

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: DOUTORADO**

**A CULTURA DO IDOSO E SUA INFLUÊNCIA NO RISCO  
PERANTE O HIV/AIDS**

**ALINE RODRIGUES FEITOZA**

**Fortaleza – Ceará**  
**JAN / 2008**

**ALINE RODRIGUES FEITOZA**

**A CULTURA DO IDOSO E SUA INFLUÊNCIA NO RISCO  
PERANTE O HIV/AIDS**

**TESE SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-  
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –  
DOUTORADO - DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO CEARÁ, COMO PARTE DOS REQUISITOS  
PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA  
EM ENFERMAGEM.**

**ORIENTADORA:**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Grasiela Teixeira Barroso**

**ÁREA TEMÁTICA:**

**Educação em Saúde, Saúde da Família e  
Promoção Humana.**

**FORTALEZA – CE**

**JAN/ 2008**

F336c Feitoza, Aline Rodrigues

A cultura do idoso e sua influência no risco perante o HIV/Aids / Aline Rodrigues Feitoza. – Fortaleza, 2008.  
114f. : il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Grasiela Teixeira Barroso  
Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará.  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.  
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza-Ce.

1. Aids 2. Idoso 3. Cultura 4. Antropologia cultural.  
I. Barroso, Maria Grasiela Teixeira (orient.) II. Título

CDD 616.9792

# **A CULTURA DO IDOSO E SUA INFLUÊNCIA NO RISCO PERANTE O HIV/AIDS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado da  
Universidade Federal do Ceará.

**APROVADA EM 25 DE JANEIRO DE 2008**

**PELA BANCA EXAMINADORA CONSTITUÍDA POR:**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Grasiela Teixeira Barroso / UFC**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Fátima Maciel Araújo/ UFC**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luiza Jane Eyre de S. Vieira / UNIFOR**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Neiva Francenely Cunha Vieira / UFC**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Alix Leite Araújo / UNIFOR**

# *Dedicatória*



*Nesses 3 anos muitas coisas aconteceram... Foi-me concedido o dom mais sublime que existe, o da maternidade, minha filha Alice chegou e transformou minha vida e meu modo de ver o mundo... Filhinha, tudo isso foi pensando em você!*

*Nesse tempo coisas tristes aconteceram também, a vida é assim... perdi minha querida vózinha Dedite, pessoa tão querida e presente em minha vida, uma fortaleza até nas horas mais difíceis que marcaram sua partida. Sua presença estará sempre em meu coração!*

*É pra vocês,  
vó Dedite e Alice  
que dedico esse trabalho!*

# *Agradecimentos*

*A Deus, na figura do Menino Jesus de Praga, meu porto seguro;  
sem Ti nada disso teria sido possível.*

*Ao meu marido, Adriano, pelo amor e paciência, por me haver  
suportado nas ausências, angústias, raivas e tristezas que  
marcaram esse período, saiba que tudo isso fez com que te amasse  
cada dia mais e mais.*

*Aos meus pais, João e Socorro, os quais, como se não bastasse o  
fato de terem me dado o dom da vida, ainda dedicam parte de  
seu precioso tempo para ajudar a cuidar da minha pequena Alice,  
apesar de todo o cansaço que a vida lhes trouxe! Sem vocês eu  
não teria chegado aqui.*

*As minhas “irmãzinhas”, Evelyne, Caroline e Sabine, que,  
apesar de terem crescido, continuam sendo minhas pequenas.  
Obrigada por me agüentarem nos dias de estresse e pelo amor que  
dedicam a minha filha.*

*Aos idosos do Grupo Vida, pela disponibilidade em participar do  
estudo e pelas experiências compartilhadas!*

*A toda a minha família, vó Terezinha, tios (as), primos(as),  
afilhados (as), sogros e cunhada, enfim aqueles que sei que  
vibram com cada conquista de minha vida. Amo vocês.*

*À minha orientadora, professora Grasiela, pela paciência em ter uma orientanda sempre tão ocupada... Saiba que é um exemplo a ser seguido nessa caminhada que está só começando...*

*À minha amiga, (sei que assim posso chamá-la) professora Fátima Maciel, peça fundamental na minha estrada profissional. Comigo deu os primeiros passos ainda na graduação. Saiba que essa conquista também é sua!*

*Aos colegas da Coordenação Municipal de DST/Aids de Fortaleza, pela compreensão no tempo em que tive que me ausentar.*

*À Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza, em especial à professora Mirian Pardo e à professora Andréa Linard, pelo incentivo ao meu crescimento profissional. Obrigada pela oportunidade em poder fazer parte dessa grande família.*

*Às amigas, Mônica Oriá, Leila Memória e Verônica Sales. Quantas coisas passamos juntas, não é mesmo? Nossa amizade vem sendo solidificada desde o mestrado. Espero que continue para sempre.*

*Às amigas da disciplina Enfermagem em Saúde Pública I da UNIFOR, em especial a Janaína Victor, Fátima Antero, Silézia Franklin, Léa Barroso, Luiza Jane Eyre e Adriana Bento pela disposição em me ajudar nas horas de sufoco.*

*As minhas orientandas, Karol e Dayana, pela disponibilidade e a valiosa ajuda durante a realização das oficinas.*

*À banca examinadora pela disponibilidade em contribuir nesse trabalho.*

*Aos meus amigos verdadeiros, cujos nomes não citarei para não correr o risco de esquecer alguém, obrigada por compartilharem de minhas tristezas e das grandes conquistas.*



## RESUMO

O aumento do número de casos de Aids em idosos tem sido alvo de investigações. Culturalmente não se costuma associar a Aids a população idosa, pois infelizmente para muitos estes são vistos como assexuados. Esse estudo tem como objetivo geral investigar como a cultura da pessoa idosa influencia na construção do significado de risco perante a epidemia do HIV/Aids. Tendo como referencial teórico metodológico a etnografia, proposta por Madeleine Leininger através da etnoenfermagem. Utilizamos como guia norteador de coleta e análise de dados o modelo da observação-participação-reflexão, conhecido como modelo O-P-R. Os dados foram colhidos no Grupo Vida que funciona dentro do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM) e está vinculado a Secretaria Executiva Regional III (SER III) e a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC). Tivemos como população geral 48 idosos, onde pudemos traçar o perfil sócio-cultural dos mesmos através de busca em prontuário familiar, dentre os quais 11 foram denominados informantes-chaves e participaram das três oficinas temáticas realizadas nos meses de outubro e novembro de 2007. Como resultado das oficinas temáticas e do perfil traçado os dados foram divididos em 4 seções: 1) Quem são os idosos do Grupo Vida?; 2) O que os idosos do Grupo Vida sabem sobre o HIV/Aids; 3) A cultura do idoso e a construção do significado de sexo/sexualidade; 4) Percepção de risco perante o HIV/Aids. Os dados nos revelaram que as questões culturais em relação ao sexo, sexualidade, religião e relacionamentos afetivos e sexuais foram moldados no tipo de criação que tiveram o que pode vir a ser um fator dificultante nos trabalhos de educação e prevenção das DST/Aids, pois ainda estão envoltos em mitos e pudores. O conhecimento dos mesmos com relação ao HIV/Aids ainda está muito restrito ao uso do preservativo, o que não implica afirmar que os mesmos o aceitem ou usem em suas relações sexuais. Os idosos do Grupo Vida não se percebem dentro do risco de se infectarem pelo HIV/Aids e isso se deve ao significado que os mesmos atribuem a risco, que pode ser percebido com algo que pode acontecer com o outro, e está muito atrelado ao tipo de relacionamento sexual que os mesmos possuem. Como podemos perceber no decorrer do estudo a cultura influencia na construção do significado de risco perante o HIV, para os idosos pesquisados as influências do contexto sócio-cultural fazem com que os mesmos não se percebam como uma população vulnerável à epidemia, e como tal está mais exposta a Aids, visto que ainda há uma defasagem muito grande com relação a conhecimentos básicos de transmissão e prevenção do HIV/Aids.

**PALAVRAS CHAVES:** Aids. Idoso. Cultura. Antropologia Cultural.

## **ABSTRACT**

The increase in the number of cases of AIDS in the elderly has been the target of investigations. Culturally we does not usually associate with AIDS in the elderly population, because unfortunately for many these are seen as people without sex. Having as general objective to investigate how the culture of the elderly person have influences in the construction of the meaning of risk to the epidemic of HIV / AIDS. We used the theoretical and methodological reference the ethnography, proposed by Madeleine Leininger through etnonursing. We used as a guide for guiding data collection and analysis of the model of observation-participation-reflection, known as O-P-R model. Data were collected in Group Life which operates within the Center for Family Development (CEDEFAM) and is bound by the Executive Secretariat Regional III (SER III) and Pro-Rectory of extension of the Federal University of Ceara (UFC). We had as general population 48 elderly and the, where we draw their social and cultural profile through search in family records, of which 11 were called key informants and participated in the three thematic workshops held in October and November 2007. As a result of thematic workshops and profile drawned, data were divided into 4 sections: 1) Who are the elderly of the Group Life?; 2) What of the elderly Group Life know about HIV / AIDS; 3)The culture of the elderly and the construction of the meaning of gender / sexuality; 4) Self risk to the HIV / Aids. The data revealed that in the cultural questions regarding to sex, sexuality, religion and emotional relationships were cast in the kind of creation that they had what may become a factor difficult to the works of education and prevention of STD / AIDS, because still wrapped in myths and chastity. Their knowledge about the HIV / AIDS is still very restricted to the use of condoms, which does not say that they accept it or use it in their sexual relations. The elderly of the Group Life does not perceive themselves within the risk of infection for HIV / AIDS and this is due to the importance that they attach to risk, which can be detected as something that can happen to other, and it is very tied to the type of sexual relationships that they have. As we can see in the course of the study the culture influences in the construction of the meaning of risk to HIV, for the elderly searched the influences of the socio-cultural context make them do not perceive as a population vulnerable to the epidemic, and as such is more exposed to AIDS, since there is still a gap too large with respect to basic knowledge of transmission and prevention of HIV / AIDS.

**KEY WORDS:** AIDS. Elderly. Culture. Cultural Anthropology.

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição dos participantes do Grupo Vida segundo o sexo. Fortaleza, 2007.	44
GRÁFICO 2	Distribuição dos participantes do Grupo Vida segundo a religião. Fortaleza, 2007.	48

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição por faixa etária dos participantes do Grupo Vida. Fortaleza, 2007	43
TABELA 2	Distribuição do Nível de Escolaridade dos participantes do Grupo Vida. Fortaleza, 2007.	45
TABELA 3	Distribuição do Estado Civil dos participantes do Grupo Vida. Fortaleza, 2007.	46
TABELA 4	Distribuição do Estado Civil dos participantes do Grupo Vida. Fortaleza, 2007.	49
TABELA 5	Distribuição dos participantes do Grupo vida de acordo com a ocupação exercida. Fortaleza, 2007.	49
TABELA 6	Distribuição dos participantes do Grupo Vida de acordo com quem eles residem. Fortaleza, 2007.	50

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01	38
FIGURA 02	38
FIGURA 03	52
FIGURA 04	53
FIGURA 05	53
FIGURA 06	54
FIGURA 07	55
FIGURA 08	56
FIGURA 09	57
FIGURA 10	58
FIGURA 11	59
FIGURA 12	60
FIGURA 13	61
FIGURA 14	81
FIGURA 15	81
FIGURA 16	82
FIGURA 17	82
FIGURA 18	83
FIGURA 19	83
FIGURA 20	84
FIGURA 21	84
FIGURA 22	85
FIGURA 23	85
FIGURA 24	85
FIGURA 25	86
FIGURA 26	86

# SUMÁRIO

	Pág.
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>Introdução</b>	
1.1. O interesse pela temática: apresentando o problema do estudo	16
1.2. Objetivos	20
1.3. Aids no idoso	21
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>Percurso Metodológico</b>	28
2.1. Articulando o referencial de apoio teórico-metodológico	29
2.2. O ambiente de pesquisa	31
2.3. O processo de coleta de dados	33
2.4. Analisando os dados	39
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>Descrição e análise dos dados</b>	42
Seção 1: Quem são os idosos do Grupo Vida?	43
Seção 2: O que os idosos do Grupo Vida sabem sobre o HIV/Aids?	52
Seção 3: A cultura do idoso e a construção do significado de sexo/ sexualidade	63
Seção 4: Autopercepção de risco para o HIV/Aids	79
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>Considerações Finais</b>	91
<b>Referências Bibliográficas</b>	
<b>Apêndices</b>	
<b>Anexos</b>	



*Capítulo I*  
*Introdução*

## **1.1. O interesse pela temática: apresentando o problema do estudo**

A Aids encena grande relevância na comunidade científica, tanto no contexto nacional como internacional. Várias são as interfaces pesquisadas em todo o mundo, desde o primeiro caso, no início dos anos 80, até os dias atuais.

Dados do Ministério da Saúde revelam que, no Brasil, assim como em todo mundo, o número de casos de Aids continua aumentando a cada ano. Até junho de 2006, são 433.067 eventos notificados, sem contar com os de HIV cuja notificação não é compulsória.

Em Fortaleza, não é diferente, pois desde a notificação do 1º caso em 1986, vários são os projetos de pesquisas dentro das universidades e hospitais. A cada ano, muitas são as publicações envolvendo a Aids nas mais diversas perspectivas, tais como a transmissão vertical, feminilização, pauperização, dentre outras.

Em entrevista, Richard Parker chama atenção para o fato de que, nas universidades públicas brasileiras, tem-se maior clareza sobre a responsabilidade social, contudo, também há menor capacidade de desempenhá-la, em razão da escassez de recursos (BARBOSA e AQUINO, 2003).

A participação em um grupo de pesquisa durante a graduação em Enfermagem, intitulado “Projeto Aids: Educação e Prevenção” foi fator fundamental no interesse de trilhar produções científicas dentro dessa temática. Várias foram as pesquisas apresentadas em congressos, encontros e seminários. Dentre as populações estudadas podemos citar adolescentes de escolas públicas, empregadas domésticas e familiares de pessoas vivendo com o HIV/Aids.

A temática também foi a escolha para que em 2001 desenvolvêssemos a dissertação de mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária, cujo tema foi a Aids em pessoas maiores de 50 anos, pois percebemos o aumento significativo de casos nessa faixa etária, contrastando com a pobreza de estudos direcionados a esta.



Realizamos então, um estudo epidemiológico da Aids em maiores de 50 anos no Município de Fortaleza-CE, num coorte de período entre 1991 a 2001, podendo concluir que a epidemia da Aids nessa faixa etária evolui desde 1995, tanto no contexto nacional, como nos planos estadual e municipal, tendo um aumento de 139% no número de casos no ano de 1998, comparando-se ao início do período em estudo.

Dados epidemiológicos confirmaram leve aumento de casos de Aids na população mais velha. Durante os anos de 2000 e 2001, o percentual de pessoas contaminadas na faixa etária entre 50 e 59 anos cresceu de 5,4% para 6,6% no sexo feminino e de 6% para 7% no masculino (CORTÊS, 2001).

Algumas hipóteses para o crescimento da Aids em maiores de 50 anos foram levantadas, tais como: o aumento do número das relações sexuais nessa faixa etária por meio de novas terapias medicamentosas e o elastecimento da sobrevida dos doentes de AIDS. Em razão das terapias antiretrovirais, cresce a sobrevida, revelando-se o fato de que apenas 56% das pessoas que vivem com Aids com idade superior a 50 anos continuam vivos. Havemos de se levar em consideração dois fatores: a notificação da Aids em idosos é tardia e a sobrevida apresenta-se menor, em razão do sistema imunológico mais debilitado se comparado a faixas etárias menores (FEITOZA, 2003).

Até junho de 2006, o Ministério da Saúde notificou 38.267 casos de Aids em maiores de 50 anos no Brasil, sendo 680 no Ceará e, destes, 463 somente no Município de Fortaleza.

As ações direcionadas à Educação em Saúde também excluem as pessoas de mais de 50 anos, além de que alguns autores contestam a forma como são conduzidas até mesmo para os jovens, foco principal dessas ações. Geralmente os programas de prevenção ao HIV/Aids esperam que somente o conhecimento seja capaz de ocasionar uma mudança de comportamento, porém, para Greco (1998), tais medidas não representam o impacto esperado na diminuição da epidemia da Aids.

Para o Ministério da Saúde, as medidas adequadas de controle da epidemia do HIV/Aids deveriam estar intimamente ligadas ao conhecimento acerca

da dinâmica da disseminação da doença nas populações, sendo esse conhecimento obtido mediante a notificação dos casos diagnosticados por unidade de tempo (BRASIL, 1999).

Em outro estudo desenvolvido por nós e outros autores (FEITOZA et al, 2006), teve como problema central as seguintes indagações: a que direção estratégica são orientadas as ações de Educação em Saúde no combate à epidemia? Como são direcionadas as campanhas de prevenção dentro da dinâmica epidemiológica do HIV/Aids? Podemos concluir que as campanhas educativas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde não levam em consideração a epidemiologia da Aids. Poucas destas foram destinadas a grupos específicos, como adolescentes, mulheres ou idosos, sendo sua maioria para a população como um todo; e estas campanhas não foram regionalizadas, independentemente do número de casos ser maior em uma região do País ou em outra.

As ações de Educação em Saúde devem ter por base dados específicos da população a ser trabalhada. A Epidemiologia e seus métodos proporcionam recursos essenciais no planejamento e avaliação de seu trabalho, pois permitem ao profissional levar em conta toda a família e a comunidade, e não apenas o paciente.

O fato de o idoso não ser foco em nenhuma dessas campanhas, atrelado ainda a fatores culturais, faz com que ele não faça uso de preservativos em suas relações sexuais. Moraes et al (2004) chamam atenção para o fato de que o idoso usa preservativo com menor frequência e tem a disposição medicamentos que contribuem para um melhor desempenho sexual, somado ao crescimento do número de casos de Aids nessa população específica. O profissional de saúde, então, deve-se lembrar de solicitar o teste anti-HIV para todos os idosos com condições definidoras para Aids, para que o tratamento antiretroviral seja iniciado o mais rápido possível.

Moriya, Gir e Hayashida (1994), assinalam que o comportamento, pode ser explicado pelas atitudes frente ao objeto social. Assim estudando-se as atitudes, pode-se prever o comportamento, e modificando as atitudes, pode-se modificar também o comportamento.

Outra grave falha que pode estar associada a esse aumento no número de casos, certamente, está no fato de que o idoso, na maioria das vezes, não tem o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, o que prejudica o início do tratamento ainda na fase assintomática, diminuindo a sobrevida ao HIV/Aids.

Como podemos perceber, várias são as perspectivas da Aids no idoso. Se por um lado a Aids é universal, do ponto de vista da vulnerabilidade, de outra parte merece atenção quando nos deparamos com um idoso com Aids, pois sabemos que nossa sociedade exclui o idoso de muitas atividades. E se esse idoso for portador de uma doença incurável e infectocontagiosa?

Talvez a cultura de nosso povo seja um desses entraves para que não se fale em sexo/sexualidade e Aids entre as pessoas de mais de 50 anos.

Para Ressel (2003), a sexualidade pode ser entendida como fruto de uma construção cultural pois, está integrada a uma rede de significados instituídos por um grupo social específico, que condiciona que ela seja vivenciada dentro de determinados padrões.

Várias indagações fizeram emergir o problema central de nosso estudo: ***Como a cultura das pessoas idosas influencia na construção do conceito de risco perante a epidemia do HIV/Aids? Influenciaria também na forma em que estão se prevenindo da Aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis?***

O interesse em continuar os estudos iniciados no mestrado, envolvendo a Aids em maiores de 50 anos, partiu da experiência, enquanto técnica das ações em DST/Aids de Fortaleza, onde se pode perceber a urgência em se incluir trabalhos de Educação em Saúde específicos para as DST/Aids para pessoas de mais de 50 anos, sabendo que até hoje não existe uma política voltada a essa população específica, nem na área de prevenção nem na assistencial, tendo sido sugerido, recentemente, pelo Ministério da Saúde do Brasil, que pesquisas sejam realizadas dentro dessa perspectiva.

Defendemos a tese de que *A cultura do idoso influencia na construção do significado de risco perante a epidemia do HIV/Aids.*

Cultura, para esse estudo, é entendida como um *“conjunto de valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo aprendidos, compartilhados e transmitidos que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada”* (LEININGER, 1991).

Para a Enfermagem esse estudo tornar-se-á de grande relevância, uma vez, que produzirá novos conhecimentos para uma faixa populacional, os idosos, que mesmo apesar do avanço das políticas públicas, ainda é incipiente a abordagem da Aids na terceira idade. Sendo a Aids um grave problema de saúde nos dias atuais e sendo o idoso vulnerável à infecção pelo HIV, é preciso que se produzam conhecimentos afim de que se possa planejar ações de educação específica para os mesmos.

## **1.2. Objetivos**

### **Geral**

- Compreender de que forma a cultura da pessoa idosa influencia na construção do significado de risco perante a epidemia do HIV/Aids.

### **Específicos**

- Identificar os principais aspectos culturais dos idosos no que se refere ao sexo/sexualidade;
- Verificar o conhecimento de idosos sobre o HIV/Aids;
- Conhecer o significado de risco do HIV/Aids para as pessoas idosas no âmbito sociocultural.

### 1.3. Aids no idoso

A Aids faz parte do rol das doenças que ainda estão envoltas em dúvidas, mitos e preconceitos, apesar de todos os estudos realizados até hoje. Somando-se ainda o fato de que sua mais freqüente forma de transmissão se dá através de um dos prazeres mais antigos, o sexo.

A evolução da epidemia da Aids perpassa várias fases: a da peste *gay*, a da feminilização, a da interiorização, a da juvenilização, a da pauperização, dentre outras. Como podemos perceber, a epidemiologia da doença é bastante dinâmica, e em cada fase novos esforços se concentram para o seu controle, buscando-se as melhores estratégias de controle e de Educação em Saúde, voltadas para cada categoria afetada. O que se observa na atualidade, porém, é o fato de que a Aids continua se expandindo, chegando a afetar os idosos, e pouco ou quase nada se fez até o momento.

O indivíduo acima de 50 anos está cada vez mais ativo sexualmente, fato este observado principalmente após a liberação de uso de medicamentos que melhoram o desempenho sexual do homem, principalmente o Viagra (SEGATO e FERNANDES, 2002).

Ballone (2002), em um estudo feito sobre a vida sexual em pessoas de mais idade, relata que a freqüência sexual cai 28% nos homens entre 66 e 71 anos e, no caso de pessoas casadas com idade entre 60 e 75 anos, 53% apresentavam vida sexual ativa e nos maiores de 76 anos a taxa era de 28%.

A população em geral, dentre elas o idoso, está cada vez mais consciente de seus direitos e busca incessantemente ter uma vida de qualidade. É preciso que se compreenda que em pouco tempo teremos uma população formada por idosos e que se impõe incluí-los em todas as atividades, atualmente restritas aos jovens, principalmente no direito ao lazer, Educação e Saúde, tarefa moral e ética, ante o direito de igualdade para todos.

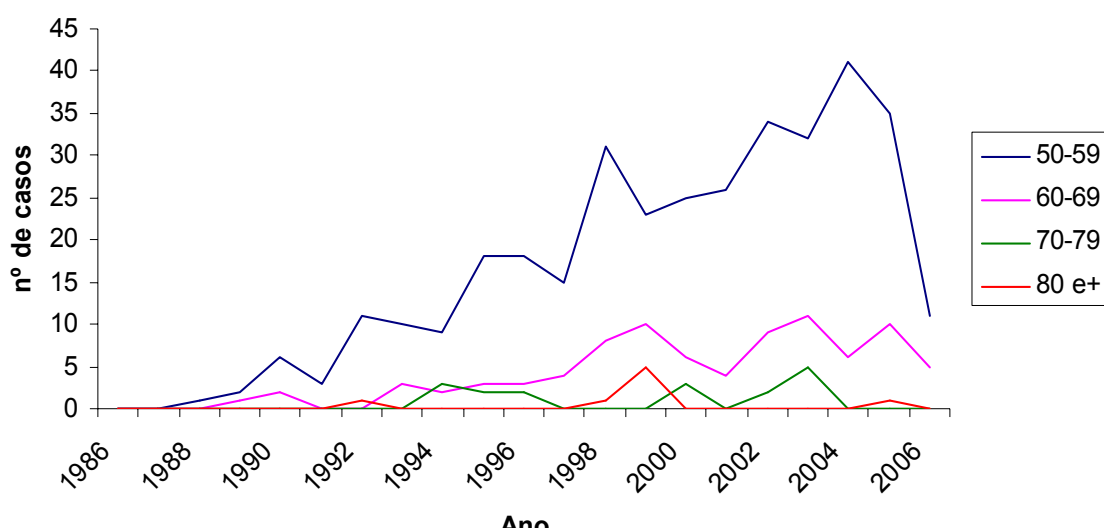
Matsushita e Santana (2001) revelam, em um estudo epidemiológico da Aids por faixa etária no Brasil, que a doença apresenta declínio e estabilização em todas as faixas etárias, com exceção do intervalo 50 - 70 anos, configurando-se

como uma curva ascendente e ocupando assim a segunda faixa etária de maior incidência de Aids no País.

O primeiro caso de Aids em pessoa de mais de 50 anos em Fortaleza foi registrado em 1988. Desde aquele ano, até 30 de junho de 2006, em levantamento mais atualizado fornecido pelo Ministério da Saúde, foram notificados 463 casos nesse intervalo etário. O número corresponde a 68% dos 680 casos registrados no Ceará. As notificações em todo o País já chegam a 38.267 em pessoas a partir de 50 anos (FEITOZA, 2003).

Podemos verificar essa evolução, especificamente no Município de Fortaleza, no gráfico a seguir:

**Evolução anual do nº de casos de Aids em pessoas acima de 50 anos no Município de Fortaleza no período de 1986 a 2006\*.**



Fonte: MS/ PN- DST/Aids

\* Dados até 30/06/2006, sujeitos a alteração.

A exposição sexual representa a maior parte dos casos. O sexo masculino é predominante, mas muitas mulheres estão também se infectando. O nível de escolaridade das pessoas infectadas é baixo. Dos casos notificados na Capital do Ceará, no período de 10 anos estudado, 43% foram em pessoas que se disseram heterossexuais, 16% se assumiram como bissexuais e 14% apontaram que são

homossexuais. É importante observar que o percentual de casos ignorados quanto à categoria de exposição é alto – 24% (FEITOZA, 2003).

Em outro estudo nosso e de colaboradores (FEITOZA, SOUZA, ARAÚJO, 2004) intitulado *A magnitude da infecção pelo HIV/Aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE* -, também referente ao período de 1991 a 2001, foi possível observar que a doença nessa população específica apresenta grande relevância epidemiológica, mais pelas taxas de incidência (7,65 casos/100.000 habitantes), prevalência (224,9/100.000 habitantes no sexo masculino), letalidade (43,9%) e anos potenciais de vida perdidos (em até 15 anos) do que pelos números absolutos.

Tellini et al (2004) revelam que a população mais velha não tem como tradição o uso de preservativos, exigindo assim maior esforço dos serviços de saúde para apoio e orientações adequados. Ressaltam, ainda, que os homens nesse interregno de idade são mais resistentes ao uso de preservativo do que as mulheres, principalmente em razão da dificuldade de adaptação e do medo da perda da ereção, fato também confirmado em Rios et al (2004).

A homossexualidade também está presente em faixas etárias mais altas. Como em qualquer outra, a pessoa não deixa de ser homossexual só porque envelheceu. Em pesquisas realizadas recentemente, verificou-se que 7,4% dos casos de Aids acima de 50 anos em Florianópolis são de homossexuais (SILVA e SILVA, 2004). No Rio de Janeiro, essa taxa é de 15,6% (FONTENELE et al, 2004). Em Fortaleza, essa realidade também foi verificada, onde a porcentagem é de 17% nessa categoria de exposição (FEITOZA, 2003).

Ballone (2002) realizou um estudo, onde mostra que o envelhecimento produz as mesmas mudanças sexuais no idoso heterossexual, que as relações longas são freqüentes e muitos dos homossexuais idosos não revelam publicamente sua preferência sexual.

Vale ressaltar que o estilo de vida de um idoso é fruto da experiência, e se, anteriormente, este tinha comportamento sexual bi ou homossexual, não é de surpreender a ninguém que, na fase mais madura, conserve suas preferências sexuais.

É preciso repensar que o idoso pode transgredir leis como em qualquer outra idade, podem usar drogas, cometer pequenos delitos e até assassinatos, sem que a população em geral não atribua estas ações às pessoas mais velhas, podendo deixá-las impunes.

Em Fortaleza, 21% dos idosos que se contaminaram por via sangüínea o fizeram por uso de drogas, nos levando ao pensamento de que o idoso também transgride, retirando assim a idéia de que o “velhinho é sempre o bonzinho” (FEITOZA, 2003).

Pesquisa realizada em São Paulo revela que 30% dos idosos, sobretudo os homens e de todos os níveis socioeconômicos, dependem de algum tipo de droga, tais como: cola, maconha, *crack*, antidepressivos, álcool, dentre outros. A explicação encontrada é de que o baixo valor da aposentadoria e o sentimento de inutilidade fazem com que o idoso busque suporte nas drogas (SEMPRE EM FORMA, 2001).

Várias projeções devem ser discutidas, dentre estas a abertura de caminho para a revisão das políticas de saúde de prevenção a Aids sob a perspectiva da saúde do idoso, visto que o interesse pela longevidade deve estar associado à qualidade de vida e não somente ao elástico dos anos.

A opinião pública tem importância na formação dos interesses em se debater assuntos ligados à saúde do idoso. Várias são as políticas, programas e orçamentos destinados a essa população, contudo, insuficientes atualmente. Mesmo nos países desenvolvidos, onde se tem a assistência material, faltam a social e a psicológica. Tais problemas fazem com que a solução talvez seja a de que os interessados e as famílias pressionem os políticos para uma ação efetiva.

No Brasil as políticas destinadas aos idosos ganharam força com a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que tem como objetivo principal:

*Conseguir a manutenção de um estado de saúde com a finalidade de atingir um máximo de vida ativa, na comunidade, junto à família, com o maior grau possível de independência funcional de autonomia (BRASIL, 1994).*



A Política Nacional do Idoso surgiu da necessidade de prestar-lhe assistência após estudos que constataam a transição demográfica pela qual se está passando, principalmente ao se analisar as mudanças nos perfis de saúde do País, custos e inadequação dos modelos atuais de saúde destinados a essa população específica.

O Programa de Atenção Integral ao Idoso, surgido com base na Lei nº 8.842, tem como foco principal, no que diz respeito à saúde a prevenção aos agravos de saúde, somente a hipertensão e o diabetes. Em nenhum momento é citada a prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, e muito menos a Aids.

É preciso que sejam inclusas nos planos de ações metas significantes que visem à educação e prevenção da Aids em idosos, para que assim se consiga realmente a atenção integral à saúde do idoso, e não somente em algumas interfaces, como nas doenças crônico-degenerativas próprias da idade.

O município de Fortaleza, preocupado com essa realidade desenvolveu em meados de setembro de 2007 uma campanha de sensibilização quanto a Aids em idosos, tal campanha mobilizou profissionais das 88 unidades de saúde de Fortaleza, além da participação de mobilizadores sociais e organização da sociedade civil, todos receberam capacitação para trabalharem a temática

Em pouco tempo, a tendência é de que teremos um grande número de idosos com Aids; o idoso está exposto, pela vulnerabilidade física e psicológica, e pouco acesso a serviços de qualidade, ficando mais vulnerável ainda em razão de demandas terapêuticas, o que demarca outros tipos de exposição ao HIV, além do sexual, ou seja, transfusão sangüínea e uso de drogas ilícitas - questões que devem ser ressaltadas em qualquer outra idade.

Um dos entraves para que se fale e se proponha ações destinadas a prevenção das DST/Aids para pessoas idosas é que a sua sexualidade tem sido quase sempre tratada na literatura sob o enfoque biológico, sem que se levem em conta os fatores culturais em que estão inseridas.

Como discutido anteriormente, a pessoa idosa, por questões culturais, pode interpor barreiras em se prevenir de doenças ligadas à transmissão sexual, principalmente por sua dificuldade em vivenciar e fazer aceita a sua sexualidade.

No âmbito das várias ciências, a Antropologia trata das questões culturais com bastante ênfase.

Helman (2003) entende a Antropologia Médica como a ciência que aborda as maneiras pelas quais as pessoas, em diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas dos problemas de saúde.

Tal afirmação nos leva à reflexão de que só é possível desenvolvermos um programa eficaz de Educação em Saúde para prevenção do HIV/Aids se conhecermos a realidade cultural do idoso, realidade essa que pode ser adaptada a novas demandas.

Para Rogoff (2005, p.15),

*(...) o fato de sermos humanos implica limites e possibilidades provenientes de longas histórias das práticas humanas. Ao mesmo tempo, cada geração continua a revisar e adaptar sua herança cultural e biológica em face das circunstâncias em que vive.*

A forma como o idoso lida com a sua sexualidade é em sua maioria fruto de suas experiências, tanto no plano individual como no coletivo. Se foi um jovem reprimido, com certeza, terá grande dificuldade de expressar dúvidas e anseios relacionados ao sexo/sexualidade.

Como falar em sexo com um profissional de saúde, se em seu desenvolvimento humano acostumou-se a achar improvável, e até mesmo imoral, um idoso manter sua sexualidade? Como falar em camisinha se não falar de sexo? Aids, então, é assunto fora de cogitação para a maioria desses idosos.

Entender o idoso dentro dessa ambiência cultural não é tarefa simples, visto que costumamos conduzir os frutos de nossa própria cultura.

É preciso aprender a considerar culturas diferentes da nossa sem, contudo, abrir mão de nossos hábitos; é necessário, sim, suspender temporariamente os próprios pressupostos para que leve em consideração os outros (ROGOFF, 2005).



## *Capítulo II*

# *Percurso Metodológico*

## 2.1. Articulando o referencial de apoio teórico-metodológico

O referencial teórico metodológico é pautado na etnografia, que segundo Leininger (1991), é um processo sistemático de observação detalhada, descrição, documentação e análise de estilos de vida, que também pode ser entendido como padrões culturais.

O enfoque etnográfico envolve geralmente o estudo de grupos pequenos de pessoas onde procura-se entender como eles vêem o mundo e organizam o seu cotidiano a partir do olhar da própria pessoa (HELMAN, 2003).

Dentro do contexto da enfermagem escolhemos a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger por nos fornecer subsídios para estudarmos o idoso dentro de sua própria cultura e através dela elaborarmos ações eficazes de prevenção as DST, sobretudo o HIV/Aids.

Madeleine Leininger, graduada em enfermagem em 1948, foi a 1ª enfermeira a cursar o doutorado em antropologia. Com base em sua experiência prática enquanto enfermeira começou a perceber que a cultura em qual um indivíduo está inserido influencia diretamente em seu comportamento, a partir daí fundou o subcampo transcultural da enfermagem, onde tem como base o cuidado cultural (LEININGER, 1991).

*Enfermagem transcultural é um subcampo ou campo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e aos valores, com meta de proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativa e eficaz para as pessoas de acordo com seus valores culturais e seu conceito de saúde-doença (George, 2000, p. 297)*

A teoria da enfermagem transcultural tem como premissa de que as pessoas de cada cultura são capazes de relacionar-se da forma como percebem seu mundo e a partir dessas experiências e de suas próprias crenças desenvolverem

práticas gerais de saúde, tendo o atendimento de enfermagem que se desenvolver no contexto cultural de cada indivíduo.

Com base na Etnografia, foi criada a Etnoenfermagem, definida como “O estudo das crenças, valores e práticas do atendimento de enfermagem como percebidos e conhecidos cognitivamente por uma determinada cultura através de suas experiências diretas, crenças e sistemas de valores”. (LEININGER, 1991, p.82).

Após a formulação do método da Etnoenfermagem, foram elaborados alguns guias facilitadores para o seu desenvolvimento, dentre os guias o mais usado é o modelo da observação-participação-reflexão, conhecido como modelo O-P-R, o qual foi utilizado como fonte de apoio deste estudo, sendo norteador de sua metodologia.

O modelo O-P-R foi desenvolvido no início da década de 60 e passou por alterações durante três décadas, incorporando sugestões advindas da prática. Foi baseado em um modelo utilizado na Antropologia - a participação-observação - contudo foi modificado de forma a manter seu foco também na reflexão, a fim de se adequar aos propósitos filosóficos e às metas do método da Etnoenfermagem.

O modelo ajuda a guiar a aproximação e permanência junto às pessoas para que se apliquem os cuidados de Enfermagem, pois consiste em um método sistemático e ao mesmo tempo reflexivo. Permite ao enfermeiro-pesquisador passar um período observando, antes de se tornar um participante ativo, o que se torna essencial, já que enseja conhecer melhor aquela realidade, principalmente os aspectos culturais do indivíduo, família e sociedade estudados.

As fases do modelo O-P-R compreendem a observação inicial, aliada a uma escuta ativa, sem participação ativa; observação com participação limitada; participação com uma observação continuada e reflexão e confirmação dos achados com os informantes.

Assim, o emprego das fases do modelo O-P-R pode ser considerado como ferramenta crítica importante em uma pesquisa da Etnoenfermagem, já que é capaz de garantir observações e interpretações verídicas de uma realidade estudada.

## 2.2. O ambiente de pesquisa

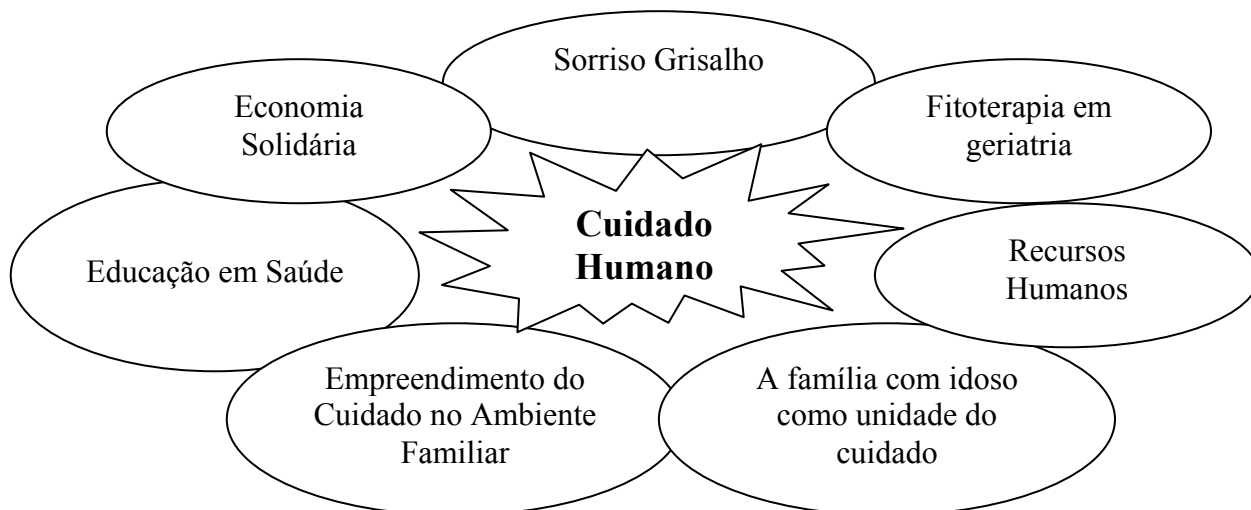
Escolhemos como ambiente de pesquisa o Grupo Vida. Tal opção ocorreu pelo fato de que, nas pesquisas etnográficas, é de suma importância que o pesquisador seja uma pessoa conhecida de todos, visto que na qualidade de pesquisadora, já realizamos algumas atividades dentro do referido grupo.

O Grupo Vida funciona dentro do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), um centro de saúde vinculado à Secretaria Executiva Regional III (SER III) e à Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Fundado em 1997, o Grupo Vida: Adaptação bem-sucedida e envelhecimento feliz surgiu da necessidade percebida por enfermeiras-docentes do curso de graduação em Enfermagem da UFC, tendo como objetivos: desenvolver a auto-estima de idosos e reforçar a dignidade, promover a reativação de suas capacidades e reintegração à família e habilitar os idosos para realização de práticas afirmativas de vida (ARAÚJO, 2004).

O desenvolvimento das atividades do Grupo Vida está baseado no cuidado humano, tendo por sustentação o seu significado comum, em relação à vida e à própria atitude que se tem para com ela, sendo representativo da primeira característica manifesta da existência humana. As atividades que compõem o Grupo Vida podem ser mais bem visualizadas no diagrama a seguir:

Diagrama 01: Representação Gráfica das atividades que compõem o Projeto “Grupo Vida”.



Para ser integrante do Grupo Vida, o idoso é cadastrado em prontuário familiar (ANEXO A), modelo utilizado no Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), acrescido de instrumento de elaboração de Plano de Cuidado, considerando a sistematização da assistência. O cadastro é realizado nos primeiros contatos com o idoso durante a consulta de enfermagem, visita domiciliar ou demanda espontânea. Seu preenchimento fica a cargo dos responsáveis pelo grupo, coordenadores ou bolsistas, ou ainda por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará das disciplinas de Cuidar do Adulto, Estudos de Família e Fundamentos de Administração de Enfermagem, o que consolida o vínculo com a Pró-Reitoria de Extensão.

As reuniões acontecem às quintas-feiras, no horário de 15h30min as 17h00min, em uma sala no CEDEFAM. Vários assuntos são debatidos pelo grupo, tais como os relacionados a saúde, educação, direitos e deveres dos cidadãos.

Atualmente o Grupo tem o cadastro familiar de 67 famílias, totalizando 80 idosos cadastrados, cabendo ressaltar que temos alguns casais que participam do grupo, sendo apenas um prontuário preenchido, por se tratar de um prontuário familiar.

A frequência dos idosos às reuniões é baixa, se comparada a outros grupos, ficando em torno de 10 a 15/reunião. Os motivos para a ausência são muitos. Dentre os principais, estão a doença no próprio idoso ou com outro ente da família e o cuidado com os netos, pois, em parte esses idosos ficam responsáveis pelo cuidado dos netos enquanto os pais trabalham.

Esses que, por algum motivo, não comparecem as reuniões são visitados em domicílio por acadêmicos de enfermagem como atividade curricular.

A ausência de idosos das reuniões não prejudica o desenvolvimento do grupo. Sempre quando acontece algum evento maior, como festividades de Dia das Mães, Dia dos Pais, Páscoa, Dia do Idoso, Natal, dentre outros, os idosos que não são assíduos às reuniões são comunicados e costumam comparecer a tais eventos, demonstrando um vínculo forte, apesar das ausências.



Outro ponto positivo do grupo é a autonomia concedida aos participantes, pois, mesmo na ausência de um coordenador do grupo, as reuniões acontecem e os próprios idosos coordenam a atividade do dia.

Nosso primeiro contato com o Grupo Vida aconteceu em 2001, durante o desenvolvimento da dissertação de mestrado, quando tivemos a oportunidade de participar de algumas reuniões. Retornamos ao grupo em abril de 2006, participando das reuniões apenas como ouvinte, na intenção de definir o objeto deste estudo.

Após a qualificação do projeto da tese, em fevereiro de 2007, passamos a freqüentar o grupo assiduamente, as quintas feiras, agora de forma sistematizada, conforme o sugerido por Madeleine Leininger em seu modelo O-P-R de coleta de dados.

### **2.3. O processo de coleta dos dados**

**1ª fase - Observação primária e escuta:** Essa fase é caracterizada pela observação livre e a escuta acurada dos fatos, sem a participação ativa do pesquisador. Nesse momento, observamos os possíveis informantes-chaves e informantes-gerais, ou seja, todos os idosos inseridos dentro do Grupo Vida: Adaptação bem-sucedida e envelhecimento feliz.

Esse adentrar o campo de estudo possibilitou conhecer o grupo e ser conhecida por ele, pois, para abordar assuntos que penetram a intimidade das pessoas, é preciso um tempo para que estas se sintam à vontade para conversar, principalmente por se tratar de idosos, que culturalmente não falam de sexo/sexualidade facilmente.

Nas pesquisas etnográficas, o pesquisador deve ver o mundo com a visão do outro, ou seja, não interpretar os acontecimentos de acordo com seu pensamento, sendo necessário que ele mesmo adentre o quanto antes o ambiente onde vai pesquisar.

A fim de conhecermos o perfil sociocultural e familiar dos idosos buscamos nos prontuários variáveis tais como: sexo, idade, procedência, estado civil, escolaridade, estrutura familiar.

Inicialmente, foi realizada uma pré-seleção com os 67 prontuários familiares cadastrados no Grupo Vida, ao final dessa pré-seleção 43 prontuários foram selecionados para a análise, tal escolha deu-se por os mesmos estarem com informações completas e atualizadas. Por serem prontuários familiares, onde em cada família poderia existir um ou mais idosos, ao final, desses 43 prontuários pudemos traçar o perfil de 48 idosos, o que será detalhado no capítulo 3.

**2ª fase - Observação com participação limitada:** Somente a partir da segunda fase o pesquisador pode ter participação, e, ainda assim, limitada. As duas primeiras fases fazem com que o pesquisador compreenda a importância da observação por um certo período antes de se tornar um participante ativo e centrado no contexto (LEININGER, 1991)

Dando continuidade à observação do grupo, percebemos que não era necessária uma seleção de informantes-chaves, já que tínhamos um número ideal de idosos que participavam assiduamente de todas as reuniões, de 10 a 15, que reuniam as características necessárias para serem os informantes-chaves de nosso estudo. Para Leininger (1991), um informante-chave deve possuir maior domínio acerca do assunto de interesse para a enfermeira (pesquisadora), e conhecer as normas, valores, crenças e estilos de vida geral daquela cultura.

Além da seleção natural, estabelecemos os seguintes critérios para a inclusão dos idosos em nosso grupo: participar do Grupo Vida há pelo menos 06 meses; não possuir doenças crônico-degenerativas que levem a deficits cognitivos e concordar em participar espontaneamente do estudo.

Respeitando o que preconiza a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – MS - Brasil que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (Anexo B).

A pesquisa respeitou os três princípios éticos fundamentais em pesquisa - o da Beneficência, que defende a máxima “acima de tudo, não causar dano”; o princípio do Respeito à dignidade humana, que inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa; e o princípio da Justiça, que inclui o direito que têm os sujeitos de tratamento justo, além do direito à privacidade (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004).

Na primeira reunião para a coleta dos dados, cada participante foi informado sobre os objetivos do estudo e o seu papel na pesquisa, da liberdade dela participar ou não, assim como de desistir na hora em que achar conveniente. Nessa ocasião, todos assinaram um termo de consentimento em duas vias, ficando uma conosco e outra com o participante (Apêndice) (BRASIL, 1996).

**3ª fase – Participação primária com observação contínua:** Nessa fase, na qual ocorre a participação primária, aconteceram a observação contínua com anotação em diário de campo e os três encontros com os informantes-chaves, que denominamos de oficinas temáticas. Em cada dia pudemos trabalhar um tema específico.

Como havíamos traçado o perfil dos idosos do Grupo Vida, percebemos que devido a baixa ou quase nenhuma escolaridade dos mesmos, não seria possível a aplicação de instrumentos formais, optamos então por trabalharmos com dinâmicas grupais.

No primeiro dia, tivemos a participação de 11 idosos (10 mulheres e 01 homem), 2 profissionais do próprio CEDEFAM (1 dentista e 1 assistente social) que pediram para participar das oficinas. Acatamos a solicitação, visto que elas já desenvolvem atividades com o Grupo, o que viria a enriquecer nosso trabalho. Tivemos também a participação de 1 bolsista do curso de Enfermagem, que auxilia na coordenação do Grupo às quintas-feiras. No 2º e 3º dia, tivemos a participação de 09 idosos (1 homem e 8 mulheres), as profissionais participaram nesse dia apenas como observadores.

Para uma pesquisa etnográfica, seguindo os preceitos da Etnoenfermagem são necessárias entre 3 e 5 sessões, com 12 ou 15 informantes-chaves, variando com o tamanho do grupo, cada sessão durando aproximadamente uma ou duas horas, no intuito de se obter significados completos, interpretações e outros dados geralmente embutidos em diversos fatores da estrutura social e em diferentes experiências de cuidado humano (LEININGER, 1991)

*1º dia: Conhecimento dos idosos acerca do HIV/Aids*

A fim de identificarmos o conhecimento sobre o HIV/Aids dos idosos do Grupo Vida, decidimos utilizar como técnica a dinâmica denominada “Colcha de Retalhos”, pois esta possibilita a análise do conhecimento individual e coletivo.

Esta técnica consiste em distribuir retalhos de tecido (algodãozinho) de tamanho 20 x 20cm, pincéis e tintas para tecido de cores diversas, solicitando aos participantes que expressem sobre o tema a ser abordado através de desenho. No nosso caso, solicitamos que os idosos expressassem por desenhos o que era a Aids.

A técnica de “Colcha de Retalhos” já foi utilizada em ações envolvendo a epidemia da Aids. Em 2003 o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde do Brasil, dentro da Programação do Dia Mundial de Luta contra a Aids, distribuiu um *kit* com tecido, tesouras sem ponta, cola, retalhos coloridos, novelos de lã e tinta guache para algumas escolas nos 27 estados brasileiros. Antes de iniciar o trabalho, eles participaram de palestras, discussões e ações sobre o tema “Preconceito e Discriminação”, sugerido pelas Nações Unidas para as atividades do Dia Mundial de Luta contra a Aids do ano de 2003. Cada estado responsabilizou-se pela execução da atividade e, em 1º de dezembro de 2003, a imensa “colcha de retalhos” foi aberta na Praça dos Três Poderes, em Brasília.

*2º dia: Aspectos culturais relativos a sexo/sexualidade:*

Para trabalharmos essas questões culturais dos idosos de nosso estudo, escolhemos uma dinâmica conhecida por “Fotolinguagem”, cujo objetivo é reaver fatos sobre a realidade em que se vive mediante a utilização de recortes de revistas, com fotos ilustrando situações do cotidiano. Uma vez espalhadas sobre uma mesa,

solicitamos aos participantes que escolhessem aquela com que mais se identificavam. Após a escolha, cada um falou sobre a foto selecionada, sendo direcionados a manter-se na questão-foco de nosso interesse, que eram as relacionadas a afeto, sexo e sexualidade.

### *3º dia: Percepção de Risco*

Para que os idosos pudessem avaliar seu risco para a Aids, foi necessário fazer referência a algumas situações do cotidiano que eventualmente fossem consideradas de risco para a Aids na visão do grupo.

Elaboramos, então, um grande mural (figura 01), contendo figuras com tais situações, apresentadas a seguir. Para cada situação, os idosos iriam classificar o grau de risco pelas cores do semáforo. Estabelecemos essas cores também por ser de conhecimento de todos; diferenciamos os símbolos por formas geométricas, caso tivessem dúvidas nas cores. Em nossa classificação o símbolo retangular de cor vermelha representava alto risco ou muito arriscado, o círculo amarelo pouco arriscado e o triângulo verde sem risco.

A dinâmica aconteceu da seguinte maneira: pedimos aos idosos que ficassem ao redor do mural; distribuimos os diferentes símbolos e solicitamos que, de acordo com o grau de risco, fossem colando ao lado das figuras com as situações os símbolos com as cores correspondentes (Figura 02). Cabe ressaltar que, como o trabalho foi feito em grupo, o número de símbolos colados não corresponde ao número de idosos que participaram da dinâmica, pois eles poderiam usar mais de um símbolo para uma mesma situação, caso achassem necessário, ou, então, vários idosos em consenso colocarem apenas um símbolo para outra situação.



Figura 01 (Mural Antes)

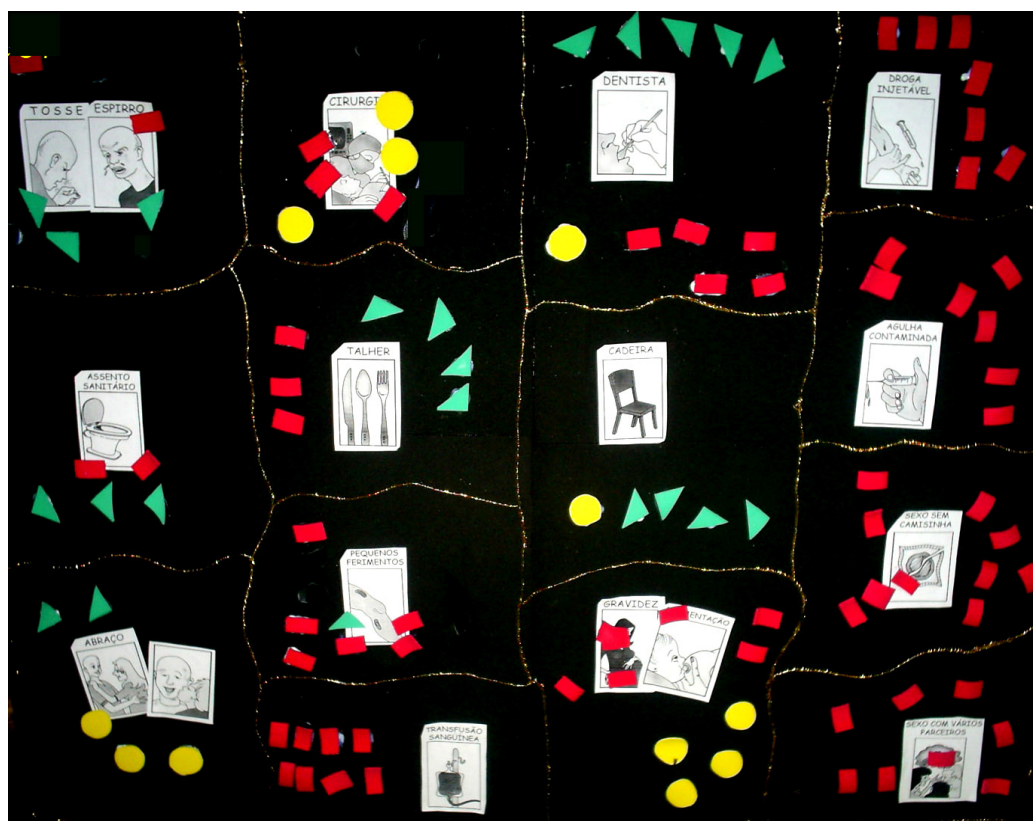


Figura 02 Mural Depois

As oficinas foram gravadas em equipamento do tipo *pen-drive* e fotografadas após consentimento dos participantes. Em todos os dias, contamos com uma observadora externa, uma acadêmica de Enfermagem de uma universidade particular de Fortaleza, que teve como papel realizar observações sobre o desenvolvimento das atividades do grupo, as quais pudessem passar despercebidas por nós.

**4ª fase – Reflexão primária e reconfirmação dos achados com os informantes:** A reflexão como parte integrante do método da Etnoenfermagem, possibilita ao enfermeiro pensar acerca dos aspectos contextuais da pesquisa, antes de proclamar ou interpretar uma idéia ou experiência, além de que, ao final, o pesquisador deverá confirmar os dados compreendidos com suas fontes originais, ou seja, com os próprios sujeitos da pesquisa.

É importante ficar claro que essa fase antecede a análise dos dados propriamente dita, favorece o surgimento de reflexão a partir dos dados obtidos durante as outras fases, além de proporcionar um momento para confrontar os dados colhidos, identificar ou não inverdades e contradições nas falas dos informantes-chaves.

Após as 3 seções realizadas o grupo solicitou uma seção educativa, na qual pudessem retirar suas dúvidas quanto à Aids e também sobre algumas doenças sexualmente transmissíveis. Esta foi realizada 15 dias depois da última seção de coleta de dados, quando aproveitamos para refletir os dados anteriormente colhidos.

## **2.4. Analisando os dados**

Em nossa análise, seguimos o guia de análise das fases da Etnoenfermagem, sugerido por Leininger (1991, p. 95). Segundo a autora, o formulário foi desenvolvido e aperfeiçoado para possibilitar o exame profundo dos dados qualitativos da pesquisa etnográfica, sobretudo os que envolvem a Teoria Cultural do Cuidado.

As fases da análise de dados qualitativos dentro da Etnoenfermagem, as quais seguimos, são quatro:

• **1ª fase** – *Colecionando , descrevendo e documentando os dados ainda não trabalhados:*

Nessa, iniciamos a análise dos dados colhidos em todas as fases do modelo O-P-R, inclusive anotações em caderno do tipo diário de campo.

Foram incluídos nessa análise: os registros dos dados obtidos nas dinâmicas de grupo realizadas onde foram retiradas as palavras-chaves de todos os informantes; os registros provenientes das observações, identificando significados contextualizados; e as interpretações preliminares mediante a identificação de símbolos e registros de dados referentes aos objetivos propostos.

• **2ª fase** – *Identificação e categorização:*

Primeiramente, foram transcritas na íntegra as gravações. Após exaustiva leitura, foram selecionadas as falas mais relevantes, de acordo com os objetivos do nosso estudo, além da transcrição das informações contidas no diário de campo e das informações da observadora externa.

As falas selecionadas foram lidas várias vezes e grifados os aspectos mais relevantes ao estudo, foram também codificadas.

• **3ª fase** – *Análise dos padrões e do contexto:*

Após a categorização, os dados foram amplamente explorados, o que nos proporcionou descobrir idéias repetidas e padrões recorrentes de significados similares ou diferentes, os quais examinados para mostrar padrões com significados contextualizados, possibilitando maior credibilidade e a confirmação dos indicativos.

Emergiram 04 seções para descrição dos dados: 1) Quem são os idosos do Grupo Vida? ; 2) A cultura do idoso e a construção do significado de sexo/sexualidade; 3)O que os idosos do Grupo Vida sabem sobre o HIV/Aids; 4) Percepção de risco.



• **4ª fase** – *Temas principais, achados da pesquisa, formulações teóricas e recomendações:*

Considerada a fase mais importante de análise, síntese e interpretação dos dados, requer síntese de pensamento, análise de configuração, interpretação dos achados e formulação criativa dos dados contidos nas fases anteriores.

Após o estabelecimento das categorias temáticas das duas fases anteriores, estas foram analisadas de acordo com a literatura pertinentes a cada subtema específico, o que virá reforçou nossos achados.

Importante é ressaltar que na quarta fase relacionamos os achados ao contexto do grupo, com as interpretações culturais, análise lingüística, estrutura social dos informantes e qualquer outra influência do cuidado humano e do bem-estar.



*Capítulo III*  
*Descrição e*  
*Análise dos dados*

## SEÇÃO 1

### *Quem são os idosos do Grupo Vida?*

Dentre as variáveis encontradas nos prontuários, selecionamos as que acreditamos influenciar diretamente na problemática do estudo. Foram elas: faixa etária detalhada, sexo, escolaridade, estado civil, religião, procedência, ocupação e com quem residem.

Tabela 01: Distribuição por faixa etária dos participantes do Grupo Vida. Fortaleza, 2007.

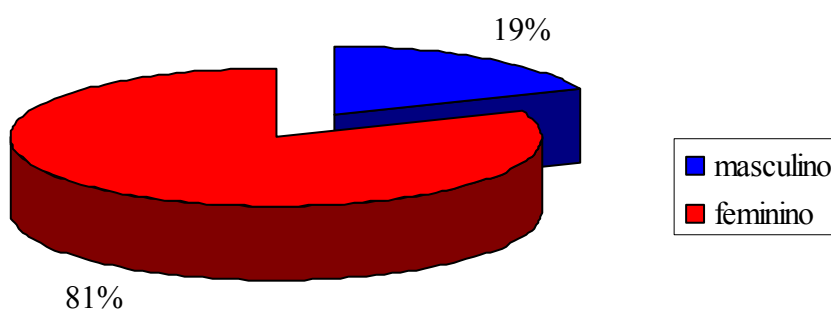
<b>Faixa Etária</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
< 60 anos	06	12,5
60 – 65 anos	06	12,5
66 – 70 anos	13	27,1
71 – 75 anos	06	12,5
76 – 80 anos	03	6,3
81 – 85 anos	09	18,8
86 – 90 anos	02	4,2
> 90 anos	01	2,1
IGN	02	4,2
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Na tabela 01, está a distribuição dos integrantes do Grupo Vida, onde encontramos a faixa etária de 66 a 70 anos como a de maior frequência. Isso pode ser justificado pelo fato de esta faixa etária concentrar a expectativa de vida da população brasileira. Outro ponto a destacar é o fato de quase 30% da população do grupo se encontrar com idade superior a 80 anos. Tal se explica pelo fato de a maioria desta população não proceder da capital e possivelmente ter levado uma vida sem os fatores estressantes próprios da cidade grande.

Não podemos deixar de registrar o fato de dois integrantes não apresentarem a idade, mostrando com isso a ineficiência do registro da informação ou mesmo a inexistência desta informação por se tratar de pessoas sem registro civil, coisa comum para a época da existência desta população.

A feminização da velhice é uma realidade em todo o Brasil. Acredita-se que tal fato decorra de uma menor taxa de mortalidade em idosas do que em idosos. No Grupo Vida, a predominância de mulheres é notoriamente maior do que dos homens, 81% e 19%, respectivamente.

Gráfico 01: Distribuição dos participantes do Grupo Vida segundo o sexo. Fortaleza, 2007.



O número de mulheres de mais de sessenta anos passou de 0,9 milhão em 1940 para 8 milhões em 2000, ou seja, quase decuplicou em sessenta anos. Em proporções, as mulheres idosas correspondiam a 2,2% do total da população brasileira em 1940, passando a ser responsáveis por 4,7% em 2000. A proporção comparável para a população masculina em 2000 foi de 3,8% (CAMARANO, 2003).

Sabemos, também, que a mulher, por questões até mesmo culturais, costuma procurar mais os serviços de saúde do que o homem, fato coincidente com o pensamento da mulher como provedora da saúde da família.

Podemos observar que, dos nove idosos do sexo masculino, oito deles freqüentam o Grupo Vida porque a esposa também freqüenta.

Segundo Camarano (2003), as idosas que participam de atividades extradomésticas, de organizações e de movimentos de mulheres, fazem cursos especiais e viagens e possuem trabalho remunerado temporário. Já os homens mais velhos têm maiores dificuldades de se adaptar à saída do mercado de trabalho.

Culturalmente, sabe-se que o homem apresenta uma atividade sexual mais intensa, principalmente nas pessoas mais idosas que foram criadas em ambientes onde o sexo era pecaminoso e só servia para procriação.

Estudo citado por Capodieci (2000) entrevistou alguns idosos sobre os motivos responsáveis pela diminuição da atividade sexual. As razões apresentadas pelos homens foram, na maioria dos casos, o aparecimento de doenças e a perda das parceiras; já nas mulheres, o principal motivo foi a perda do parceiro e depois a doença do parceiro ou de ambos.

Estes fatos nos preocupam, pois o número de idosos no Grupo Vida é muito baixo, assim como os homens também costumam freqüentar menos os serviços de saúde. Uma cultura enraizada há muito tempo em nosso País, intui que a mulher deve ser a provedora de saúde de sua família.

Tabela 02: Distribuição do Nível de Escolaridade dos participantes do Grupo Vida. Fortaleza, 2007.

<b>Escolaridade</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Analfabeto	15	31,3
Alfabetizado	07	14,6
1º grau incompleto	05	10,4
1º grau completo	14	29,2
IGN	07	14,6
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Quanto à escolaridade dos idosos do Grupo Vida, a maioria 31,3% (15) é de analfabetos, realidade essa encontrada também em outros grupos, cidades e estados.

Há algum tempo estudar não era uma meta dos indivíduos, em se tratando dos nossos idosos, cuja maioria (62,4%) veio de fora da capital (tabela 04). Essa situação se torna ainda mais presente, pois se presume que grande parte deles não teve sequer a oportunidade de freqüentar uma escola, tanto por questões culturais, sendo a maioria mulheres que naquela época eram “educadas” apenas para serem esposas, como também por dificuldades de acesso, sabendo-se que havia poucas escolas.

Estudo realizado em 41 municípios do Sul e Nordeste do Brasil, de mais de 100.000 habitantes, mostrou que um quarto dos idosos do Sul é de analfabetos, o que corresponde a 25%; no Nordeste, a proporção é de 41%, o que mostra claramente a diferença regional do Brasil com relação a oportunidades (PICCINI et al, 2006).

Não resta dúvida de que a educação constitui importante preditor de saúde, haja visto o fato de que os indivíduos pertencentes a grupos menos privilegiados estão mais expostos a doenças preveníveis, dentre elas a Aids.

Analisando sob a óptica do idoso, pode-se inferir que o idoso de hoje, principalmente na região Nordeste, teve dificuldades maiores em termos de alfabetização do que atualmente. Portanto, enquadra-se como mais vulnerável às doenças que dependem de uma educação em saúde para serem prevenidas e controladas (FEITOZA, 2003).

Tabela 03: Distribuição do Estado Civil dos participantes do Grupo Vida. Fortaleza, 2007.

<b>Estado Civil</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Viúvo(a)	14	29,2
Solteiro (a)	05	10,4
Casado (a) / União Consensual	23	47,9
Divorciado / Separado	05	10,4
IGN	01	2,1
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

A maioria dos idosos do Grupo Vida (47,9%) é de casados ou vive em união consensual, o que poderá indicar uma maior chance de terem uma vida sexual ativa, o que justifica a urgência de trabalhos de educação e prevenção para as DST/Aids.

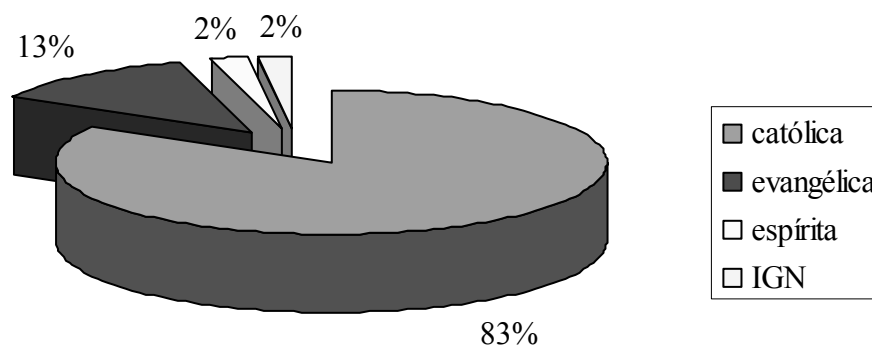
Estudo de Camarano (2003), que traça o perfil dos idosos do Brasil, mostra que a viuvez é o estado conjugal predominante entre as mulheres idosas, com 41%, no ano 2000, cerca de 39% eram casadas. No que se refere aos homens idosos, quase 70% estavam casados e apenas 13% eram viúvos. As mulheres predominam também entre os solteiros. A proporção de viúvas cresce com a idade, ao mesmo tempo em que decresce a de casadas.

Fato que nos chamou a atenção foi haver entre o grupo 10,4% de divorciados, o que não era até há pouco tempo comum entre pessoas idosas, o que pode contribuir para a disseminação de risco, pois se presume que pessoas sem parceiros fixos costumam procurar parceiros múltiplos, o que aumenta a vulnerabilidade para o HIV/Aids.

Estudo revela que o maior índice de separação ocorra entre casais na faixa etária de até 30 anos, cujas uniões duram menos de 10, nos últimos anos. Oliveira (1999) constatou aumento na incidência de casos de separação ocorridos entre pessoas com 60 anos de idade em média, cuja união durou 30 anos ou mais, e que pertenciam à classe média. Os motivos apresentados pelos interessados são diversos, tais como: falência do casamento; desgaste da relação; traição; incompatibilidade sexual, dentre outros.

Todas essas afirmações corroboram e justificam o nosso estudo, fato que contribui para maior disseminação do HIV entre as pessoas idosas, além de que a disponibilização de novas medicações, como os estimulantes sexuais, deram uma nova oportunidade de o idoso vivenciar sua vida sexual de maneira mais ativa e freqüente.

Gráfico 02: Distribuição dos participantes do Grupo Vida segundo a religião. Fortaleza, 2007.



A religião predominante entre os idosos do grupo vida é a católica (83%), o que é de se esperar em um país predominantemente católico como o Brasil. O idoso tende a ser mais tradicional em suas escolhas religiosas, o que implica que tenham maior resistência de mudar de religião.

Segundo Pierucci (2004) em números absolutos, o catolicismo continua amplamente majoritário, e prossegue crescendo, embora a taxas bem inferiores às do crescimento da população. Ocorre, entretanto, que, em números relativos, proporcionais, o catolicismo está cada vez menor.

Para o idoso, a doutrina de sua religião tem importância na condução de seu modo de ser e de viver, inclusive em questões de saúde, sabendo-se que, em algumas religiões, algumas proibições tais como: transfusão sanguínea, proibição de ingestão de alguns alimentos, de métodos anticoncepcionais e do preservativo, sendo, as duas últimas proibições do catolicismo, e que pode influenciar negativamente nas campanhas de prevenção do HIV/Aids.



Tabela 04: Distribuição dos participantes do Grupo Vida segundo procedência.  
Fortaleza, 2007.

<b>Procedência</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Interior do Ceará	30	62,5
Fortaleza	08	16,7
Outro Estado	03	6,3
IGN	07	14,6
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 04, é possível visualizar que a procedência do Ceará, fora Fortaleza, é predominante nos participantes do Grupo Vida, pois 30 (62,5%) são de origem extra-Fortaleza. A relevância desse dado ocorre pelo fato de que a cultura das cidades pequenas é geralmente mais atrelada a normas rígidas de moral, onde sexo ainda é um tabu e até mesmo imoral, o que pode vir a dificultar trabalhos de educação e prevenção relativos a doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas a Aids.

Tabela 05: Distribuição dos participantes do Grupo vida de acordo com a ocupação exercida. Fortaleza, 2007.

<b>Ocupação</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Dona de casa	17	35,4
Aposentado	18	37,5
Artesã	02	4,2
Pensionista	02	4,2
Outros	04	8,3
IGN	05	10,4
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Podemos observar, na tabela 05, que 37,5% dos idosos são aposentados, número muito relevante, visto que, há tempos, havia um desamparo da população idosa, que, na maioria das vezes, ficava na responsabilidade financeira de

familiares. Hoje, a situação inverteu, e os filhos é que muitas vezes são dependentes financeiramente dos pais aposentados.

Melhores condições de vida para a população idosa ocorrem atualmente, pelo fato de maior efetividade da seguridade social, fazendo com que os idosos aposentados representem um dos segmentos sociais com maior estabilidade. É crescente hoje o número de casos em que os idosos se responsabilizam pela manutenção de suas famílias. Se estes mantêm-se com boa saúde até idades mais avançadas, os mais pobres recorrem ao trabalho informal, que, apesar dos baixos rendimentos, também proporciona ganhos imensuráveis, como amizades, poder dentro do domicílio e certa liberdade financeira (COUTRIM, 2006)

Podemos observar na Tabela 06 que 75% dos idosos do Grupo Vida moram com companheiro(a), filhos, netos e genros, sabe-se que é uma realidade o fato de que cada dia mais o idoso passa a ser o provedor da família, pela facilidade de aposentar-se nos últimos anos.

Os idosos, hoje estão contribuindo econômica e socialmente mais do que em qualquer outro momento de suas vidas: trabalham, chefiam famílias, recebem filhos adultos e netos em casa, cuidam de netos etc. É crescente a co-residência de famílias de três gerações. Para os idosos de hoje, o envelhecimento trouxe independência, liberdade e realização (CAMARANO, 2005).

Tabela 06: Distribuição dos participantes do Grupo Vida de acordo com quem eles residem. Fortaleza, 2007.

<b>Com quem reside</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Só com companheiro (a)	02	4,2
Companheiro (a) e filhos	06	12,5
Companheiro, filhos, netos e genros	36	75,0
Sozinho(a)	02	4,2
Outros	02	4,2
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

Em contraposição, podemos observar que apenas 16,7% vivem com o (a) companheiro(a), seja só com ele(a) ou acompanhado dos filhos.

Pesquisa realizada por Coutrin (2006) na periferia de Belo Horizonte mostra a mesma realidade encontrada no Grupo Vida, onde a quase totalidade dos entrevistados possui filhos e netos vivendo na mesma moradia. Encontraram ainda como prevalecente o número de filhas ou filhos com netos (sem o cônjuge) vivendo na mesma casa, e, na maioria dos casos, são as filhas solteiras ou separadas que vivem com seus filhos e sem o companheiro na casa dos pais.

Nas regiões urbanas brasileiras, o núcleo familiar atualmente é composto por várias gerações. Os filhos adultos cada vez mais passaram a dividir espaço na casa dos pais, como forma de melhor enfrentar as dificuldades financeiras, somando rendimentos com o objetivo de baratear os custos com a habitação e garantir melhores cuidados às crianças e a outros dependentes (SIMIONATO e OLIVEIRA, 2003).

Relativamente à expressão da sexualidade, Catusso (2005) associa o fato de que o idoso morar com filhos e netos tira a privacidade do casal. Em seu estudo, notou que, em razão de as moradias muitas vezes serem inadequadas em virtude do contingente populacional, faltam cômodos que proporcionem privacidade e que 60% dos pesquisados não residem somente com o(a) esposo(a), refletindo a maneira como a família está configurada. No mesmo lar, convivem pessoas de idades diversas, que fazem parte da mesma família; essa, porém, por diversos motivos, já se encontra subdividida em famílias menores, vivendo sob o mesmo teto. Para ele, a vivência de várias famílias em lar único é um dos fatores que dificultam o entrosamento e o relacionamento de seus membros. Além disso a família como um todo pode influenciar nos aspectos referentes à autonomia dos idosos.

### *O que os idosos do Grupo Vida sabem sobre o HIV/Aids?*

#### **O Desconhecimento**

Assim como em outras faixas etárias, ainda deve existir uma parcela de idosos que também nunca ouviu falar da Aids, isto pode decorrer do desinteresse sobre assuntos da atualidade ou simplesmente não querer em falar sobre o assunto, até mesmo por tabus, já que se trata de uma doença que predominantemente se pega por via sexual, ato pecaminoso para alguns.

As figuras 03 e 05 (representações de idosas) e a figura 04, do único idoso participante de nosso estudo.



Figura 3

*Eu não sei não... só o que sei que é uma doença muito perigosa, dizem que mata as pessoas, homens, mulheres....*



Figura 4

*Sei o que é Aids não...*



Figura 5

*Não sei... desenhei adoidado... não sei o que é Aids, nunca ouvi falar...*

O desconhecimento que o idoso tem sobre Aids é consequência da falta de programas de Educação em Saúde direcionados a essa população específica.

O que se percebe nas campanhas de prevenção da Aids, somente os jovens e as populações ditas de risco (prostitutas, drogaditos, homossexuais etc) são tidas como alvo, o que acaba por não atingir os idosos.

A falta de campanhas de educação e prevenção da Aids destinadas aos idosos faz com que esta população esteja geralmente menos informada sobre o HIV do que os jovens e menos conscientes de como proteger-se da infecção. Ignoram, ainda, que, além de fazerem sexo, mesmo em menor frequência do que os jovens, é real o número de idosos que usam drogas injetáveis. Levantamentos mostram que 16% dos casos de Aids em maiores de 50 anos são em pessoas que fazem uso de drogas (DECARLO, 1998).

Ao questionarmos os idosos sobre o que conheciam sobre a Aids, o preservativo foi lembrado por três idosas, como podemos perceber nas figuras 06, 07 e 08.



Figura 06

*Isso aqui é um da mulher, vaginal, esse aqui é o do homem, aqui é um homem e a mulher e aqui é a caixa de botar... o preservativo, aqui é uma florzinha que vem em cima dessa caixa... eu que criei essa flor acho que ficava mais bonito ia chamar mais atenção do homem ou da mulher...*



Figura 07

*O cumpade aqui se encontrou com a cumade... era dois amigos que saíram da cabana onde moravam, daqui ele veio fazer a visita a um amigo, começaram a conversar, mas na volta, aí pronto! Aí ele comprou essa camisinha. É dois homens sim, aqui ele tava conversando com o amigo dele aí ele se preveniu comprando essa camisinha vermelha...porque é através do sexo onde há a transmissão da Aids, através do sangue que é tudo vermelho, porque quando ataca é tudo de uma vez (rsrsrs) o estômago... olha o tamanho que já ta inchado a doença já ta né, quando ele veio usar o preservativo já tava lascado!*



Figura 08

*Eu pintei aqui uma camisinha, pra defesa, né? E aqui é uma caixa de comprimido, tratamento da pessoa, aqui vai ser o hospital, as plantas do lado o sol (rsrsrs)... o São José é assim, o tratamento dessas doenças infecciosas é tudo lá, né*

O uso do preservativo passou a ser amplamente discutido após os estudos que comprovaram que o HIV era transmitido pelas relações sexuais. Campanhas estimulam o seu uso em todo o mundo. Estas são veiculadas através da mídia a todo o momento, e quase sempre se destinam prioritariamente aos jovens, que culturalmente teriam uma vida sexual mais ativa e com maior variedade de parceiros.

O preservativo é conhecido por *capote inglês*, *sobrecasaca inglesa* ou *camisa inglesa*, pelos franceses, e de *cartas francesas*, pelos ingleses, ou de *parisienses*, pelos alemães. No Brasil é popularmente conhecido por camisinha. Não se sabe com certeza quem teria inventado o preservativo, nem de qual país ela é originária. Sabe-se é que a evidência mais antiga que se conhece do uso do preservativo na Europa está patente nas cenas pintadas nas cavernas de Combarelles (100-200 d.C.), na França. No início, foi utilizada como método



contraceptivo, e era feita de intestino de ovelha. Somente em meados de 1523, um médico italiano, Gabrielle Fallopio, inventou a “bainha de tecido leve”, por medida, para proteção das doenças sexualmente transmissíveis (LOPES, 2003)”.

Apesar de o preservativo ser antigo, e de o idoso conhecê-lo, não implica dizer que eles o estão utilizando em suas relações sexuais, pois, para o idoso, o preservativo está ainda relacionado somente à prevenção da gravidez. Quanto ao uso na terceira idade, podem ter medo de usá-lo e perder a sensibilidade ou mesmo a própria efetividade da ereção.

A epidemia da Aids afeta principalmente adultos jovens, já que o comportamento de risco associado a essa doença é muito mais freqüente nesse grupo etário. As campanhas educativas oficiais focam o uso de preservativos somente aos jovens, colocando grande parte da população à margem da discussão da Aids e sua prevenção, dentre eles, os idosos (MELO et al, 2002). Daí a importância de serem feitas campanhas de sensibilização e orientação, permitindo ao idoso tomar conhecimento dos riscos para o HIV/Aids e se prevenir, utilizando o preservativo em todas as relações sexuais.



Figura 09

*Pra mim uma pessoa com Aids é assim cabeçuda, pálida...*



Figura 10

*Eu imagino assim também... magro, abatido, fica com as pernas finas,  
é como o câncer*

As figuras 09 e 10 representam a forma como as idosas imaginam uma pessoa com Aids. Para elas, ainda existe o mito de que uma pessoa com Aids é o mesmo que ter um câncer, que a pessoa emagrece, perde os cabelos, fica “amarela”, com as pernas finas... ,ou seja, é o esteriótipo de tempos atrás com relação a pessoa vivendo com HIV/Aids.

Essa imagem da pessoa com Aids advém do início da epidemia, quando a expressão “aidético” era usada para designar quem tinha Aids. Ainda hoje os portadores do HIV/Aids lutam para que essa expressão seja substituída por soropositivo, pessoa vivendo com HIV/Aids, ou doente com Aids. A imagem do “aidético” é quase sempre associada à dimensão da doença – que no início retratava a personificação da morte – ou às pessoas pertencentes a grupos estigmatizados, idéia esta construída e amplamente difundida por meio da maioria dos discursos circulantes à epidemia (GUIMARÃES E FERRAZ, 2001).

Na visão dos idosos do grupo, não é possível ter HIV sem ter sintomas. Aids e soropositivo é a mesma coisa. Eles ficaram espantados quando explicamos a

diferença entre os dois. Com esse pensamento, o idoso fica ainda mais vulnerável à infecção pelo HIV/Aids visto que pensam que dá para reconhecer uma pessoa com Aids pelo aspecto físico, e daí podem se envolver sexualmente com alguém que aparentemente está saudável e este ser portador do HIV.

Para Pinheiro (2005), a falsa imagem de pessoas vivendo com o HIV/Aids, de que sempre eram pessoas debilitadas e com aspecto de doente, foi transmitida pelos meios de comunicação, dando a falsa idéia de que a pessoa contaminada com o vírus obrigatoriamente tinha que ter estas características. Assim sendo, o soropositivo não era visto como alguém que apresentasse riscos de contaminação, a exemplo dos grupos tidos como de risco. Isso tudo pode ter propiciado a disseminação da Aids entre as mulheres e homens heterossexuais que mantinham relacionamento estável e se consideravam fora de risco.

### **Conseqüências da Aids: A Aids vista como um castigo**

Na visão dos idosos a Aids também foi lembrada como um castigo em razão de comportamentos não aceitáveis, como a traição, o que para eles leva a mudanças intensas na vida do individuo, culminando com a inevitável morte do “transgressor”.



Figura 11

*É como uma árvore preta, tá morrendo...*



Figura 12

*É como uma mesa bagunçada, muda a vida toda...*

Na figura 11, o desenho representa uma árvore de folhas pretas, simbolizando a morte, porque, para essa idosa, a pessoa com Aids vai morrer. É a visão imposta até mesmo pela mídia quando retratava em campanhas a Aids como algo terrível, assombroso mesmo. Quem não lembra do jargão do Ministério da Saúde que dizia: “*Se você não se cuidar a Aids vai te pegar?*”.

A representação da Aids feita na figura 12 foi bastante interessante. A idosa relatou que o que ela mais detestava numa casa era uma mesa bagunçada, que para ela era como se a vida ficasse bagunçada também. Por meio de analogia, desenhou uma mesa com objetos desordenados em cima e disse que aquilo era como a Aids, que causava uma bagunça na vida de uma pessoa. Já a árvore e o sol do desenho representavam a esperança de um dia ter a cura da Aids.

Percepções como esta ainda estão atreladas à visão que se tinha, até pouco tempo, de que a Aids era uma doença incapacitante, que, ao ser infectada, a pessoa não poderia viver normalmente. O que se observa, contudo, na realidade,

são pessoas vivendo com o HIV cada vez mais ativas em suas atividades de vida diária.



Figura 13

*Aqui é a história de uma pessoa com Aids...*

A figura 13 retrata uma situação, segundo a idosa. O primeiro representa um casal de namorados (homem com a mulher de blusa verde), em seguida eles casam e ele arranja uma amante (homem com a mulher de blusa amarela); ele então descobre que está doente (deitado na cama do hospital). Diante disso, todos se afastam dele e ele morre sozinho (figura de uma lápide).

Bastante interessante essa visão dessa idosa, pois, para ela, o homem pega Aids quando trai, apesar de sabermos que a submissão a qual a mulher, sobretudo a idosa, está exposta faz com que ela até aceite tal traição.

É certo que a mulher muito contribuiu ao assimilar também esses valores da traição masculina. São inúmeros os casos em que a mulher, sabedora da traição do seu marido, mantém-se em posição pacífica. A maioria até prefere manter o

casamento nessas circunstâncias a se separar judicialmente perante a sociedade. Em um nível social mais baixo, as mulheres, mesmo sofrendo violência física de seus maridos, preferem agüentar a aceitar a idéia de ficar “sozinha”, sem um homem que as possa “proteger” (OLIVEIRA, 1999).

### *A cultura do idoso e a construção do significado de sexo/sexualidade*

As pesquisas que trazem o idoso como centro devem ter como um dos focos prioritários o estudo concomitante da cultura em que vivem, pois sabe-se que a forma como vivem deve direcionar e determinar ações a serem trabalhadas com essa população, sobretudo a saúde.

Uchôa (2003), assinala que os estudos epidemiológicos são essenciais para identificar problemas prioritários em uma população, de modo que pode orientar decisões relativas à definição de prioridades para intervenção, portanto, quando o foco de interesse se desloca da definição de problemas prioritários em saúde, para as ações que devem ser privilegiadas para resolvê-los, os estudos antropológicos tornam-se imprescindíveis.

Santos e Vaz (2004) expressam que, se partirmos do ponto de vista de que as atividades, integração social, religiosidade, alimentação e, mesmo, a genética influenciam a longevidade, o meio ambiente cultural em que a pessoa se desenvolve também poderá lhe propiciar características que co-determinem quantos anos poderá viver e como os viverá.

A fim de que possamos desenvolver intervenções adequadas às características sociais e culturais da população idosa, no que se refere ao HIV/Aids, precisamos conhecer um pouco mais sobre o que os idosos pensam sobre o sexo, a sexualidade, a importância da religião em suas vidas, dentre outros assuntos, e como atribuem significado a este período de suas vidas.

## O Significado de felicidade

Ao serem questionados sobre felicidade, os idosos estudados referiram, de maneira geral, serem felizes, apesar dos problemas. A saúde foi unanimidade entre os idosos, ao dizerem que não ter saúde era um dos entraves em busca da tão sonhada felicidade, como podemos perceber nas falas a seguir:

*... é ter saúde, viver bem com as pessoas, fazer o bem sem olhar a quem.*

*Só o que me falta mais é ter saúde.*

*Sou muito feliz, graças a Deus, vivo muito bem em nome de Jesus, não vivo melhor porque vivo doente com uma dor na coluna, dor de cabeça, a gente quando cai numa idade tudo aparece, né? Quando a gente é nova é uma coisa, quando fica velha é outra coisa, é dor por todo canto.*

Para Lebrão e Laurenti (2005), as avaliações de saúde auto-referidas hoje não são mais consideradas meramente impressões relacionadas a condições reais de saúde. Podem ser importantes, pois estudos recentes mostram que os indivíduos que relatam condições de saúde escassa ou pobre têm riscos de mortalidade consistentemente mais altos do que aqueles que reportam melhor estado de saúde.

De maneira particular, é preciso conhecer um pouco mais acerca da forma como o idoso percebe seus problemas de saúde, como procura resolvê-los e quais são as dificuldades que encontra nesse percurso (UCHÔA, 2003).

Em estudo realizado por Jóia, Ruiz e Donalizio (2007), os idosos consideraram a saúde como o elemento mais importante para a qualidade de vida e sua falta como maior motivo de infelicidade. Os idosos entrevistados por eles associaram a manutenção da funcionalidade e a aceitação das alterações, entre



outras, às mudanças positivas relacionadas ao envelhecimento e aos significados de bem-estar.

Podemos inferir que associar a felicidade a circunstância de ter saúde não é um fato isolado dos idosos do Grupo Vida, faz parte, talvez, de uma cultura própria do envelhecimento em nosso País.

Apesar de as regiões Nordeste, Sudeste e Sul apresentarem maior proporção de idosos, o Nordeste, em estudo realizado por Santos et al (2002) citado por Joia, Ruiz e Donalísio (2007), apresentou maior concentração de idosos insatisfeitos, fato atribuído pelos pesquisadores à desigualdade social e falta de acesso a um padrão de vida que propicie mais conforto.

A busca pela qualidade de vida é algo inerente ao ser humano, pois independentemente da idade, sexo ou religião, todos almejam o bem-estar, sentir-se feliz, todavia essa qualidade de vida toma diferentes dimensões, principalmente culturais, pois sabe-se que o conceito de qualidade de vida varia com o estilo de vida de cada um. Para o idoso, sobretudo, ter qualidade de vida pode ser tão somente ter uma família, principalmente que o ampare, que lhe faça companhia.

*... apesar da minha família não está completa, eu perdi meu esposo, mas eu sou muito feliz, graças a Deus eu fui muito abençoada com a minha família, tive 9 filhos, mas a gente se ama muito.*

*Eu me sinto feliz, tenho uma casa pra morar, né? Tenho meus filhos, eu me sinto uma felizarda, graças a Deus, vou levando minha vida simples, mas muito feliz.*

*Quando a gente tá do lado da pessoa que a gente ama a gente fica muito feliz.*

A qualidade de vida da população idosa depende das suas capacidades básicas, daquelas adquiridas ao longo da vida, das políticas sociais e das demais redes de apoio, tanto formais como informais. Considera-se que a família é uma das redes de apoio informais muito importantes (CAMARANO, 2003).

Para Joia, Ruiz e Donalisio (2007), o simples fato de o idoso não referir sentir solidão também se associa com a satisfação com a vida, pois, para elas, a procura pelo lazer poderia estar associada à fuga de solidão, associando ainda os sintomas de ansiedade à menor satisfação com a vida e ao pior padrão de qualidade de vida.

### **O Significado dos relacionamentos afetivos e sexuais na vida dos idosos**

Sabemos que a forma como o idoso age e pensa é fruto da criação que tiveram. Santos e Vaz (2004) acentuam que a cultura obtida na infância por intermédio da família e da escola, e a cultura de vida da idade adulta influenciam tanto a personalidade das pessoas quanto a capacidade que estas possuem de modificar a cultura e de fazer as próprias escolhas com origem sua individualidade.

*... eu fui criada assim, muito a moda antiga, nunca ninguém conversava, se os pais tivessem conversando ninguém passava nem de perto.*

*... era assim a vida, casava porque tinha que casar, pronto!  
Era assim a concepção dos meus pais.*

Estudar não era prioridade na criação das filhas, pois somente os filhos tinham obrigação de estudar. Cabia à filha receber da mãe a educação de como ser uma boa esposa, uma boa dona de casa e boa mãe, todavia, nessa “educação para o casamento”, não cabiam explicações sobre o sexo. Para as mulheres, saber ler já era demais, coisa que no tempo de suas avós era permitida somente aos homens.

*Eu não sabia que a formação (estudos) era importante, que eu tinha que estudar pra crescer, né? O pessoal do interior era assim, aprendeu a ler e escrever... já dava pra escrever uma carta, que era o principal, pronto! Tava bem.*

Estudo realizado por Santos e Vaz (2004), com o objetivo de avaliar quantitativamente a relação entre o envelhecimento bem-sucedido e as influências culturais assimiladas durante a infância por pessoas de mais de setenta anos, chegaram à conclusão de que, para os idosos pesquisados, os que apresentaram pais que consideravam a educação mais importante, existem mais respostas de tendência à excitabilidade emocional, mais dificuldades de raciocínio lógico e diminuição do dinamismo, levando-os a presumir que a preocupação dos pais com a educação poderia ser correlacionada à dificuldade emocional, cognitiva e bloqueio da iniciativa, em razão do provável distanciamento dos pais em relação aos filhos e cobranças que eram estabelecidas para que eles se diferenciasssem da realidade em que viviam.

Para esses idosos, as questões ligadas à sua intimidade, principalmente no que se refere a sexo e sexualidade, acreditamos que seja fruto de como foram “criados”, ou seja, do modo como seus pais os ensinaram.

As falas a seguir retratam o que os idosos pesquisados pensam sobre o beijo na boca. Sabemos que tais afirmativas possuem relação muito forte com a cultura dessas pessoas, desde a educação repressora que receberam, passando pela influência da religião e chegando até a forma como encaram a própria sexualidade.

A maioria revelou nunca ter dado beijo na boca. Uma confessou já ter beijado de selinho, sem contato de língua e apenas uma falou que beijava na boca sim.

*Eu nunca beijei na boca de ninguém, Ave Maria! Eu tenho é nojo.*

*... eu namorei 3 anos com meu marido e ele nunca no mundo que me deu um beijo na boca.*

*... de selinho tudo bem, mas esse beijo de língua, eu jamais... acho que isso é um incentivo ao sexo.*

A erotização do beijo na boca aconteceu após o século XIX, com o surgimento do Romantismo. O predomínio da poesia sobre a razão favoreceu os ardentes romances e tórridas paixões. Assim, os beijos tomaram espaço e popularidade. Com o feminismo, a mulher, muito mais liberada, passou a não ter mais vergonha de expor seus desejos. Como exemplo clássico desta época, temos os filmes produzidos em Hollywood, onde o mais marcante foi o tórrido beijo protagonizada por Vivian Leigh e Clark Gable em "...E o Vento Levou"? isso fez com que hábitos tradicionais de vários povos fossem mudados, inclusive entre os negros, amarelos, povos árabes e indianos, entre os quais o beijo não fazia parte dos costumes (MARTINEZ, sd).

*No meu tempo a gente tinha respeito, beijava na face, beijava na mão, meu marido me respeitava, nunca me beijou em boca, acho horrível aquilo ali, aquele negócio de beijo em boca, emendar os beijos, que nojo!*

Esta fala nos leva a refletir: será que não se beijava antigamente ou o beijo na boca era um ato reservado de intimidade entre o casal?

Segundo Wilson (s.d), os indivíduos pertencentes a praticamente todas as culturas do planeta se beijam. Em suas pesquisas sobre o beijo, descobriu que antropólogos e etnólogos citam que em algumas culturas na Ásia, na África e na América do Sul não há o hábito de beijar. Algumas delas vêem o beijo como algo desagradável ou repugnante; no entanto, outros pesquisadores apontam que essas sociedades encaram o beijo como algo muito particular para se discutir com estranhos. Em outras palavras, eles podem se beijar, mas não falam sobre isso.

*Os jovens de hoje em dia acham é bom, é que nós ignora porque no nosso tempo não existia, mas agora os netos e os filhos imenda as boca e falta não desgrudar.*

O beijo na boca representou uma espécie de contrato entre o senhor feudal e o seu vassalo. Era algo como "dou minha palavra". Os burgueses adotaram o beijo na face como sinal de saudação; os nobres usavam o beijo na boca para o mesmo fim. Somente no século XVII os homens deram fim ao beijo na boca, o substituíram, então, pelo abraço cerimonial. Paralelamente, os religiosos substituíram o beijo na boca pelo beijo nos pés, o beijo nas mãos, chegando ao aperto de mão e ao abraço da paz (MARTINEZ, sd).

Como podemos perceber, o beijo na boca não é uma prática dos dias atuais, pois há muito tempo existe esse hábito. O que mudou através do tempo foi a forma como é praticado. O que antes era um ato de selar um compromisso passou a ser atualmente usado de modo mais livre, de conotação de desejo simplesmente para grande parte das pessoas, sobretudo os mais jovens.

Foi unânime a colocação de que, no “tempo deles”, o sexo era algo sagrado, que só acontecia após o casamento. Críticas foram feitas com relação ao “sexo livre” da atualidade, como podemos ver nos relatos a seguir:

*Eu acho que desde que houve esse negócio de sexo livre acabou com tudo, que ficou essa devassidão no mundo, sei lá, não sei nem explicar, sei nem entender, porque antigamente a moça se conservava virgem até o casamento.*

*Hoje em dia não tem isso, esse negócio de virgindade não existe, por isso que tem tanto menino solto no mundo.*

*Eu sou da década antiga, eu entendo esse mundo moderno, mas eu não concordo* (refere-se ao sexo antes do casamento).

Envelhecer envolve muitas adaptações, dentre as quais se adaptar ao “novo mundo”, a novas culturas, conviver com outras gerações, pensamentos diferentes, modos de ver e de viver pautados em novos valores e condutas.

Os idosos do grupo pesquisado percebem essas mudanças. Alguns referiram que o mundo “*Está louco!*”, referencia essa feita ao estilo de vida e à violência nos dias modernos, como podemos ver explícito na fala a seguir:

*... o que tá acontecendo no mundo? A violência do mundo, é jogo, é as loucuras, é festa, prostituição... a prostituição tá muito grande no mundo...*

Estudo realizado na cidade de Porto Alegre, por Eckert (2002), analisou o cotidiano dos idosos com base em narrativas das experiências temporais. O autor notou que a imagem do idoso sobre a cidade hoje modifica as experiências de envelhecer, pois, para esses idosos, a cidade lhes parece cada vez mais desencantada em razão da violência progressiva.

Viver em cidade grande, como é o caso também de Fortaleza, onde moram nossos idosos estudados, ainda mais sendo eles provenientes de cidades pequenas, pode transformar a experiência de envelhecer em algo assustador, se comparado à vida que tinham antigamente.

A liberdade sexual também foi uma das mudanças da atualidade citadas pelos idosos. Uma delas disse que hoje em dia, em razão dessa liberdade, o casamento está banalizado. Podemos observar na fala a seguir:

*... hoje em dia eles chafurdam, chafurdam e depois jogam fora, nem casam...*

As pessoas aderem, ao logo da vida, a diferentes sistemas de crenças e práticas, configurando um panorama que se mostra caótico para quem se expõe como observador pouco sintonizado com as transformações recentes no campo religioso (COUTO 2002).

A experiência com o sexo foi citada como algo estranho, nojento e decepcionante, o que podemos atribuir ao fato de que o desconhecimento, mais a falta do diálogo com os pais, fizeram com que essas idosas tivessem tanta dificuldade de vivenciar a sexualidade em sua plenitude.

Observemos as falas a seguir:

*Eu tinha 13 anos quando comecei a namorar com meu marido, eu era uma menina, não conhecia nada do mundo, pra mim o sexo foi uma decepção!*

*Eu não sabia o que era o sexo, o homem em si, pra mim foi uma coisa esquisita, eu me casei com 18 anos, mas eu era virgem, né? Não conhecia a vida de jeito nenhum.*

*... o coisa ruim, negócio de lua de mel, a 1ª. Vez, Deus me livre! De mel não tem nada, tinha era medo, aquele enxovalzinho todo bonitinho, aí melava daquela coisa nojenta... ele achava bom.*

*Na primeira noite ele caiu em cima da cama com os ói (olhos) deste tamanho pro meu lado, aí eu coloquei a camisola pra dormir, aí eu disse, meu Jesus, minha Nossa Senhora! Aí eu fui pra dentro do banheiro, só ouvia ele me chamando... quando eu cheguei ele me pegou pela cintura e... (rsrsrsrs) de mel não tinha nada, mas da 3ª noite em diante... era bom*

*demais, era muito bom, a 1ª e a 2ª foi ruim demais, mas depois... queria de manhã, de dia e de noite.*

Nos anos 1930 e 1940, as relações entre pais e filhos não propiciavam tanto diálogo como atualmente, quase nada se conversava com os filhos, principalmente no que diz respeito a questões de sexo ou sexualidade. Esses termos sequer eram utilizados nessa época, pois se escondiam até a origem da gravidez e se utilizavam os mais diversos artifícios para poder dizer que a família aumentou com a chegada de mais uma criança, como o mais conhecido aforismo de que “a criança vem no bico de uma cegonha”. Namorar só podia com a autorização dos pais; namorava-se pouco e logo tinham que casar, poucas eram as informações sobre o que poderia ocorrer na relação entre marido e mulher (CATUSSO, 2005).

A aceitação do sexo pode ser percebida como algo do tipo “acostumei”, ou até mesmo entendida como uma obrigação da esposa que ama e deve “servir” ao marido.

*...depois a gente se acostumava porque amava muito.*

*Eu sabia o que era o sexo, eu já sabia, mas eu tinha medo, mas eu tinha que casar que eu amava ele.*

Dos 11 sujeitos apenas duas idosas relataram que o sexo era uma coisa boa. Uma delas esteve separada do marido por sete anos e agora tinham feito as pazes; para ela o sexo é fundamental na vida de uma pessoa.

*...é muito bom a gente fazer sexo, faz bem pra saúde.*

A forma como o sexo foi vivenciado pelas idosas fez com que as elas não repetissem a mesma lacuna de suas criações, ou seja, com os filhos e até mesmo com os netos, já conversam sobre sexo com maior naturalidade, embora elas



discordem do sexo antes do casamento, como podemos ver na fala reproduzida a seguir:

*... a gente não tinha idéia do que era o sexo, as mães não falavam nada, a gente morria de vergonha depois, hoje em dia é tudo esclarecido, eu converso isso até com os netos.*

Para os idosos do Grupo Vida, o casamento é algo importante, muito bom para a vida, contudo, tem suas dificuldades, como observamos nas falas:

*... é preciso compreensão, é muita paciência, tantas coisas... tanto sapo que a gente engole pra viver feliz.*

*No casamento tem a rosa, mas também tem o espinho, mas é muito bom.*

*É bom a gente casar, é muito bom ter a família da gente, mas não é fácil não.*

Para o idoso, em um casamento, os casais estabelecem relações entre si e cada um tem o papel de amortecedor para o outro nos eventos negativos da vida, principalmente quando estão idosos. Também as relações parentais desenvolvem esse mesmo papel ao longo dos anos, sendo essas relações fundamentais no controle da depressão em idosos. É particularmente importante a atuação do companheiro ou da companheira, que parece ser um mecanismo protetor quando o idoso tem que enfrentar um evento negativo (WITTER, 2006).

Algumas idosas viúvas referiram sentir muita falta do companheiro, e revelaram que foram muito felizes no tempo em que viveram casadas e que na época delas tinham que agüentar muita coisa porque não podiam se separar. Para elas, hoje em dia é muito diferente:

*Hoje em dia tem muita mulher no mundo, muito complicado o casamento hoje em dia, pelo amor de Deus!*

*Eu fui numa doutora me consultar, linda ela! E o marido deixou ela por outra, como pode? Uma mulher linda daquela e ainda mais uma doutora...*

Antigamente o casamento era estruturado por tradições que determinavam papéis tidos como inquestionáveis. Cada cônjuge deveria assumir o seu, mas, atualmente, os relacionamentos tendem a ocorrer de modo muito mais ativo, porque marido e mulher são dotados de reflexividade e precisam repensar e negociar os seus papéis todos os dias (HOLLENBACH, 2003).

A traição do homem até bem pouco tempo aceita pelas pessoas mais velhas, passou a ser motivo de separação nas novas gerações, o que produziu impacto as pessoas idosas, acostumadas a ser traídas e mesmo assim continuarem casadas pelo bem da família.

O papel da mulher na família foi por muito tempo o de cuidadora do lar e servidora do marido e dos filhos, sem que lhes fosse dado o direito de ter vontade própria.

Felizmente esse papel cultural tem sido modificado, a passos curtos, mas, mesmo assim, muitas já são as conquistas femininas, todavia as mulheres mais velhas ainda seguem o padrão cultural em que foram criadas, no contexto do qual a mulher tinha que agüentar tudo do marido, sem jamais contestá-lo. Nas falas de nossas participantes, podemos ver claramente a expressão desse papel cultural de antigamente.

*Quando eu tinha marido eu tinha muito medo quando ele chegava em casa nas madrugadas... quando ele chegava e queria o baculejo tinha que tomar um banho primeiro, né? Se*

*lavar.. eu tinha tanto medo, mas graças a Deus ele era um cara saudável.*

*Eu nunca usei (preservativo), só tomava anticoncepcional, eu dizia pra ele ter cuidado porque senão... eu sempre dizia, se sair por aí bote logo o saco (rsrsrsrs).*

O medo de contrair doença é presente nas duas falas anteriores, e, sobretudo, o que mais chama a atenção é o fato do aceite da traição como sendo uma coisa natural do homem: que ele se cuidasse com as outras para não trazer doença pra casa.

*Meu marido podia ter suas virações por fora porque ele era homem, mas me respeitava!*

*... ele me trocou pela amante, mas agora eu resolvi tomar ele da amante porque ele é meu!*

O reconhecimento de que, ao longo da história, na maioria das sociedades e culturas conhecidas, as mulheres estiveram, e continuam, inseridas em posições de subordinação e de desigualdade, as quais assumem contornos muito específicos nas relações de poder que definem conjugalidade ou parceria sexual, foi uma das forças motrizes mais importantes dos movimentos feministas contemporâneos que não podemos nem desejamos contestar (MEYER, SANTOS, OLIVEIRA E WILHELMS, 2004).

## **O Significado da Religião e a influência sobre o sexo/sexualidade**

O assunto religião foi iniciado pelo grupo após uma idosa escolher dentro da dinâmica a foto do Papa Bento XVI. Vale lembrar que, no Grupo Vida, 83% dos idosos são católicos, como visto na Seção 1 desse estudo.

Inicialmente indagou-se qual a importância do Papa na vida dela, que respondeu:

*Ele (o Papa) tem muita importância na minha vida, e como tem, porque ele trabalha muito pela paz, pela união e tudo quanto é bom, pela família... mas se o povo não faz ele não tem culpa.*

A figura do Papa tem grande importância na vida dos católicos, por ser esse o chefe religioso da igreja. Muitos acreditam e seguem todos os ensinamentos dele procedentes.

Para Monteiro (2005) a espiritualidade é essencial para a saúde psicológica, principalmente a partir da meia idade, devendo estar integrada na subjetividade da pessoa.

Foi lembrado pelos idosos o fato de religiosos estarem envolvidos em situações tidas como ilegais e pecaminosas, lembraram da pedofilia praticada por eles e ainda questionaram o celibato, como podemos verificar na fala a seguir:

*Hoje em dia tem muita pedofilia. Tá dando demais... acho que os padres deviam casar, ter mulher, apenas pregar a palavra de Deus, porque eles são homens, tem os mesmos direitos.*

No momento em que essa idosa fez essa colocação, algumas outras defenderam o ponto de vista de que os escândalos de pedofilia não envolviam somente os padres; citaram casos de pastores envolvidos com esse crime.

Foi questionado pelos idosos o celibato na igreja católica, todos foram unânimes em defender que os padres deveriam poder casar sim.

Para Souza (2004), o celibato está fixado por uma norma da Igreja ocidental, ultrapassada, advinda do milênio anterior, estando, portanto, sujeita a revisão, pois se trata de uma medida disciplinar que não interfere em nenhum ponto do dogma da religião. Tudo indica que, mais dia menos dia, o magistério e um possível futuro concílio terão de revisar essa orientação.

*O mundo tá precisando da Palavra de Deus, o povo não tem mais religião, não tem Deus na vida...*

A fala anterior demonstra uma preocupação com a falta da religião na vida das pessoas atualmente. Para esse idoso, somente a religião pode consertar as desgraças que estão afetando o mundo atualmente.

Questionamos ainda, as proibições impostas pela Igreja Católica, quanto ao uso do preservativo e de métodos anticoncepcionais, e obtivemos a seguinte fala:

*Eu acho errado, eu sou contra o Papa sobre isso (proibição do uso do preservativo e do anticoncepcional) eu acho que tem que evitar, se já existe, né? Porque já vem de longas datas, então se existe um meio da pessoa evitar porque não evitar? E porque botar tanta gente no mundo se ninguém pode criar?*

Foi uma surpresa os idosos se oporem à proibição do uso de preservativos e de anticoncepcionais, pois era de se esperar, depois dos posicionamentos anteriores, da importância da religião, sobretudo do Papa, em suas vidas, que concordassem com tais proibições.

O Ministério da Saúde, em nota à imprensa, em 2005, afirma que o Estado não pode emitir julgamentos religiosos, precisando continuar assegurando a distribuição dos preservativos e esclarecendo sobre o seu uso. Não pode, contudo, deixar de considerar natural que a Igreja defenda a abstinência sexual como o meio mais seguro de evitar a Aids, mas, se a posição da Igreja está fora da discussão, deve ficar igualmente acima de qualquer contestação a separação entre Igreja e Estado, e este deve zelar pela saúde de todo cidadão, não importa que religião que ele siga (BRASIL, 2005).

Vê-se, porém, expressa na fala dos idosos a aceitação do uso de métodos contraceptivos e do preservativo, devido a questões de cunho reprodutivo, sobretudo financeira, que vê tais métodos como forma de evitar que se tenham muitos filhos em virtude das dificuldades financeiras de não poder sustentar sua prole.

Esse fato passa a ser preocupante, quando levado para nosso estudo, pois, já que o sexo para o idoso não tem mais função procriativa, será que eles aceitam usar um preservativo? Se para eles o seu uso se justifica para evitar filhos; fica aqui a reflexão de que o modo como o idoso aceita o uso do preservativo pode ser um fator de aumento da vulnerabilidade para as DST/Aids.

## Seção 4

### *Percepção de risco para o HIV/Aids*

O termo risco ganhou espaço com o surgimento da epidemia da Aids. Apesar de ser um termo bastante antigo, literaturas científicas abrem espaço para essa discussão e muitos são os pontos de vista, sem, contudo, haver um conceito único que defina risco.

O risco é inerente à vida e viver é um risco. O sentido que é dado a risco está implicitamente vinculado ao contexto histórico em que os vários riscos se concretizam, ou seja, em cada situação, o sentido da palavra risco é diferentemente conceituado (SPINK, MEDRADO e MELLO, 2002)

Dentre os estudos que comumente usam tais termos, estão, os epidemiológicos e, mais especificamente, os que abordam a temática HIV/Aids.

A essência do conceito de risco/vulnerabilidade, quando associada à infecção pelo HIV/Aids, pode ser analisada do ponto de vista de como o indivíduo se percebe ante o risco de contrair o HIV, ou seja, sua percepção de risco.

Ayres et al (1999), definem vulnerabilidade individual pautada em três pressupostos:

*1) todo indivíduo é, em algum grau vulnerável à infecção pelo HIV e suas conseqüências, e essa vulnerabilidade pode variar ao longo do tempo em função dos valores e recursos que lhe permitam ou não obter meios para se proteger; 2) Os indivíduos infectados pelo HIV têm seu potencial de vulnerabilidade a morbidade, invalidez ou morte, variável em função inversa ao amparo social e assistência à saúde de que dispuserem; 3) As condições que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrenta-lo), comportamentais (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e sociais (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores).*

Castiel (2003) cita Lupton (1999) que classifica o construto risco em três abordagens epistemológicas:

- Realista - Risco é considerado um perigo, uma ameaça subjetiva que pode ser medida e independe de processos sociais e/ou culturais, contudo podendo ser distorcidas ou enviesadas por interpretações sociais e culturais. Tal atitude é típica dos estudos epidemiológicos e pela maioria dos estudos que abordam percepção de risco;
- construcionista “fraca” - aqui o risco é um perigo ou uma ameaça que inevitavelmente é influenciada pelos processos sociais e culturais e jamais separada desses;
- Construcionista “forte” - nessa abordagem, nada é risco em si, o risco ou a ameaça é produto de modos de olhar histórica, social e politicamente contingentes.

Percebe-se claramente como o risco pode ser entendido por diversas visões. Neste estudo, concordamos com a concepção de que o risco pode ser influenciado pela cultura onde se vive.

Sabe-se que hoje em dia o termo risco foi abolido de estudos epidemiológicos que retratam o HIV/Aids, a palavra é substituída por vulnerabilidade resumido por Ayres, França Jr, e Saletti Filho (2003, p. 123) como:

*“...chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos”.*



Em nosso estudo, achamos mais adequado trabalhar com o conceito de risco, por se tratar de uma expressão já conhecida pelos idosos, e ser de melhor compreensão. Foi necessário estimular o grupo para a formulação de um conceito para risco, pois, para Paulillo e Jeolás (2005), o que o indivíduo conceitua como risco é concebido e controlado através da cultura onde o grupo está inserido, pois a compreensão sociocultural de risco pode ser bastante ambígua entre grupos sociais.

Para elaborar o conceito de risco pelos idosos do Grupo Vida, solicitamos que falassem espontaneamente o que significava risco para cada um. Ao final, chegamos ao consenso de que, para o grupo, risco é entendido como: *“Aumento de chance de algo ruim acontecer”*, o que percebemos semelhança com a abordagem epistemológica realista.

### 1. O “risco” para o HIV na concepção do grupo

Após a formulação do conceito de risco, eles identificaram ações, situações ou atitudes que poderiam aumentar o risco para o HIV/Aids.

Na opinião dos idosos, agulha contaminada, droga injetável, sexo com vários parceiros e transfusão sanguínea foram unanimidade em termos de risco para o HIV/Aids, que classificaram como sendo muito arriscado (figuras 14, 15, 16 e 17)



Figura 14



Figura 15

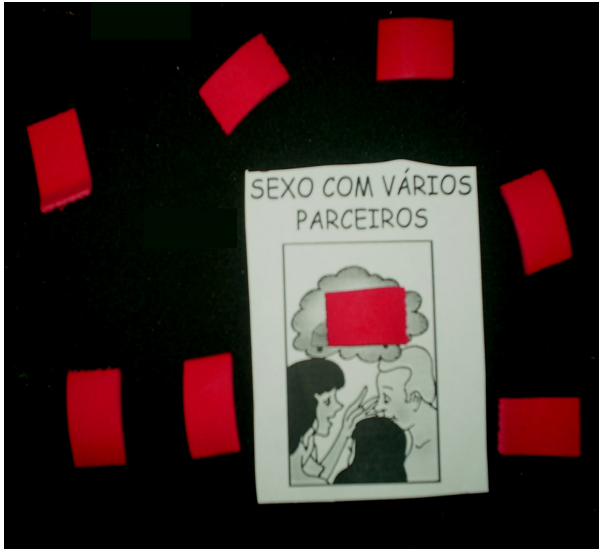


Figura 16

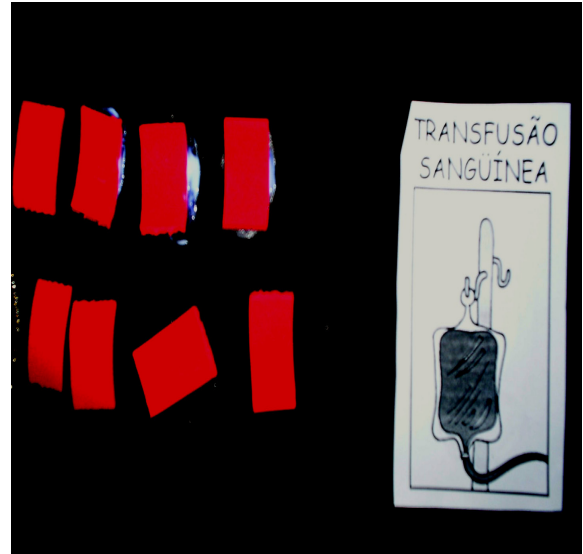


Figura 17

Apesar de os idosos associarem corretamente as formas de transmissão do HIV/Aids, isto não nos garante que eles tenham atitudes preventivas diante da Aids. Para Ferreira (2003), apenas informações sobre as formas de transmissão e situações de risco não são suficientes para que o indivíduo adote comportamentos protetores, pois a adoção dessas atitudes perpassa as questões meramente individuais, sendo ditadas pelo meio em que o mesmo vive.

O idoso, culturalmente, não tem o hábito do uso de preservativos, como já foi discutido. Sendo assim, a vulnerabilidade ao HIV/Aids transcende o conhecimento puro e científico do que é a Aids e como esta é transmitida, tornando os idosos um dos grupos mais vulneráveis à Aids.

Em entrevista a Barbosa e Aquino (2003), Richard Parker enfatiza que é de suma importância haver um engajamento maior entre as diversas ciências que lidam com a epidemia da Aids, visto que as questões culturais não são de interesse da maioria dos pesquisadores da área, o que para ele constitui um erro muito grave, pois a Antropologia deveria ter lugar de destaque nessas discussões, já que o estudo da cultura e dos comportamentos diante dela poderia nortear melhor os trabalhos de prevenção ao HIV/Aids.

Nas figuras 18 e 19, percebemos que a maioria classificou pequenos ferimentos, gravidez e amamentação como muito arriscado, todavia o triângulo verde em pequenos ferimentos expressa a opinião de que alguém ou um pequeno grupo

de idosos acredita que não há nenhum risco com relação à transmissão da Aids por meio de pequenos ferimentos.

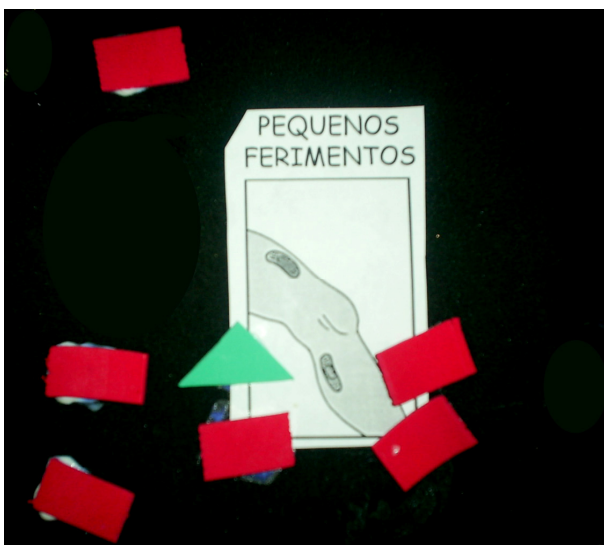


Figura 18



Figura 19

Em se tratando da gravidez e amamentação, os idosos também se dividiram, em muito arriscado e pouco arriscado, citando que se a mulher tomasse medicação durante a gravidez o filho poderia nascer sem a doença.

Atualmente o uso de antiretrovirais na gestação, trabalho de parto e pós-parto tem reduzido a transmissão vertical (TV) do HIV. Segundo Barroso e Galvão (2007), apesar da redução comprovada da TV por intermédio da sorologia precoce para o HIV oferecido ainda no pré-natal e com o uso de antiretrovirárias, no Brasil, as crianças ainda continuam se infectando, pois ainda chegam às maternidades gestantes sem terem realizado pré-natal e muito menos exames de rotina.

Os idosos do grupo citaram alguns casos de pessoas conhecidas que se submeteram a pré-natal recentemente e que fizeram o teste para o HIV e o VDRL. Isso demonstra conhecimento e atualização desses idosos, apesar de ser uma informação superficial.

A transmissão parenteral do HIV/Aids pode ocorrer em três grupos de indivíduos: usuários de drogas intravenosas, hemofílicos e receptores aleatórios de uma transfusão sanguínea. A transmissão do HIV por transfusão sanguínea ou outros hemoderivados foi praticamente eliminada em razão do maior controle na

triagem do sangue e plasma doados. Entre outras sorologias, é feita obrigatoriamente também para anticorpos anti-HIV, todavia, o grupo dos usuários de drogas infectados pelo compartilhamento de seringas e agulhas é expressivo.

Entre os idosos, também há grupos que fazem uso de drogas. A literatura que trata do assunto é bastante escassa, mas sabe-se que as drogas mais usadas são a maconha e o álcool, contudo, as drogas injetáveis também aparecem, embora em pouca proporção (FEITOZA, 2003)

Procedimentos invasivos, como ato cirúrgico e procedimentos realizados no dentista, também deixaram dúvidas entre os idosos com relação à classificação de risco, como podemos visualizar nas figuras 20 e 21.

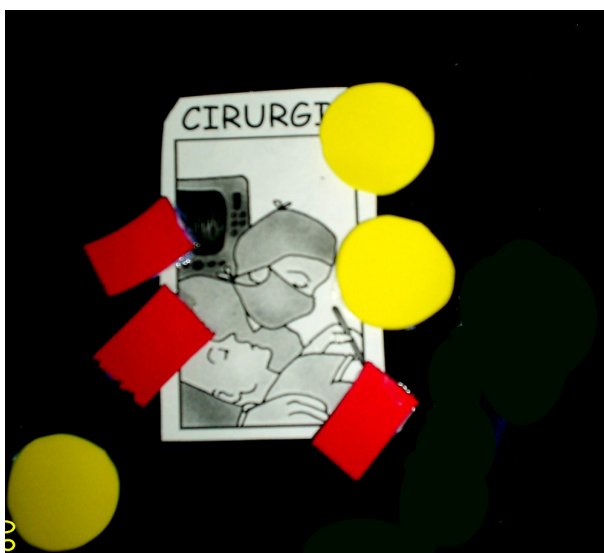


Figura 20

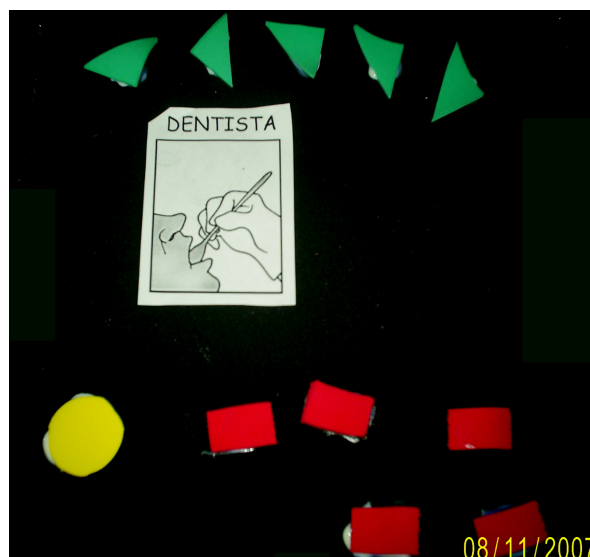


Figura 21

Estudos comprovam que o HIV não é transmissível por picada de inseto, nem por contato social no local de trabalho, na escola ou no domicílio. Não se conhece na literatura casos de transmissão do vírus HIV por aerossóis, resultantes e nem da atividade desenvolvida em clínica odontológica (BRASIL, 1999; BRASIL, 2000; CORRÊA E ANDRADE, 2005).

Compartilhar objetos como cadeira, sanitário e talheres com uma pessoa com HIV/Aids é percebida pelos idosos como tendo risco para a transmissão da doença, embora tenhamos percebido variações entre o tipo de risco que vai desde muito arriscado a sem nenhum risco ( Figuras 22 23e 24).



Figura 22



Figura 23

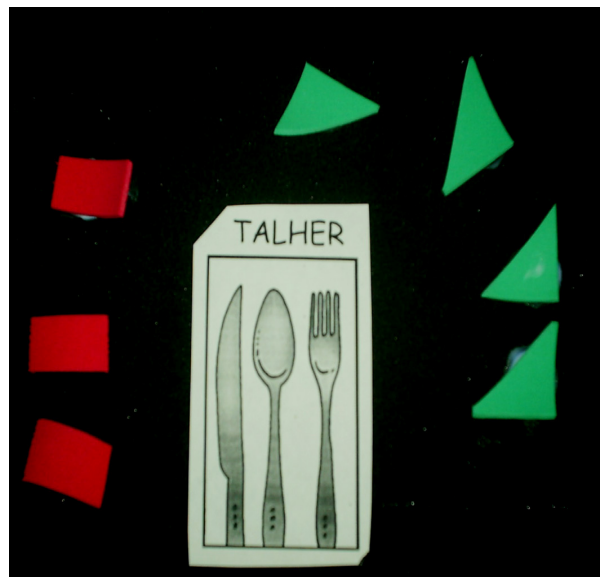


Figura 24

Contato direto com pessoas vivendo com HIV/Aids, tais como abraço e beijo, ou se esse alguém tossir ou espirrar perto de uma pessoa sem Aids, na visão dos idosos do grupo, ainda é visto como uma situação que envolve risco de transmissão, como podemos perceber claramente nas figuras 25 e 26.



Figura 25



Figura 26

A idéia de que todo contato constitui um risco foi um fato presente no início da epidemia da Aids, sendo ela a força responsável por atitudes de discriminação e até de exclusão presentes mesmo após a identificação das formas de transmissão do HIV/Aids (PAULILO E JEOLÁS, 2005).

## 2. Auto percepção de risco

Após a discussão do que seria risco para o HIV/Aids na visão do grupo, perguntamos a eles se achavam que tinham “risco” de ser infectados pelo HIV/Aids. Foi dado um tempo para que refletissem, a partir do mural, as situações que os vivenciavam no cotidiano, que poderiam ser consideradas de risco dentro do conceito que eles mesmos construíram.

Apresentaremos a seguir algumas das falas dos idosos:

*Eu não tenho, não corro risco porque não tenho marido, sou viúva e não tenho parceiro. E corro, se eu tiver uma doença e precisar de sangue e se for contaminado, mas no momento não.*

*Eu não, só se for pela agulha ou transfusão de sangue.*

*Eu posso pegar, se for na agulha, num exame de sangue, agulha contaminada.*

*Risco desse negócio de homem eu não tenho mais não.*

Nas falas anteriores, percebemos que, no primeiro momento, estes se excluíram do risco para a Aids. O primeiro pensamento foi de que a Aids era transmitida pelo sexo, todavia, ao analisarem o mural que eles mesmos elaboraram, notaram que havia outras formas de transmissão, como a transfusão sanguínea e agulha contaminada, portanto, estes passaram a se perceber com risco, embora um risco muito baixo.

Ter uma vida sexual ainda ativa foi considerada como uma situação que traz risco para o HIV/Aids, como podemos perceber nas falas de duas idosas:

*Tenho risco, se eu não me prevenir, acho que é fácil se prevenir, acha tem de se prevenir, ser inteligente, porque o negócio não é fácil não, o homem é como que nem cachorro, deu uma lambida ele ta indo atrás...*

*Nem sempre, é como eu digo, é sério, bota mil e um homem na fila que se tira um, então tenho perigo.*

Percebe-se ainda que questões de gênero e submissão estão muito presentes nas falas anteriores, quando expressam que o risco existe porque o homem trai. Para elas, isso é cultural: foi homem, pode trair, então, é preciso se prevenir.

Mitos do início da epidemia ainda foram percebidos no grupo, como é o caso da idosa que afirmou firmemente que: *Se meu marido transar com um viado que tenha Aids aí eu pego.* Para ela, a Aids ainda é uma doença de homossexuais.

Na percepção dos idosos do Grupo Vida, a Aids ainda é tida como a doença do “outro”, uma realidade dos jovens e não das pessoas mais velhas; só o fato de não terem mais marido/esposa constitui fator excludente, como se nunca mais pudessem retornar suas atividades sexuais.

Para Paulilo e Jeolás (2005), explicações morais e religiosas contribuíram para que a Aids fosse vista como a doença do outro. Neste caso, o transgressor, representado pelos homossexuais, profissionais do sexo, dos pecadores, dos traidores e dos imorais, constitui a idéia de “grupo de risco”, moralizando os seus comportamentos.

Tal pensamento reflete bem o que pode ser uma realidade da população idosa de uma maneira geral, pois, para eles, a religião ainda dita as normas morais, de conduta do ser humano, e transgredir significa expor-se a ser castigado, à auto-exclusão, podendo ser fruto do pensamento de que “se eu sigo as normas não tenho risco”.

Uma vez que não disponibilizamos de estudos que tragam como tema a percepção do idoso com relação ao risco para o HIV, buscamos outros estudos com populações distintas que trazem a autopercepção de risco para o HIV, para que possamos fazer melhor análise dos achados.

A maneira como se buscou, ao longo dos tempos, “medir” a vulnerabilidade de um indivíduo em se infectar pelo HIV, mediante variáveis meramente comportamentais, como número de parceiros e preferência sexual, faz com que muitos indivíduos não se achem vulneráveis. Estudos realizados com quatro populações distintas - motoristas de ônibus, caminhoneiros, mulheres em geral e mulheres vivendo com o HIV/Aids - revelaram que a opinião deles sobre sua percepção de risco em contrair o HIV é bastante similar.

Na opinião de mulheres vivendo com o HIV/Aids, abordada no estudo de Alves et al (2002), a Aids por ser vista como doença dos “desviados”. Passa a ser conseqüência de uma “vida má e errada”, e estar dentro das normas é fundamental para que elas não se sentissem vulneráveis antes de receberem o resultado positivo para o HIV.



A associação da Aids a comportamentos promíscuos aumenta o risco de contaminação por parte daqueles que não têm esse tipo de comportamento, ou seja, aquelas que não eram homossexuais, nem travestis, nem mulheres promíscuas, se excluíam do grupo de risco.

Podemos inferir, então, que a auto-exclusão é co-responsável pela infecção pelo HIV/Aids, pois a visão da Aids como uma punição para os transgressores das normas faz com que as pessoas só passem a perceber seu risco quando se sentem transgressoras também.

A realidade anterior, também, pode ser percebida por mulheres não infectadas pelo HIV. Quando Silveira et al (2002) entrevistaram 1.543 mulheres entre 15 e 49 anos, os dados são preocupantes, pois a Aids é vista como algo impossível ou quase impossível de acontecer para 64% das mulheres entrevistadas. A autopercepção de risco é muito baixa e freqüentemente inadequada.

Qual seria a percepção masculina diante do HIV/Aids? Villarinho (2002) entrevistou 279 caminhoneiros da região de Santos/SP, e pôde perceber que 192 (69%) acharam que não estavam em risco, sendo que 111 (40%) afirmaram estar protegidos por terem parceira fixa, outros 87 (31%) relataram não ter risco algum de se infectar, e 74 (27%) referiram não ter medo de pegar Aids.

Situações percebidas como as mais vulneráveis foram aquelas associadas às relações sexuais casuais. 34% dos caminhoneiros entrevistados acreditavam não ser possível se prevenir, enquanto 25% crêem que o risco é igual para todos, independentemente da profissão, 6% acreditavam estar imunes e 6% criam uma proteção divina que impedia que se infectassem.

Outro estudo realizado com homens heterossexuais foi desenvolvido por Guerriero, Ayres e Hearst (2002), quando entrevistaram 22 motoristas de ônibus urbano da cidade de São Paulo/SP, buscando identificar aspectos da masculinidade relacionados à vulnerabilidade dos homens à infecção pelo HIV. A narrativa dos entrevistados mostra que eles não se percebem vulneráveis ao HIV, e justificam a não-vulnerabilidade dizendo ser fiel à esposa, ter diminuído o número de parceiras e selecioná-las com critério, apesar de afirmarem que a natureza masculina é promíscua.

Os entrevistados acentuam que a sexualidade masculina é de caráter incontrolável, indomável, sendo concebida como necessidade que requer satisfação sempre imediata e que o uso do preservativo não é freqüente, pois acreditam que diminui o prazer e prejudica a ereção. A solicitação para o uso parece cabível apenas ao homem. Se partir da mulher, só é considerada justa se for para evitar uma gravidez.

O modelo das crenças em saúde (*Health Belief Models*) preconiza quatro percepções relevantes para aceitação de intervenções médico-sanitárias: a suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras, ou seja, as pessoas que não se sentem vulneráveis não costumam aceitar medidas preventivas recomendadas (SILVEIRA et al, 2002).

Como podemos perceber, em todos os estudos analisados, sejam quais forem às populações, e até mesmo entre os idosos do Grupo Vida, o indivíduo se acha fora do risco em contrair o HIV, fato preocupante, pois sabemos que a prevenção, na maioria das vezes, só parte daqueles que se sentem ameaçados de algo.

A situação com o idoso, em relação a percepção de risco, como podemos perceber, é parecida com outras populações, contudo a cultura do mesmo faz com que eles fiquem ainda mais vulneráveis, pois nem eles nem a sociedade em que vivem acreditam nessa vulnerabilidade, o que justifica a urgência de um trabalho a curto prazo para que haja uma sensibilização, em massa, da problemática da Aids na população idosa.



*Capítulo IV*  
*Considerações Finais*

As questões culturais que permeiam o cotidiano dos idosos do Grupo Vida nos possibilitou identificar três descritores-chaves, cujos significados a eles atribuídos foram de grande relevância para o nosso estudo: felicidade, relacionamentos afetivos e sexuais e religião.

A felicidade é vista pelo grupo como algo alcançável, pois se definem como felizes. A saúde foi apontada como um dos fatores principais para que uma pessoa seja feliz, assim como a família e as vivências intra-familiares.

Os relacionamentos afetivos e sexuais mostram-se claramente moldados em questões culturalmente impostas pela sociedade onde foram criados. Tabus e pudores permearam todos os discursos proferidos pelos idosos pesquisados, pois a forma como iniciaram suas vidas sexuais têm papel preponderante na maneira como encaram sua sexualidade e, conseqüentemente, a vivência do sexo e com ela as doenças que são de veiculação sexual, como as DST e a Aids.

Apesar de a religião ser vista pelo grupo como o pilar de sua fé, mostraram que os dogmas impostos pelas religiões, principalmente pela católica, visto que a maioria do grupo é católica, podem e devem ser revistos, tais como o celibato e a proibição do uso de contraceptivos e preservativos. Este fato no primeiro momento, parece ser positivo do ponto de vista da prevenção do HIV/Aids, contudo, percebe-se que a aceitação de métodos contraceptivos e do preservativo pelos idosos se dá por questões meramente reprodutivas, o que pode tornar o uso do preservativo um método não aceito para ser usado entre os idosos, visto que não para eles não teria esse caráter contraceptivo.

Ao serem indagados sobre o que sabiam sobre a Aids, surgiram três tipos de respostas: desconhecimento, o uso do preservativo e a Aids vista como castigo.

Com relação ao desconhecimento, três idosos não sabiam nada sobre a Aids, nunca tinham ouvido falar da doença, demonstrando que, mesmo após décadas da epidemia e divulgações na mídia, ainda existem pessoas que nunca ouviram falar da doença, fato mais preocupante, ainda, quando se trata de um idoso que culturalmente não costuma falar sobre sexo e muito menos em suas conseqüências. Podemos perceber que, entre os idosos, ainda existe a associação da Aids com o câncer, talvez pelo significado que atribuem às duas patologias, ou

seja, a vêem como doenças incuráveis, debilitantes, que modificam fisicamente o indivíduo e, sobretudo, matam.

Em contraposição àqueles idosos que nunca ouviram falar em Aids, idosos do grupo associaram a Aids ao preservativo, lembrando que essa era a forma de se prevenir da doença. Tal fato nos mostra que a mídia, quando se refere a Aids, se preocupa unicamente com o fato de divulgar o uso do preservativo, que, ao contrário de que muitos pensam, não é um artifício novo utilizado durante o sexo, apenas seu uso e sua fabricação ganharam força com a epidemia da Aids. As questões de comportamento não têm sido abordadas, e pouco ainda a responsabilidade individual e coletiva.

Também notamos que os idosos percebem a Aids como um castigo, para aqueles que transgridem normas morais, impostas culturalmente, tal como a traição, principalmente a masculina. Essa “condenação” levaria o transgressor à pena maior imposta: a perda da própria vida.

Para os idosos do Grupo Vida, risco significa um *“Aumento de chance de algo ruim acontecer”*. Onde a partir dessa construção foram trabalhados aspectos ligados ao risco perante o HIV/Aids. Foi unânime entre os idosos pesquisados a relação da agulha contaminada, agulha injetável, sexo com vários parceiros e transfusão sanguínea com o aumento de risco para o HIV/Aids, todavia nada nos garante de que eles tomem atitudes preventivas com relação a Aids, principalmente no que concerne ao uso de preservativos, como discutimos anteriormente, pois não faz parte da cultura deles. Compartilhar cadeiras, sanitários, talheres com uma pessoa com HIV, ou até mesmo um simples contato direto através de beijo e abraço, foi atitude tida pelo grupo como contendo um certo risco de transmissão da Aids, o que, mais uma vez, corrobora o nosso pensamento inicial de que muito ainda os idosos têm a aprender sobre essa doença.

Relativamente a autopercepção de risco para o HIV/Aids, o idoso do Grupo Vida não se vê vulnerável. Percebe-se nas falas de mulheres viúvas a noção de que, não tendo mais parceiros, não teriam risco, ao mesmo tempo em que elas mesmas lembram outras formas de transmissão que as poderiam expor, mas, mesmo assim, as evocam como formas que jamais possam vir a acontecer. De outro

lado os idosos com vida sexual ativa não percebem sua vulnerabilidade, sempre expressando que esse tipo de doença é do outro e não deles.

Como podemos perceber no decorrer do estudo a, cultura influencia na construção do significado de risco perante o HIV. Para os idosos pesquisados, as influências do contexto sociocultural fazem com que eles não se percebam como população vulnerável à epidemia, e, como tal, está mais exposta à Aids, visto que ainda há uma defasagem muito grande com relação a conhecimentos básicos de transmissão e prevenção do HIV/Aids.

# Referências Bibliográficas

ALVES, R.N.; KOVÁCS, M.J.; STALL, R.; PAIVA, V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres. **Rev. Saúde Pública**, 36(4 supl):32-39, ago. 2002

AYRES, J.R.C.; FRANÇA JR., I.; CALAZANS, G.J. & SALETTI FILHO, H.C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: **Sexualidade pelo avesso: Direitos, Identidades e Poder**. São Paulo: Ed. Instituto de Medicina Social/ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

\_\_\_\_\_. O Conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.). **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 117-139.

ARAÚJO, D.M. de. **A enfermagem no cuidado ao idoso**: Investigando a eficácia do relaxamento como prática na promoção à saúde. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2004.

BALLONE, G.J. **O sexo nos idosos**. Psiqweb. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65.html>>. Acesso em: 16 de jan. 2002.

BARBOSA, R.M.; AQUINO, E.M.L. Cultura Sexual, ciência e política: Uma entrevista com Richard Parker. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Vol.19, suppl. 2, 2003.

BARROSO, L.M.M.; GALVÃO, M.T.G. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/Aids. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 463-9.

BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e pesquisa-CONEP. **Resolução 196/96 que normatiza a pesquisa em seres humanos**. Brasília, 1996 (mimeografado).

BRASIL, Ministério da Saúde do. **Guia Brasileiro de Vigilância Epidemiológica**. 5ªed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Infecção pelo HIV. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. P.110-120.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Controle de infecções e a prática Odontológica em tempos de AIDS: manual de condutas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. **Lei nº 8.842**, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.nj.gov.br/ddh\\_idoso\\_lei.htm](http://www.nj.gov.br/ddh_idoso_lei.htm)>. Acesso em: 20 de mai. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. DST e Aids nos jornais. Notícias do Programa Nacional. **Defesa Eficaz**. 31/12/05. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISDA56F374ITEMID03BBA1C61BC44F468A8B047DFA55F2B2PTBRIE.htm>. Acesso em 18 dez. 2007.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos Avançados**. 17 (49), 2003.

CAPODIECI, S. **A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos**. Bauru: EDUSC, 2000.



CASTIEL, L. D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.). **Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p. 79-95.

CATUSO, M.C. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **Revista Virtual Textos & Contextos**. Nº 4, ano IV, dez. 2005.

CORTÊS, C. A retomada da atividade sexual e a resistência ao uso da camisinha fazem crescer o número de casos da doença entre idosos **Rev. Isto É**. Rio de Janeiro, 12 de setembro de 2001.

CORREA, E.M.C.; ANDRADE, E.D. Tratamento Odontológico em pacientes com HIV/Aids. **Revista Odonto Ciência**. Fac. Odonto/PUCRS, v. 20, n. 49, jul./set. 2005, p. 281-9.

COUTO, M.T. Gênero, família e pertencimento religioso na redefinição de ethos masculinos e femininos. **ANTHROPOLÓGICAS**, ano 6, volume 13(1): 15-34, 2002.

COUTRIN, R.M.E. Idosos trabalhadores: perdas e ganhos nas relações intergeracionais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 367-390, maio/ago.

DeCARLO, P. **Que necesitan las personas mayores de 50 en la prevención del HIV?** University of California: abril de 1998. Disponível em <http://www.caps.ucsf.edu/mayores.html>. Acesso em: 23 jan. 2002.

DUARTE, T.A.O. O processo de envelhecimento e a assistência do idoso. In: BRASIL. **Manual de Enfermagem**. Instituto para o desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo/ Ministério da Saúde. Brasília, 2001, p. 127-185.

ECKERT, C. A cultura do medo e as tensões do viver a cidade: narrativa e trajetória de velhos moradores de Porto Alegre. In: MINAYO, M.C.de S. (org) **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 73-102.

FEITOZA, A.R.; ARAÚJO, M.F.M. **AIDS x Família**: Convivendo com um membro da família portador do HIV/AIDS. Monografia (Graduação). Curso de enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

FEITOZA, A.R. **AIDS em maiores de 50 anos**: Um estudo epidemiológico descritivo do município de Fortaleza. 2003. 112f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

FEITOZA, A.R., SOUZA, A.R., ARAÚJO, M.F.M. A magnitude da infecção pelo HIV-Aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE. **DST- J. Brás. Doenças Sex. Transm.** 16 (4):32-37,2004.

FEITOZA, A.R.; MOURA, A.D.A.; BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C. Campanhas educativas de prevenção ao HIV/Aids: Como a Epidemiologia está inserida em suas escolhas? **DST- J. Brás. Doenças Sex. Transm.** 18 (1);41-48, 2006.

FERREIRA, M.P. Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/Aids: Um perfil da população brasileira no ano de 1998. **Cad. Saúde Pública**, vol.19, suppl.2. Rio de Janeiro, 2003.

FERREIRA, A. AIDS na terceira idade. **Rev. Isto é.** 18 de dezembro de 1996. Edição eletrônica disponível em: <http://www.terra.com.br/istoe/politica/142011.htm>. Aceso em: 23 de jan. 2002.

FONTENELLE et al. AIDS depois dos 50 anos: Um desafio para profissionais e gestores. In: **V Congresso da Sociedade Brasileira de DST/ V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST-AIDS/ I Congresso Brasileiro de AIDS**, 2004, Centro de Convenções de Pernambuco. *Anais eletrônico*. Recife, 2004.

GRECO, D.B. As dificuldades para o desenvolvimento de vacinas anti-HIV e a participação brasileira nos ensaios clínicos fase I/II com vacinas candidatas. In: VERAS, R. P. (org). **Epidemiologia: Contextos e pluralidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 1998. v.4, cap. 4, p.35-41.

GUERRIERO, I; AYRES, J.R.C.M; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 36, n. 4, 2002.

GUIMARÃES, R.; FERRAZ, A.F. Os principais discursos circulantes relacionados à epidemia de HIV e Aids no Brasil. **REME - Rev. Mineira de Enfermagem**, 5(1/2):93-100, jan./dez., 2001.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde & doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HOLLENBACH, G.B. O Casamento e a TPM: novos tempos, novos sentidos. **Em Questão**. Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 255-269, jul. / dez. 2003.

JOIA, L.C.; RUIZ, T; DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev Saúde Pública**. 2007;41(1):131-8

LARAIA, R. de B. **Cultura**: Um conceito antropológico. 11ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda. 1996.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev Brasileira de Epidemiologia**. 2005; 8(2): 127-41

LEININGER, M.M. **Culture care diversity & universality**: a theory of nursing. New York: National League of Nursing Press, 1991.

LOPES, N.A. História da Medicina – Saúde Sexual e Reprodutiva A História do Preservativo! **Sexualidade & Planejamento Familiar**. nº. 37 . Portugal, Maio/Dezembro 2003. p. 31-4.

MARTINEZ, J.F. **A História do beijo e as religiões**. Centro Apologético Cristão de Pesquisas. Disponível em: <http://www.cacp.org.br>. Acesso em 20 de novembro de 2007.

MATSUSHITA, R.Y.; SANTANA, R.S. Uma análise da Incidência dos casos de AIDS por faixa etária. **Boletim Epidemiológico – AIDS** – Ministério da Saúde, abril – junho de 2001. Disponível em

[http://www.AIDS.gov.br/final/biblioteca/bol\\_abril/artigo2.htm](http://www.AIDS.gov.br/final/biblioteca/bol_abril/artigo2.htm). Acesso em 14 jan. 2002.

MEYER, D.E.; SANTOS, L.H.S.; OLIVEIRA, D.L.; WILHELMS, D.M. Mulher sem vergonha' e 'traidor responsável': problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 12(2): 264, maio-agosto/2004, p. 51-76.

MELO, M.R.; GORZONI, M.; MELO, K.C.; MELO, E. Síndrome da imunodeficiência adquirida no idoso. **Rev.Diagnóstico e tratamento** - Volume 7 - Edição 2 Abr/Mai/Jun 2002 Disponível em: <http://www.apm.org.br/revistas/materia.asp?idEdicao=17&idM=70> (Acesso em 26/02/05).

MORAES et al. HIV em idosos: relato de caso. In: **V Congresso da Sociedade Brasileira de DST/ V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST-AIDS/ I Congresso Brasileiro de AIDS**, 2004, Centro de Convenções de Pernambuco. *Anais eletrônico*. Recife, 2004.

MORIYA, T.M.; GIR, E.; HAYASHIDA, M. Escala de atitudes frente à Aids: Uma análise psicométrica. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.2, n.2. 1994.

OLIVEIRA, M.R.H.S. Um fenômeno cultural como fator determinante para o rompimento da sociedade conjugal. **Rev. Symposium**. Ano 3. dezembro, 99. p. 59-64.

PAULILO, M.A.S; JEOLÁS, L.S. Aids, drogas, riscos e significados: Uma construção sociocultural. **Ciênc. Saúde Coletiva**. V. 10 n.1. Rio de Janeiro. Jan/mar. 2005.

PICCINI, R.X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. V.11 n.3. Rio de Janeiro. Jul/set. 2006. p. 657-667.

PIERUCCI, Antônio Flávio "Bye bye, Brasil": o declínio das religiões tradicionais no Censo 2000. **Estudos Avançados**, 2004, vol.18, n. 52

PINHEIRO, P. N. da C. **A cultura masculina e sua influência na soropositividade pelo HIV/Aids**. 2005. 114f. Tese (doutorado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2005

POLIT, D.F., BECK, C.T., HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2004.

RESSEL, L.B. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural**. 2003. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. São Paulo, 2003. 333p.

RIOS et al. Perfil Epidemiológico das doenças sexualmente transmissíveis na terceira idade atendidos nas unidades básicas de saúde/ Programa Saúde da família/ Programa Municipal de DST/HIV/AIDS de Macaé-RJ. In: **V Congresso da Sociedade Brasileira de DST/ V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST-AIDS/ I Congresso Brasileiro de AIDS**, 2004, Centro de Convenções de Pernambuco. *Anais eletrônico*. Recife, 2004.

ROGOFF, B. **A natureza cultural do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

SANTOS, G.A.; VAZ, C.E. O significado das experiências culturais da infância no processo de envelhecimento bem-sucedido. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, 23-37 - jan./jun. 2004.

SEGATTO, C; FERNANDES, N. O Tabu acabou: Brasileiros exorcizam o fantasma da impotência e assumem sem constrangimento o uso do Viagra. **Revista Época**. Editora Globo: 14/02/2002.

SEMPRE EM FORMA. Idosos – A dura química da idade. **Rev. Sempre em Forma**. Disponível em [http://www.sempreemforma.com.br/vida\\_saudavel/](http://www.sempreemforma.com.br/vida_saudavel/). Acesso em: 21 jun, 2001.

SILVA, M.J. da. **Autonomia e saúde mental**: O desafio para uma velhice bem-sucedida. 2001. 299f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação da

Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

SILVA, I.B.; SILVA, L.A. Perfil da epidemia de aids na faixa etária acima de 60 anos em Santa Catarina. In: **V Congresso da Sociedade Brasileira de DST/ V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST-AIDS/ I Congresso Brasileiro de AIDS**, 2004, Centro de Convenções de Pernambuco. *Anais eletrônico*. Recife, 2004.

SILVEIRA, Mariângela F et al . Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 36, n. 6, 2002.

SIMIONATO, M.A.W; OLIVEIRA, R.G. Funções e transformações da família ao longo da história. Anais do I Encontro Paranaense de Psicopedagogia – ABPppr – nov./2003.

SOUZA, Luiz Alberto Gómez de As várias faces da Igreja Católica. **Estudos Avançados**, 2004, vol.18, n. 52

SPINK, Mary Jane P.; MEDRADO, Benedito; MELLO, Ricardo Pimentel. Perigo, probabilidade e oportunidade: a linguagem dos riscos na mídia. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, 2002.

TELLINI et al. Prevenção às DST/HIV/AIDS na 3ª idade. In: **V Congresso da Sociedade Brasileira de DST/ V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST-AIDS/ I Congresso Brasileiro de AIDS**, 2004, Centro de Convenções de Pernambuco. *Anais eletrônico*. Recife, 2004.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):849-853, mai-jun, 2003.

VILLARINHO, L. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 36, n. 4, 2002.

WILSON, T.V. Como funciona o beijo. **HowStuffWorks Brasil**. Disponível em: <http://pessoas.hsw.uol.com.br/beijo.htm>. Acesso em 20 de novembro de 2007.

WITTER, Geraldina Porto. Tarefas de desenvolvimento do adulto idoso. **Estudos de psicologia**. Mar. 2006, vol.23, no.1, p.13-18.

# APÊNDICES



## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Aline Rodrigues Feitoza**, enfermeira, doutoranda em enfermagem pela Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem estou desenvolvendo minha tese que tem como título: **A CULTURA DO IDOSO E SUA INFLUÊNCIA NO RISCO PERANTE O HIV/AIDS**, que tem como objetivo principal - Investigar como a cultura da pessoa idosa influencia na autopercepção de risco perante a epidemia do HIV/Aids.

Deste modo, venho solicitar a sua colaboração para participar da pesquisa que será realizada a partir da formação de um grupo de aproximadamente 12 idosos que participam do “Grupo Vida”, do qual o(a) sr (a) já faz parte, serão 3 encontros onde trabalharemos através de dinâmicas de grupo sempre discutindo a problemática da Aids em pessoas idosas.

Gostaria de esclarecer que:

- » As informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa;
- » O (A) Sr.(A) tem liberdade de desistir a qualquer momento de responder à entrevista;
- » As informações ficarão em sigilo e sua identidade será preservada;
- » Esta pesquisa não apresenta nenhum tipo de dano físico para as pessoas abordadas, não oferecendo, portanto, nenhum tipo de risco;
- » Os benefícios acarretados ficarão por conta da grande contribuição dada por V. Sra. ao estudo de tão importante tema.

Pelo presente instrumento, o qual atende as exigências legais, o (a) Sr. (a)

---

\_\_\_\_\_, portador da Cédula de Identidade Nº \_\_\_\_\_ após leitura minuciosa deste termo, devidamente explicado pela pesquisadora em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, participando ou autorizando a pessoa sobre sua responsabilidade a participar da pesquisa proposta.

Fica claro que o paciente ou seu representante legal poderá, a qualquer momento, deixar de participar desta pesquisa, ciente de que todas as informações prestadas até então tornar-se-ão confidenciais e serão guardadas por força de sigilo profissional.

Sua participação será de extrema importância para a realização desta pesquisa.

Por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza, CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do participante

---

Assinatura da Pesquisadora

**DADOS DA PESQUISADORA**

Nome: Aline Rodrigues Feitoza.

Endereço: Rua Vinícius de Moraes, 211 – apto. 271.

Fone: (85) 3214.0899 – 9117.4041

COMEPE: 3223.2903

**APENDICE B**  
**OFÍCIO AOS RESPONSÁVEIS**

Eu, **Aline Rodrigues Feitoza**, doutoranda em Enfermagem Comunitária do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, em fase de Coleta de dados da tese intitulada: **“A cultura do idoso e sua influência no risco para o hiv/aids”** solicito autorização para selecionar e colher os dados inerentes à pesquisa no Grupo Vida, ressaltando que será seguindo os preceitos éticos fundamentais para pesquisa.

Desde já, agradeço vossa colaboração.

Fortaleza, 10 de julho de 2007.

\_\_\_\_\_  
Aline Rodrigues Feitoza

Ciente e de acordo: \_\_\_\_\_.

Coordenadora do Grupo Vida \_\_\_\_\_.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

# ANEXO A

Fichas do Prontuário Familiar –  
CEDEFAM  
(apenas na versão impressa)