids?

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO II - COLETA DE DADOS

01. HIV É O NOME dado ao vírus da aids.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

02. Deveria fazer o teste anti-HIV:

- a) Homem que tem múltiplas parceiras.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
- b) Homem que faz sexo com outros homens.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
- c) Usuário de drogas injetáveis.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
- d) Mulher com múltiplos parceiros.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
- e) Homem com relacionamentos fora do casamento.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
- f) Mulher com relacionamentos fora do casamento.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
- g) Casal que NÃO utiliza camisinha.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
- h) Gestante.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
- i) Adolescente SEM parceiro fixo.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

03. Toda mulher TEM O DIREITO de fazer o teste para descobrir se tem o HIV quando faz pré-natal.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

04. Dizer “pessoa infectada pelo HIV” é o mesmo que dizer “pessoa com aids”.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

05. A mulher grávida e com HIV/aids pode passar o vírus para o filho durante a gestação, parto e amamentação

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

06. O HIV/aids NÃO atinge a população idosa. É uma doença SOMENTE de jovens.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

07. A camisinha evita a gravidez e a aids.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

08. É possível a pessoa pegar HIV se beijar uma pessoa contaminada no rosto.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

09. A mulher, tem maior risco de “pegar” aids:

- na adolescência (1) com idade entre 20 e 49 anos (2)
- com 50 anos ou mais (3) em qualquer idade (4)
- não sabe (7)

10. A senhora tem medo de “pegar” HIV/aids.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

Justifique: _____

11. A senhora se previne da aids.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

Se falso, justifique: _____

Se verdadeiro, como: _____

12. Toda mulher que tem relação sexual possui a chance de “pegar” aids algum dia.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

Justifique: _____

13. Quando a mulher usa drogas injetáveis, ela tem risco de “pegar” aids.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

15. A mulher pode “pegar” aids pela relação sexual.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

15. As mulheres podem “pegar” aids:

a. Abraçando alguém com HIV/aids.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

b. Beijando alguém com HIV/aids.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

c. Usando louças de alguém com HIV/aids.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

d. Em consultório médico/dentista/hospital.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

e. Tendo relação sexual SEM uso de camisinha.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

f. Por receber sangue em transfusão sanguínea.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

g. Por usar objetos em manicure/farmácia.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

h. Sentando no vaso sanitário de local público.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

i. Sentando em banco, como em ônibus e metrô.

falso (1) verdadeiro (2) Não sabe (7)

16. Desconfiava/desconfio que meu marido/companheiro poderia/pode ter aids um dia.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

17. Na menopausa, a mulher NÃO precisa usar camisinha nas relações sexuais.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

18. A mulher que fez laqueadura precisa usar camisinha nas relações sexuais.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

19. Atualmente existe cura para a aids.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

20. Toda pessoa que tem HIV/aids emagrece muito.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

21. A pessoa com aids fica SEM proteção contra outras doenças.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

22. Já existem vacinas para proteger as pessoas contra o HIV/aids.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

23. Atualmente é possível viver mais e melhor mesmo tendo o vírus da aids.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

24. Os portadores do HIV possuem condições para trabalhar e sair de casa.

falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)

25. O homem aceita facilmente usar camisinha.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
26. Quando o homem não aceita usar camisinha a mulher deve insistir.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
27. Há homem que agride a mulher se ela insistir no uso da camisinha.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
28. A mulher deve fazer teste anti-HIV caso:
- a. Use drogas injetáveis.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
 - b. Tenha relações sexuais com parceiro usuário de drogas injetáveis.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
 - c. Seja solteira.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
 - d. Seja casada.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
 - e. NÃO tenha parceiro fixo.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
29. Para NÃO ter HIV/aids, A SENHORA deve se prevenir:
- a. Usando camisinha em todas as relações sexuais com seu parceiro fixo.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7) não se aplica (9)
 - b. Usando camisinha somente nas relações sexuais com parceiro eventual.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7) não se aplica(9)
 - c. NÃO tendo contato social com pessoa doente/infectada.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
 - d. NÃO usando louças/objetos de outras pessoas (vizinhos/conhecidos).
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7)
30. A senhora teve/tem dificuldades em pedir o uso de camisinha pelo seu marido/parceiro.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7) nunca pediu (3)
31. A senhora costuma falar sobre HIV/aids com seus filhos e/ou netos.
 falso(1) verdadeiro(2)
32. A senhora tem dificuldade de falar sobre HIV/aids com seus filhos e netos.
 falso (1) verdadeiro (2) não sabe (7) não se aplica (9)

Registrar Comentários ou Dúvidas:

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Grupo de intervenção)

Prezada Senhora

Eu, Daniela Angelo de Lima Rodrigues, enfermeira e aluna do curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou realizando a pesquisa "*Mulheres com 50 anos ou mais e a epidemia de aids: proposta de jogo educativo para a Estratégia Saúde da Família*" que será minha tese de doutorado, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Neide de Souza Praça.

Esta pesquisa tem o objetivo de testar um jogo educativo sobre HIV/aids para mulheres com mais de 50 anos, moradoras nesta comunidade.

Esclareço que estou aqui como estudante e que a Senhora é livre para se recusar a participar ou desistir da pesquisa, se desejar, em qualquer momento. A recusa de sua participação não prejudicará seu atendimento na UBS/PSF. Poderá fazer qualquer pergunta sobre o estudo e sua participação nele. E se tiver alguma dúvida, procurarei esclarecê-la. Informo que será necessário nos encontrarmos duas vezes: o primeiro encontro será na UBS, para entrevista e participação no jogo educativo, com aproximadamente a duração de 2 horas; no segundo encontro, agendado no melhor dia, horário e local para a Senhora (UBS ou sua residência), será realizada uma nova entrevista que levará de 20 minutos. Também informo que será necessário gravar em vídeo o jogo educativo, contudo, garanto que seu nome e suas imagens não aparecerão no estudo. Apenas eu e a minha orientadora teremos conhecimento de suas informações. Os resultados obtidos serão divulgados em eventos e revistas científicas.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, a Senhora poderá entrar em contato comigo pelo telefone (011) 2579 1385. Além disso, em caso de qualquer dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (Rua General Jardim, 36 – 1.º andar), pelo telefone 3397 2464 ou *e-mail* smscep@gmail.com.

Eu, _____, declaro que, após ter recebido os esclarecimentos sobre o estudo pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar desta pesquisa.

São Paulo, ____ de _____ de 2010.

Assinatura da entrevistada

Assinatura da entrevistadora

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Grupo controle)

Prezada Senhora

Eu, Daniela Angelo de Lima Rodrigues, enfermeira e aluna do curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, estou realizando a pesquisa "*Mulheres com 50 anos ou mais e a epidemia de aids: proposta de jogo educativo para a Estratégia Saúde da Família*" que será minha tese de doutorado, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Neide de Souza Praça.

Esta pesquisa tem o objetivo de testar um jogo educativo sobre HIV/aids para mulheres com mais de 50 anos, moradoras nesta comunidade.

Esclareço que estou aqui como estudante e que a Senhora é livre para se recusar a participar ou desistir da pesquisa, se desejar, em qualquer momento. A recusa de sua participação não prejudicará seu atendimento na UBS/PSF. Poderá fazer qualquer pergunta sobre o estudo e sua participação nele. E se tiver alguma dúvida, procurarei esclarecê-la. Informo que será necessário nos encontrarmos duas vezes, agendados nos melhores dias, horários e locais para a Senhora (UBS ou sua residência). Em cada encontro será realizada uma entrevista, que levará cerca de 15 minutos. Garanto que seu nome e suas palavras não aparecerão no estudo. Apenas eu e a minha orientadora teremos conhecimento de suas informações. Os resultados obtidos serão divulgados em eventos e revistas científicas.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, a Senhora poderá entrar em contato comigo pelo telefone (011) 2579 1385. Além disso, em caso de qualquer dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo (Rua General Jardim, 36 – 1.º andar), pelo telefone 3397 2464 ou *e-mail* smscep@gmail.com.

Eu, _____, declaro que, após ter recebido os esclarecimentos sobre o estudo pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar desta pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 2010.

Assinatura da entrevistada

Assinatura da entrevistadora

APÊNDICE 5 – FRASES UTILIZADAS NO JOGO EDUCATIVO

1 Cartelas azuis - informações gerais sobre HIV/aids

- 1.1 HIV é o nome do vírus que causa a aids
- 1.2 As pessoas com HIV/aids podem trabalhar e sair de casa normalmente
- 1.3 Só é possível a pessoa saber se tem o HIV fazendo exame de sangue
- 1.4 As pessoas com aids ficam sem proteção contra as doenças
- 1.5 A aids não tem cura
- 1.6 Não dá para saber quem tem e quem não tem o HIV somente pela aparência
- 1.7 As pessoas que fazem tratamento para o HIV podem viver muitos anos e muito bem
- 1.8 Algumas pessoas acreditam que a aids é um castigo de Deus
- 1.9 Não existe vacina para o HIV

2 Cartelas verdes – vulnerabilidade para a infecção pelo HIV em grupos específicos

- 2.1 As pessoas que dividem agulhas e seringas para usar drogas têm risco de pegar o HIV
- 2.2 As pessoas que saem com várias pessoas têm maior risco de pegar o HIV
- 2.3 A mulher com HIV/aids pode passar a doença para o filho durante a gravidez, parto e amamentação
- 2.4 Todas as pessoas que não usam camisinha têm risco de pegar o HIV
- 2.5 Existem pessoas idosas com HIV/aids
- 2.6 Há mulheres casadas que pegaram o HIV do marido

3 Cartas amarelas – informações sobre as vias de transmissão do HIV

3.1 É seguro receber transfusão sanguínea, porque todo sangue doado é examinado

3.2 É possível pegar HIV se usar equipamentos contaminados que cortam ou furam

3.3 O HIV não é transmitido por copo, talher ou prato

3.4 Não se pega o HIV por beijo, abraço ou aperto de mão

3.5 Não há risco de pegar o HIV trabalhando ou morando com alguém que tem HIV/aids

3.6 O HIV não é transmitido por vaso sanitário, banco de ônibus, de metrô ou outro tipo de banco

3.7 Não é possível pegar HIV no hospital ou posto de saúde, porque todos os materiais e equipamentos são esterilizados ou descartáveis

4 Cartelas beges – discussão sobre temas relacionados à prevenção da infecção pelo HIV

4.1 Muitos homens não gostam de usar a camisinha

4.2 A única maneira de não pegar o HIV pela relação sexual é usando a camisinha

4.3 Algumas mulheres não pedem para o parceiro usar a camisinha, porque têm medo que ele fique desconfiado ou bravo

4.4 As mulheres mais velhas podem orientar os jovens da família sobre como prevenir o HIV

4.5 As pessoas mais velhas não costumam usar a camisinha

ANEXO A - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Máximo Orientação

- 5 () Em que ano, mês, estação do ano estamos?
 5 () Onde estamos: estado, país, cidade, hospital?

Registros

- 3 () Nomeie 3 objetos: diga palavra por palavra, devagar; peça ao paciente que repita as três palavras. Dê um ponto para cada resposta correta. Então repita todas novamente, para que ele aprenda.

Atenção e Cálculo

- 5 () Peça ao paciente que conte de trás para frente, começando do nº 100, de 7 em 7. Pare depois da 5ª resposta. Alternativamente peça para soletrar “mundo” ao contrário.

Memória

- 3 () Peça que ele repita as três palavras. Dê um ponto para cada resposta correta.

Linguagem

- 9 () Mostre um lápis e um relógio, peça-lhe que os nomeie (2 pontos).

- Peça que repita o seguinte:
 “nem sim, nem não, nem porque” (1 ponto).
- Dê as 3 seguintes ordens:
 “Pegue esta folha de papel com a mão direita, passe a folha para a mão esquerda, coloque a folha no chão” (3 pontos).
- “Leia e faça o que está escrito”:
 “FECHE OS OLHOS” (1 ponto).
 “Escreva uma frase” (1 ponto).
 “Copie este desenho” (1 ponto).



- Total** () **Avalie o nível de consciência:**
 Alerta () sonolento () prostrado () coma ()

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DA PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO



Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 09 de junho de 2009.
PARECER Nº 206/09 – CEP/SMS
CAAE: 0118.0.162.000-09

Para
Daniela Ângelo De Lima Rodrigues
Sr(a) Pesquisadora

Projeto de Pesquisa: MULHERES COM 50 ANOS OU MAIS E A EPIDEMIA DE AÍDS: PROPOSTA DE JOGO EDUCATIVO PARA O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
Pesquisador Responsável: DANIELA ÂNGELO DE LIMA RODRIGUES
Instituição: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Local onde os dados serão coletados: UBS S Jorge- STS Butantã-CRS Centro-Oeste

I - Sumário Geral do Protocolo

O projeto tem como objetivo propor uma ação educativa voltada à promoção de saúde sobre HIV/AIDS para mulheres com idade igual ou superior a 50 anos atendidas pelo Programa Saúde da Família, adaptar, implementar e avaliar um jogo educativo sobre HIV/AIDS para mulheres com idade igual ou superior a 50 anos, atendidas pelo Programa Saúde da Família.

Metodologia: pesquisa avaliativa, com desenho experimental (intervenção). Ocorrerá em 2 grupos: teste e controle. A intervenção ocorrerá através de Jogo Educativo e posterior aplicação do questionário. O grupo controle não será submetido ao Jogo Educativo e responderá apenas ao questionário. A intervenção proposta será avaliada segundo método quantitativo e qualitativo.

Os critérios de inclusão são descritos:

- Mulher com idade igual ou superior a 50 anos;
- Ser moradora da área selecionada para o estudo;
- Estar cadastrada no PSF;
- Concordar em participar da pesquisa.

Seleção: consulta às ficha A do PSF e randomizada.

Abordagem e convite serão realizados durante atividades de grupo na UBS e durante visitas domiciliares de ACS.

Será realizado projeto piloto na UBS Boa Vista.

O teste será aplicado pela pesquisadora ou alunos de graduação da USP, estes após treinamento.

II - Considerações

Local de Realização - UBS S Jorge, Amostra n=200, não é multicêntrico.

A Folha de Rosto está corretamente preenchida. O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa. O cronograma da pesquisa está adequado.

A metodologia impõe mínima condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa. Será empregado um jogo educativo sobre HIV/AIDS criado com base nas recomendações de Stefanelli (1993), que desenvolveu um jogo para o ensino da comunicação enfermeiro-paciente.

Estão previstos a autonomia do paciente, recusa, anonimato, privacidade, desistência e não causar prejuízos ao atendimento na UBS.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) -

O TCLE está adequado, claro e em linguagem condizente com a população em estudo.

Está de acordo com a Resolução 196/96, atendendo às normas quanto ao resguardo da participante.



Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

2

CAAE: 0118.0.162.000-09

III - Parecer do CEP: Projeto APROVADO

- **Alertamos para a necessidade de retificação do endereço do CEP no TCLE para: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 8º andar - Telefone: 33972464, e-mail: smscep@gmail.com.**

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que 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.


José Araújo Lima/Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde – CEP/SMS

ANEXO C – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – AUTORIZAÇÃO DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE DO BUTANTÃ

Planos de Saúde - Servidor

Página 1 de 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS					FR - 257199
Projeto de Pesquisa Mulheres com 50 anos ou mais e a epidemia de aids: proposta de jogo educativo para o Programa Saúde da Família					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Preve.				Grupo Grupo III	Nível Prevenção
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 200	Total Brasil 200	Nº de Sujeitos Total 200	Grupos Especiais		
Placebo NÃO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável DANIELA ANGELO DE LIMA RODRIGUES			CPF 293.795.518-51	Identidade 29609927-2	
Área de Especialização ENFERMAGEM			Maior Titulação MESTRE	Nacionalidade brasileira	
Endereço Av. do Guacá, 63, Bloco Bari, Apto. 152			Bairro Mandaqui	Cidade São Paulo - SP	
Código Postal 02435-000	Telefone 96647260 / 25791351		Fax	Email DANIANGELO@USP.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: ____/____/____			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 Supervisão Técnica de Saúde do Butantã			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rua General Jardim, 36			Bairro Vila Buarque	Cidade São Paulo - SP	
Código Postal 01223-010	Telefone 11 3218-4000		Fax	Email smscep@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: Maria Helena de Rezende Campos Isaac			Assinatura		
Data: 12/15/2009					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 22/04/2009. Não o prazo nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

Dra. Maria Helena L. Campos Isaac
R.F. 556023212
Supervisora Téc. de Saúde do Butantã

⏪ Voltar

IMPRIMIR