



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**CONHECIMENTO E ATITUDES DE MULHERES  
A PARTIR DE 50 ANOS SOBRE A AIDS**

**ALESSANDRA d'AVILA SCHERER**

**Orientadora: Dra. Elza Berger Salema Coelho**

**Florianópolis, Junho de 2005.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Conhecimento e Atitudes de Mulheres  
a partir de 50 anos sobre a AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**Florianópolis, Junho de 2005.**

*Dedico este trabalho ao Guga e ao Vinicius, que comigo estiveram a cada momento dessa realização, sempre com muito carinho.*

*Ao Guga especialmente, por estar sempre ao meu lado, pela compreensão, incentivo e acima de tudo pela preciosa e eterna contribuição para o meu desenvolvimento profissional.*

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus, presente em todos os momentos da minha vida, me dando força para atingir meus objetivos.

Aos meus pais, por terem proporcionado as condições para que eu esteja agora alcançando mais esta importante etapa na minha vida profissional.

À minha mãe especialmente, por estar sempre ao meu lado.

Ao Guga, pela dedicação, incentivo, contribuição e compreensão das minhas ausências.

Ao meu pequeno Vinicius, pela importância que tem na minha vida.

À minha orientadora, Professora Doutora Elza Berger Salema Coelho, pela valiosa aprendizagem que me proporcionou e harmoniosa parceria, contribuindo sabiamente para o meu crescimento profissional.

À Professora Jussara Bayer, Coordenadora do Núcleo de Estudos da Terceira Idade – NETI / UFSC, pela receptividade e autorização da pesquisa no referido local.

À Professora Maria Cecília Godtsfriedt, pelo apoio dado durante todo o processo da coleta de dados, sem o qual seria muito difícil o bom andamento deste trabalho.

À Professora Doutora Lúcia Hisako Takase Gonçalves, que sempre esteve disponível a contribuir com o seu profundo conhecimento na área da Gerontologia.

À Professora Doutora Maria Cristina Calvo, pela importante contribuição.

Às mulheres entrevistadas, por terem tornado possível a realização deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação, coordenadores, professores, funcionários e colegas do mestrado, pelo acolhimento.

## RESUMO

SCHERER, Alessandra d'Avila. **Conhecimento e Atitudes de Mulheres a partir de 50 anos sobre a AIDS**. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública)

**Palavras chave:** Mulher, sexualidade, conhecimento, atitudes, AIDS.

Este estudo investigou qual o nível de conhecimento em relação à AIDS e quais as atitudes apresentadas pelas mulheres acima de 50 anos que podem favorecer o aumento da vulnerabilidade na exposição ao HIV. As participantes são mulheres, com idade a partir de 50 anos, frequentadoras do Núcleo de Estudos da Terceira Idade – NETI, da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Os objetivos foram verificar o conhecimento que estas mulheres possuem sobre as formas de contágio e os métodos de prevenção da infecção pelo HIV e a compreensão apresentada pelas mulheres sobre a AIDS e sua relação com a prática da sexualidade, bem como oferecer subsídios para políticas públicas e indicações para ações de prevenção voltadas para este segmento da população. Para alcançar os objetivos propostos, optou-se por realizar uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. Foi utilizada a entrevista semi-estruturada, enquanto instrumento para a coleta dos dados. Sobre a sexualidade, ficou perceptível que: 78% das entrevistadas adotam a posição de que homens e mulheres devem estar bem informados em relação ao sexo; a liberação sexual é percebida negativamente pelo grupo estudado; a satisfação sexual é vista como fundamental para 50% das mulheres, e; 72% delas afirmam conversar sobre sexualidade com familiares, 26% conversam com o marido / companheiro e 7% com os profissionais da área da saúde. Sobre o conhecimento e atitudes sobre a doença, constatou-se que: a AIDS é vista como uma doença sexualmente transmissível, perigosa e fatal para 57% das entrevistadas; a televisão é o principal meio de obtenção das informações sobre a doença para 89% das mulheres; as formas de infecção mais citadas são a relação sexual sem a utilização de preservativo e o contato com sangue infectado; as formas de prevenção mais abordadas foram a utilização de preservativo, de seringas descartáveis e a transfusão com sangue testado; o teste para detecção do HIV é percebido como menos necessário para as mulheres grávidas; 59% das mulheres afirmam corretamente que o número de casos de AIDS em casais heterossexuais que estão juntos há muito tempo e/ou que mantém uma relação fixa está aumentando; 70% delas não se percebe em risco de se infectar pelo HIV, e; a relação heterossexual fixa e/ou de longa duração é o tipo de relação menos vista pelas mulheres como vulnerável à infecção pelo HIV e em especial pelas entrevistadas casadas. Concluiu-se que a falha no conhecimento em relação à AIDS e as atitudes de risco frente à doença apresentadas pelas mulheres na pesquisa, decorrem da permanência da concepção de grupos de risco, da dinâmica de poder inerente às relações de gênero em nossa sociedade, bem como da falta de políticas públicas de prevenção à AIDS que atinjam com eficácia este segmento da população, explicitando nitidamente o risco de infecção vivido pelas mulheres que mantém relações heterossexuais fixas e/ou de longa duração.

## **ABSTRACT**

SCHERER, Alessandra d'Avila. Knowledge and Attitudes of Women starting from 50 years about the AIDS. Florianopolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

Key words: Woman, sexuality, knowledge, attitudes, AIDS.

This study investigated which is the knowledge level regarding to the AIDS and which are the attitudes presented by the women above 50 years that can be favoring the increase of vulnerability in the exposed to the HIV virus. The participants are women above 50 years, and plus, visitors the Nucleus of Studies in the Third Age - NETI, at Federal University of Santa Catarina - UFSC. The objectives went to verify the knowledge that these women possess on the infection forms and the methods of prevention to the HIV virus and the understanding presented by the women about the disease and their relationship with practice of sexuality, as well as to offer subsidies for public politics and indications for prevention actions gone back to this segment of population. To reach the proposed objectives, was opted to accomplish a descriptive-exploratory research with qualitative approach. The semi-structured interview was used for data collection. About the sexuality, it was perceptible that: 78% of the interviewees adopt the position that men and women should be very informed in relation to the sex; the sexual liberation is noticed negatively by the studied group; the sexual satisfaction is seen as fundamental for 50% women, and; 72% of the women affirm that talk about sexuality with relatives, 26% talk with husband/companion and 7% with professionals of health area. About the knowledge and attitudes on the disease, it was verified that: the AIDS is seen sexually disease transmissible, dangerous and fatal for 57% of interviewees; the television is the principal way of obtaining the information on the disease for 89% of women; the infection forms more mentioned are the sexual relationship without preservative use and the contact with infected blood; the prevention forms more approached were the preservative use, disposable syringes and the transfusion with tested blood; the test for detection of HIV virus is noticed as less necessary for the pregnant women; 59% of women affirm correctly that the number of AIDS case in heterosexual couples that are together at a long time and/or maintains a fixed relationship it is increasing; 70% of them are not noticed in risk of infecting for HIV virus and; the heterosexual relationship fastens and/or long duration it is the relationship type less seen by the women as vulnerable to the infection for the HIV virus and especially for the married interviewees. It was ended that the flaw in the knowledge in AIDS relation and the attitudes of risk front to the disease presented by the women in the research, they elapse the permanence of risk group conception, the power dynamics to the gender relationships in our society, as well as the lack of public politics of prevention to the AIDS that reach with effectiveness this population segment, expliciting sharply the infection risk lived by the women that it maintains relationships fixed heterosexual and/or of long duration.

## SUMÁRIO

<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>17</b>
3.1. O Envelhecer	17
3.2. O Perfil Atual da Epidemia da AIDS	23
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>28</b>
4.1. Conceito de Gênero e Sexualidade	28
4.2. Conceito de Cultura	31
4.3. Teoria das Atitudes Sociais	33
4.3.1. Atitudes relacionadas à Saúde	36
<b>5. METODOLOGIA</b>	<b>39</b>
5.1. Local do Estudo	39
5.2. Participantes da Pesquisa	41
5.3. A Aproximação	42
5.4. Procedimento de Coleta de Dados	42
5.5. Aspectos Éticos	43
5.6. Procedimento de Análise dos Dados	43
<b>6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>45</b>
6.1. As Mulheres enquanto Sujeitos da Pesquisa	45

6.2. Sobre a Sexualidade_____	48
6.2.1. Informações em relação ao sexo para homens e mulheres____	48
6.2.2. Liberação sexual nos últimos 30 anos_____	51
6.2.3. Sobre a satisfação sexual_____	57
6.2.4. Diálogo sobre sexualidade_____	61
6.3. A Difícil Negociação: Conhecimento e Atitudes em Relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – <i>AIDS</i> _____	63
<b>7. CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES_____</b>	<b>76</b>
<b>8. REFERÊNCIAS_____</b>	<b>80</b>
<b>9. APÊNDICES_____</b>	<b>88</b>

## **1. APRESENTAÇÃO**

O presente estudo constitui-se em uma Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal de Santa Catarina. O tema desenvolvido refere-se ao conhecimento e atitudes apresentadas por mulheres, com idade acima de 50 anos, sobre a tríade mulher, sexualidade e AIDS.

As modificações ocorridas no perfil da epidemia da AIDS, e em especial o processo de feminização da doença que vem ocorrendo desde o início da década de 90, acometendo não só as mulheres jovens, mas também àquelas que se encontram acima dos 50 anos de idade, motivaram a realização desta pesquisa.

Inicialmente é apresentada uma revisão de literatura (capítulo III), com conceitos preliminares sobre o envelhecimento, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), bem como o perfil atual da epidemia. A seguir, no capítulo IV, são expostos os referenciais teóricos adotados para dar sustentação ao estudo, tais como o conceito de Gênero e Sexualidade, o conceito de Cultura segundo a Ciência do Comportamento Humano (*Behaviorismo*) e a Teoria das Atitudes Sociais provinda da Psicologia Social, incluindo o tema das atitudes relacionadas à saúde e especificamente à AIDS. A relevância do estudo das atitudes está no fato destas representarem importantes indicativos de comportamento em relação à doença.

A metodologia do estudo é apresentada no capítulo V, e trata de uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. As mulheres participantes, são frequentadoras do Núcleo de Estudos da Terceira Idade – NETI da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Para a coleta dos dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, em forma escrita. A análise dos dados foi realizada seguindo os respectivos passos operacionais propostos por MINAYO (2000, p. 234-236) : ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final.

Os resultados obtidos na pesquisa são apresentados e discutidos no capítulo VI, sob a luz dos referidos referenciais teóricos acima citados, apresentando-se as variáveis

do estudo: Sexualidade, Conhecimento e Atitudes frente à doença.

Por fim, são tecidas as considerações e sugestões sobre o estudo.

## **2. INTRODUÇÃO**

Mesmo a epidemia da AIDS tendo atingido inicialmente a população masculina, desde 1990 o número de mulheres infectadas tem aumentado rapidamente. No ano de 1984, 71% dos casos notificados no Brasil se referiam a homo/bissexuais masculinos. Ao longo do tempo, observou-se uma tendência à estabilização do percentual de casos nesta subcategoria de exposição, passando em 1999/2000 a 22% dos casos. (Brasil, 2003).

Ainda segundo os dados do Ministério da Saúde (2005), “entre os anos de 1980 e 2004 foram registrados um total de 362.364 casos no País. A tendência à estabilização da incidência da doença é observada apenas entre os homens, que registrou, em 2003, 22,6 casos por 100 mil homens, menor do que a observada em 1998, de 26,3 por 100 mil. Entretanto, observa-se ainda o crescimento da incidência em mulheres, tendo sido observada a maior taxa de incidência em 2003: 14,0 casos por 100 mil mulheres” (Brasil, 2005).

A subcategoria heterossexual é a que apresenta hoje maior tendência de crescimento no número de casos. O número de casos em mulheres passou a exercer uma expressiva participação no Boletim Epidemiológico da doença do Ministério da Saúde - 24 homens para 1 mulher, em 1985, passando a 2 homens para 1 mulher em 1999/2000 (Brasil, 2003).

As mulheres estão mais vulneráveis à infecção pelo HIV, devido ao fato de ter crescido o número de heterossexuais infectados, e por apresentarem dificuldade de negociar a utilização de preservativos, principalmente quando se relacionam com parceiro fixo. Com isso, deixam de se proteger por ignorar o perigo ou por não conseguir a colaboração do mesmo na adoção das medidas preventivas necessárias.

O discurso médico relacionado à AIDS, foi construído em torno da figura masculina, criando um espaço de invisibilidade que faz com que as mulheres não se percebam vulneráveis à exposição ao HIV.

Segundo Cruz e Brito (2000), para fazer com que a distância entre a mulher e a AIDS seja rompida, é necessário refletir sobre algumas questões, tais como: a forma como se lida com a própria saúde, os métodos de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS, o histórico sexual dos parceiros, a homofobia que faz com que muitos homens neguem suas práticas sexuais com outros homens, a violência dentro da própria família, a necessidade da realização de estudos sobre a saúde reprodutiva da mulher e a infecção pelo HIV.

A crença popular existente ainda hoje é de que as pessoas que têm AIDS apresentam comportamento sexual promíscuo, que não condiz com a idéia da mulher monogâmica e fiel. Refletir a respeito da interface entre sexualidade e relações de gênero pode facilitar o entendimento do porque da construção desta crença no imaginário popular.

Culturalmente o significado do sexo é construído de formas diferentes para homens e mulheres. A idéia de que sexo e amor não necessariamente são sinônimos é reforçada socialmente no universo masculino, que explica a “diferença” entre homens e mulheres a partir da natureza que é inerente ao homem, como um determinante biológico que os fizesse ser mais sexuais. Assim, a mulher aprende que a manifestação de seus desejos poderá significar punição. Daí, a construção social da idéia de manutenção da virgindade e do casamento como espaço adequado para a manifestação da sexualidade. Desta forma, são construídas as crenças e os valores que irão permear a vida sexual e afetiva da mulher. Segundo Skinner (1993), a cultura é o ambiente social que exerce controle sobre o comportamento do grupo que a pratica.

Esta noção construída de feminino é muitas vezes responsável pela insatisfação sexual vivida por muitas mulheres, onde a crença é de que mulher correta não deve manifestar seus desejos e deve agradar o marido, sem se apropriar dos seus direitos de querer e de não querer em relação ao sexo.

Alguns fatores psicossociais podem estar associados aos comportamentos e situações de risco em relação ao sexo, tais como o grau de confiabilidade entre os parceiros e a relação de poder ainda hoje existente entre os gêneros, principalmente entre indivíduos pertencentes a antigas gerações, onde o sexo masculino exercia forte e influência sobre o sexo feminino. Assim, as mulheres tendem a se tornar mais

vulneráveis, já que os homens têm um papel predominante em decidir quando e como terão relações sexuais e se usarão ou não preservativos. É desejável e necessário que a mulher tenha autonomia sobre sua vida sexual, como também é muito importante que o homem possua a compreensão de que seu “poder” de decisão tem limites, jamais devendo atropelar ou mascarar os desejos e anseios da mulher.

Dentro da "cultura do machismo", por deter o poder, cabe ao homem a responsabilidade da adoção do preservativo, fato este que traz algumas questões. No caso de casais juntos por muitos anos, se, por um lado, a mulher sugerisse o uso do preservativo, poderia levar o homem a questionar a sua fidelidade; por outro lado, se a sugestão fosse feita por ele, possivelmente poderia ser entendida como uma ameaça a sua própria masculinidade. Nesta linha de raciocínio, a busca da mudança de atitude e comportamento do homem, pode representar uma importante estratégia a ser utilizada nos programas de combate à AIDS destinados à população, e em especial àqueles destinados à população que se encontra nas faixas etárias acima dos 50 anos.

Dados do Ministério da Saúde (2001) apontam que na faixa etária entre 50 e 79 anos, houve aumento do número de casos de HIV, chegando a 15.597 em março de 2001. Na faixa entre 60 e 69 anos, o índice subiu de 7 casos por 100 mil habitantes em 1990, para 19 casos por 100 mil habitantes em 1998. Talvez números ainda pouco representativos diante dos 210.447 casos registrados até março de 2001 em todo o país. (Brasil, 2002). Porém bastante preocupante, se pensarmos que até antes da década de 90, os brasileiros acima dos 60 anos, sequer constavam nos estudos da AIDS, pelo simples fato da sexualidade nesta fase da vida ter sido sempre ignorada.

Com a vida mais prolongada, as pessoas de idade avançada possuem hoje características bastante diferenciadas das de outrora. Elas enfrentam uma série de desafios inerentes ao mundo moderno, como por exemplo, a velocidade das conquistas científicas, da tecnologia, das mudanças políticas, econômicas e sociais e principalmente comportamentais da sociedade em que estão inseridos. Passaram a se preocupar com questões como qualidade de vida e envelhecimento saudável, procurando equilibrar os vários fatores que influenciam em seu bem-estar, tais como: saúde, preservação mental, satisfação emocional, atividade, independência e autonomia, integração social, adequação ao meio-ambiente e manutenção da vida

afetiva e sexual.

Segundo Gonçalves, Santos e Silva (1992, p. 106) algumas condições se fazem necessárias para que possa ser ou estar saudável na velhice. E para isso, algumas pressuposições são levantadas pelas autoras, tais como: "(a) A saúde e o bem estar dos idosos dependem consideravelmente do estilo de vida que tenham adotado nos períodos anteriores da vida; (b) A saúde e a qualidade de vida dos idosos dependem consideravelmente das condições coletivas de vida prevalentes em uma sociedade; (c) Projetos de vida compartilhados entre pessoas, a nível familiar ou extra-familiar, dão chances de encaminhá-las a uma velhice com relacionamento saudável; (d) Envelhecimento saudável pode ser resultante em grande medida, em pessoas cujos projetos de vida incluíram e incluem a vivência de sua própria história, sua realidade cultural, a realidade sociopolítica da sociedade onde vivem, em constante mudança e o exercício da cidadania".

Embora comprovado o fato de que hoje as pessoas possuam maior longevidade e de que para se obter um envelhecer com saúde é desejável a manutenção de uma vida afetiva e sexual ativa, existe ainda uma série de mitos que envolvem a questão da sexualidade da pessoa de idade avançada, dentre eles, os que mais predominam é o de que esta fase é assexuada ou de que os que expressam a sua sexualidade como algo natural, apresentam um "desvio de conduta". A idéia de que estas pessoas também possam manter relações sexuais, parece não ser culturalmente muito aceita. Apesar destes "construtos culturais", nesta fase da vida é mantida a necessidade psicológica da atividade sexual continuada, e mesmo sendo constatado que após os 40 anos, mudanças fisiológicas ocorrem no ser humano no que se refere à sexualidade, não existe idade na qual o desejo e o sexo acabem. Sabe-se que o avançar da idade e a conseqüente diminuição da atividade sexual, depende de vários fatores, como psicológicos, farmacológicos e doenças pré-existentes associadas. Informações mais esclarecedoras em conjunto com as terapias comportamentais atuam como coadjuvantes na manutenção da vida sexual ativa. (Papaléo Neto, 1996).

Diokno (1990) e McCoy (1988) constataram que 74% dos homens casados com mais de 60 anos de idade e 56% das mulheres casadas com mais de 60 anos permanecem sexualmente ativos.

O que temos hoje, são idosos mais ativos sexualmente, que desfrutam com maior facilidade a liberdade que não tinham quando jovens, pois eram bastante reprimidos. Idosos que possuem recursos para manterem-se mais ativos, como próteses penianas e medicamentos como o Viagra e outros com a mesma ação. Mulheres acima dos 50 anos, na fase pós-menopausa, sem risco de engravidar, que contam com tratamentos de reposição hormonal e que acreditam não precisar de proteção, deixando de lado o uso do preservativo. Somado a isto, a utilização do preservativo pelos homens de idade avançada parece enfrentar forte preconceito.

Com tudo isso, as campanhas de esclarecimento e prevenção das DST e AIDS para esta faixa etária da população parece ficar em segundo plano. A população idosa hoje, apesar de ter um comportamento sexual mais ativo, parece não saber como se proteger, visto que os riscos que hoje se apresentam são diferentes dos apresentados quando eram jovens.

Tornar a linguagem de prevenção o mais próxima possível do universo cultural da população que se pretende atingir, também pode oferecer resultados eficazes. Desta forma, o trabalho preventivo direcionado a esta faixa da população deve ser diferente daqueles destinados às outras faixas etárias, devendo respeitar as peculiaridades que possui a pessoa idosa.

Dentre os fatores que podem estar contribuindo para o aumento de casos de AIDS no segmento feminino da população tem-se (i) o aumento da expectativa de vida, que é maior para as mulheres (a expectativa de vida para o homem brasileiro é de 67,6 anos e para a mulher de 75,2 (Brasil, IBGE, 2005)0, (ii) o fato da sexualidade da pessoa de idade avançada estar sendo cada vez mais estimulada com a criação de recursos para este fim, e finalmente, (iii) a crença errônea da sociedade, acerca da sexualidade dos idosos, dos profissionais de saúde e dos demais profissionais responsáveis pelas campanhas de esclarecimento e prevenção de que esta fase da vida é “assexuada”.

O fato desta mulher hoje, com a vida mais prolongada, pertencente às antigas gerações permeadas por valores e costumes diferenciados dos atuais, sendo àqueles certamente mais conservadores se relacionados aos de nossos dias, estar convivendo com o seu companheiro que vivencia a estimulação de sua atividade sexual, pode estar levando-a a se confrontar com os riscos de se infectar com DST's e AIDS, o que

possivelmente não está preparada para tal.

Diante do acima exposto, fica evidenciada a relevância de estudos que explorem a questão da mulher que se encontra na faixa etária acima de 50 anos e a AIDS.

Assim, se faz pertinente à busca de respostas para a seguinte pergunta de pesquisa: ***Qual é o nível de conhecimento em relação à AIDS e quais são as atitudes apresentadas pelas mulheres acima de 50 anos que possam favorecer o aumento da vulnerabilidade na exposição ao HIV?***

Buscar compreender a forma pela qual a AIDS é percebida pelas mulheres, que se constitui no intuito deste estudo, pode ser uma importante estratégia para a construção de políticas públicas que tenham como objetivo a prevenção da doença neste segmento da população. Como ainda, tornar as ações preventivas próximas do universo cultural da população que se pretende atingir, pode oferecer resultados eficazes.

A prevenção de doenças que envolvem mudanças de comportamento, como no caso da AIDS, é uma tarefa complexa e difícil, porém não impossível. O trabalho preventivo direcionado a essas mulheres, deve ser diferente daqueles destinados às de outras faixas etárias da população, devendo respeitar as peculiaridades culturais que possui a mulher de idade avançada. Mas para que este objetivo seja alcançado, a sociedade como um todo deverá se conscientizar da existência do risco de contrair HIV que possui a mulher acima de 50 anos, hoje.

Assim sendo, este estudo tem como objetivo geral, **identificar a percepção de mulheres, com idade acima de 50 anos, sobre a relação existente na tríade MULHER-SEXUALIDADE-AIDS**, e como objetivos específicos:

- ⇒ Averiguar o conhecimento que as mulheres possuem sobre as formas de contágio e os métodos de prevenção da infecção pelo HIV;
- ⇒ Analisar a compreensão apresentada pelas mulheres sobre a AIDS e sua relação com a prática da sexualidade;
- ⇒ Oferecer subsídios para políticas públicas e indicações para ações de prevenção da infecção pelo HIV voltadas para este segmento da população.

A seguir, no capítulo III, será apresentada uma revisão de literatura que aborda conceitos sobre o envelhecimento humano, o HIV e a AIDS, bem como o perfil atual da epidemia.

### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1. O Envelhecer**

O Brasil, que até pouco tempo era identificado como um "país jovem", atualmente encontra-se no rol dos países com um importante crescimento de sua população idosa. A proporção de idosos vem crescendo mais rapidamente que a proporção de crianças. Em 1980, existiam cerca de 16 idosos para cada 100 crianças; em 2000, essa relação praticamente dobrou em 2000, passando para quase 30 idosos por 100 crianças. (Brasil, IBGE, 2000).

Como fatores contribuintes para esta transição demográfica ocorrida a partir da década de 60, têm-se "o maior controle das doenças infecciosas obtido pelo uso de novas tecnologias médicas e sanitárias e a queda das taxas de natalidade e de mortalidade, devido a uma melhoria global na qualidade de vida da população" (Cruz, et al., 2001, p.23).

O predomínio do sexo feminino na população idosa brasileira tem aumentado consideravelmente nos últimos cinquenta anos. Isto reflete a maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens. No Brasil, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens. As diferenças de expectativa de vida entre os sexos mostram: em 1991, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos; em 2000, passaram para 55,1%. Portanto, em 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81,6 homens idosos. (Brasil, IBGE, 2002).

Segundo Néri (2001), o conceito feminização da velhice no sentido sociodemográfico, é associado as seguintes questões: (a) maior presença de mulheres na população idosa, (b) maior longevidade comparando-se com o sexo masculino, (c) crescimento relativo de mulheres economicamente ativas, (d) crescimento do número de mulheres chefes de família. Do ponto de vista sociopsicológico, é relacionado com

mudanças de expectativas sociais relativas ao desempenho esperado para as mulheres na velhice. Vem ocorrendo uma crescente integração da mulher idosa em diferentes esferas da vida social, não restringindo-se apenas ao âmbito familiar.

O envelhecimento humano é um fenômeno determinado por fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais, sendo o conceito de velhice saudável um tanto complexo, por envolver fundamentações teóricas, filosóficas e políticas.

Segundo Gonçalves, Santos e Silva (1992), alguns fatores são determinantes na obtenção de um envelhecer com saúde. Dentre eles, o estilo de vida em que o indivíduo adotou nos períodos anteriores de sua vida, as condições coletivas de vida da sociedade em que se insere e os projetos de vida compartilhados com pessoas familiares ou não.

Para Mendonça Jorge (1995), na velhice, as perdas parecem mais visíveis e os ganhos tendem a não serem percebidos. Isto ocorre devido à concepção da cultura ocidental de que o velho é um estorvo, incapacitado e inútil. Dentre as perdas significativas que ocorrem com o avanço dos anos na vida das pessoas, podemos citar o deterioramento da saúde, com o surgimento das doenças crônicas, a modificação da aparência física, a viuvez, a morte de amigos e parentes próximos, a perda de papéis sociais valorizados, o isolamento crescente, as dificuldades financeiras decorrentes da aposentadoria. Estas perdas serão enfrentadas de diferentes formas por cada idoso, dependendo de seus recursos internos e externos, como por exemplo, o acesso a tratamentos adequados para que sejam superadas certas doenças, a presença de amigos e familiares que o tratem com respeito e assim diminuindo os efeitos do preconceito e do isolamento, a assimilação de valores e interesses ao longo da vida que o façam não sentir a perda da juventude como algo destruidor, ter tido uma vida mais satisfatória e produtiva, fazendo com que a proximidade da morte não seja vivenciada de forma assustadora.

Para Novaes (1995), em um envelhecimento saudável, as perdas são enfrentadas e superadas com coragem e criatividade, preservando desta forma, a saúde mental. É necessário que o indivíduo se reorganize, reinvesta e prepare-se para as mudanças que virão com o avanço da idade. Juntamente tem-se a conquista de uma nova situação, a experimentação de novas possibilidades, a expressão das

potencialidades. A situação de perda faz com que o ser humano teste suas capacidades de ultrapassar, criar e assim partir para o novo. Uma compreensão realista das mudanças e desafios do envelhecimento auxilia o idoso a enfrentá-los.

Envelhecer e adoecer não são sinônimos, porém não devem ser ignoradas certas enfermidades mais freqüentes nesta fase da vida. Quanto mais esses sintomas são superestimados, menos rica e deteriorada torna-se sua qualidade de vida.

Segundo Papaléo Netto (1996), as modificações orgânicas que não constituem doenças, e sim indicadores da passagem do tempo, como rugas, cabelos brancos, pós-menopausa, diminuição da potência e da atividade sexual, postura encurvada, reflexos mais lentos, etc., transformam a auto-imagem e podem gerar em alguns indivíduos, transtornos emocionais mais agudos. O aspecto físico não corresponde mais aos padrões estéticos que a sociedade de consumo estabelece como valor, desta forma, a sociedade rejeita a velhice por uma espécie de autodefesa. A dor física, queixa comum nos idosos, muitas vezes esconde a dor do desconhecido, da perda da identidade corporal, o que causa sensação de estranheza, solidão e tristeza.

Ainda para o autor citado anteriormente, com a aposentadoria, se dá a perda do vínculo profissional e do papel social, e como agravante, ocorre uma baixa considerável nos rendimentos, o que acarreta em uma série de privações numa fase da vida em que poderia usufruir do fruto de anos de trabalho. É necessário com isso, que haja um preparo emocional para este momento. Nesta fase, se “aprende” novos papéis e se obtém novos privilégios. Há a oportunidade de dedicar-se às atividades interessantes que podem ser autogratificantes, auxiliando na manutenção da auto-estima. A mulher que se dedica apenas ao lar, restringindo-se aos papéis de mãe e esposa, se debate com a questão de que a vida perdeu o sentido após os filhos já criados, fora do ambiente familiar. E algumas, após muitos anos de convivência, enfrentam a viuvez, vivenciando a perda não só psicológica, mas também a econômica. A maneira pela qual cada mulher enfrenta esta situação depende dos papéis sociais que exerceu ao longo da vida.

Segundo Novaes (1995), essa perda de conteúdo dos papéis significa que as rotinas da vida não se estruturam mais por meio de papéis específicos, o que pode ocasionar num risco de isolamento ou alienação. Por outro lado, essa “ausência de

papéis” carrega algumas vantagens para o idoso. Uma delas seria uma maior “licença para a excentricidade”, podendo expressar sua própria individualidade na maneira de vestir, de falar, nas preferências pessoais, etc. Isso se dá devido ao fato de não haver necessidade de adaptação aos limites estreitos das expectativas dos papéis. Parece haver no final da vida adulta, uma espécie de aceitação institucionalizada da excentricidade.

O preconceito está fortemente presente no idoso, pois comumente crescemos interiorizando o envelhecimento como algo negativo. Quando jovem, assimilou a idéia que seria improdutivo, frágil, dependente e doente. E assim que envelhece passa a vivenciar estas auto-imagens negativas. Em conseqüência disso, deixa de lutar por uma melhor qualidade de vida, aceitando passivamente esta fase como improdutivo, sem realizações e perspectivas.

Novaes (1995), ressalta que se deve pensar na velhice muito antes de sua chegada, a fim de estar preparada psicologicamente para enfrentá-la. O reconhecimento do sentido da vida na velhice requer mudança de atitudes. Tal mudança pressupõe a transformação da libido física e biológica em energia cultural, pressupondo desta forma, a possibilidade de ver um lado positivo na velhice, em que se perde alguma coisa, mas que também se ganha outras. A ausência de um sentido de vida, faz com que o idoso sinta-se apenas como uma carga para os entes queridos.

Ainda para a autora citada acima, a vida cultural e intelectual, possibilita ao idoso uma maior facilidade para assumir as mudanças impostas pela velhice, uma vez que existe o hábito de pensar, refletir e meditar. Não apenas manter-se ativo, mas permitir-se também o não fazer, mantendo vivas aspirações e fantasias, permite ao idoso uma boa qualidade de vida.

Apresenta-se também freqüente na velhice o resgate da religiosidade, da fé, cujo papel é o de facilitar a descoberta do sentido de vida. (Novaes, 1995, p. 129)

Para Papaléo Netto (1996), na relação entre gerações, há uma atitude ambivalente por parte do adulto com seus velhos. Ao mesmo tempo em que respeitam impostamente os mais velhos, os tratam como seres inferiores, explicitando suas incapacidades para manterem um papel ativo na sociedade.

Existem uma série de mitos que envolvem a sexualidade na velhice, dentre eles, os que mais predominam é o de que esta fase é assexuada ou o de o idoso que expressa sua sexualidade como algo natural, apresenta um “desvio” de conduta (Papaleo e Neto, 1996).

De acordo com Novaes (1995), após os 40 anos, mudanças fisiológicas se evidenciam no ser humano no que se refere à sexualidade. No homem, ocorrem mudanças quanto à frequência, duração, tipo de ereção e de resposta orgástica. Na mulher, durante a menopausa, podem ocorrer dificuldades no ato sexual, devido à queda na taxa hormonal, interferindo na lubrificação vaginal. Alterações da mucosa e flacidez dos músculos vaginais também são freqüentes. Há diminuição do impulso sexual, de interesses, pensamentos e fantasias sexuais, o que pode gerar tanto no homem, como na mulher, sentimentos de tristeza e frustração, o que pode ocasionar em depressão. No caso do homem, por sofrer mais com a ameaça de tornar-se impotente, são acentuados sentimentos de medo, ansiedade, insegurança e agressividade. Na mulher, a sexualidade apresenta-se menos intensa, e apesar de ser mantida a capacidade orgástica nas relações sexuais, barreiras biológicas, psíquicas ou sociais muitas vezes não as permitem vivenciar o prazer sexual. Os princípios morais que as fazem sentirem-se ridículas e transgressoras pela prática do sexo, somados à diminuição da auto-estima, pela perda dos atributos físicos e dos atrativos sexuais, interferem negativamente na realização sexual.

Para que sejam superadas tais dificuldades inerentes à vida sexual na idade avançada, é desejável que o idoso reflita sobre o significado de sua sexualidade, livre de preconceitos. Reinvestir em si próprio, cuidando da aparência física, preservar boas lembranças, valorizando experiências afetivas e sexuais, como também manter atitudes de curiosidade, paciência e carinho, podem ser fatores de grande importância na obtenção de uma vida sexual satisfatória na velhice.

No envelhecimento saudável, há o equilíbrio de vários fatores que influenciam no bem estar do indivíduo, tais como: saúde, preservação mental, satisfação emocional, atividade, vida afetiva, capacidade de locomoção, integração social, adequação ao meio-ambiente.

A manutenção de atividades ocupacionais é de extrema importância para que o idoso enfrente de forma positiva as situações de perda e as crises inerentes a fase do envelhecimento, passando a viver de forma mais prazerosa e produtiva. É necessário que sejam evidenciadas as habilidades do idoso, para que assim, possa ser preservadas sua independência e autonomia.

É de grande valia para o idoso, a manutenção de relações com outros idosos e pessoas de outras gerações, que proporcionam lazer, companhia e alegria, prevenindo o aparecimento de sentimentos de tristeza, menos valia, exclusão e isolamento e readaptando-o ao ambiente.

Cada indivíduo envelhece de uma forma diferente. “O fato é que não existe um modo certo de viver a velhice – as pessoas envelhecem de vários modos, o ‘bom envelhecimento’ é visto como aquele das pessoas ‘reorganizadoras’, que continuam a lutar contra o encolhimento de seu mundo, mantendo uma vida ativa e distraída, substituindo por novos projetos e novos relacionamentos aquilo que a idade lhes tenha tirado. Envelhecer bem, para outros, consiste em olhar a vida serenamente, em lutar pelos seus valores e manter a moral...” (Novaes, 1995, p. 31).

Ainda segundo Novaes (1995), para que o idoso se adapte às rápidas mudanças em que o mundo vive hoje, tais como a velocidade das conquistas científicas, da tecnologia, das mudanças políticas, econômicas e sociais, dentre muitas outras, é desejável que: utilize seu potencial criativo e sua capacidade perceptiva e intuitiva, desperte sua curiosidade para o mundo atual, abra sua mente para o novo, inove seu estilo de vida, tente superar estados depressivos e sentimentos negativos, conviva saudavelmente com pessoas de outras gerações, preste serviço à comunidade em que está inserido, mantenha hábitos saudáveis em seu dia-a-dia, estimule sua socialização produtiva, participe de movimentos assistenciais e sociais, aperfeiçoe conhecimentos por meio de cursos de extensão, reciclagem, etc., envolva-se com atividades culturais, desportivas, de lazer, compatíveis com sua disponibilidade e interesses e desenvolva sua capacidade de autoconhecimento, a fim de que possa analisar constantemente suas possibilidades e suas limitações.

Para Néri (1995), um envelhecimento bem-sucedido apresenta como características a manutenção da autonomia e das capacidades física, psicológica,

social, econômica e afetiva do idoso.

É desejável que o idoso estimule seus potenciais para que descubra novas áreas de interesse e que realize um constante balanço de suas conquistas e satisfações, estabelecendo novos planos para o futuro.

O auto-cuidado é também um fator de grande valia para o envelhecimento bem-sucedido. Algumas condições contribuem para o auto-cuidado, dentre elas a imagem que o idoso tem de si (corporal e psicológica), sua auto-estima, a realização do auto-exame e da auto-avaliação.

As medidas preventivas, tais como a utilização adequada de tratamento médico, medidas de suporte e apoio psicológico, farmacoterapia e reabilitação, são de extrema importância para que o idoso alcance um envelhecimento satisfatório. E atualmente deve-se somar a essas medidas, àquelas destinadas à prevenção da AIDS, pois esse é um desafio também encontrado hoje pelas pessoas de idade avançada. Assim, idosos, profissionais da saúde e sociedade em geral deverão estar preparados para lidar com essa realidade.

### **3.2. O Perfil Atual da Epidemia da AIDS**

O surgimento da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), nos EUA em meados de 1981, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexual e moradores de São Francisco e Nova York, que apresentavam “Sarcoma de Kaposi”, pneumonia por *pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imunológico, levando a conclusão de que se tratava de uma doença ainda não classificada e de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível, ocasionou em preconceito já nas primeiras tentativas de explicação da epidemia que era conhecida na ocasião como “peste gay”.

A possibilidade de considerar “grupos ou populações de risco”, como assim se fez por muito tempo, nos submeteu enquanto profissionais da área da saúde, ao grave erro de desconsiderar segmentos da população que também necessitam de atenção, no que se refere às campanhas de esclarecimento e prevenção aos agravos à saúde,

como também provocou muita discriminação na sociedade em relação àqueles indivíduos que assim foram estigmatizados. Devido à AIDS não se restringir a grupos específicos, o conceito de "grupo de risco" está ultrapassado e completamente fora do contexto nos estudos sobre o tema.

Assim, passou-se a utilizar o termo comportamento de risco, que hoje é ampliado pelo conceito de "vulnerabilidade" das pessoas individuais e da população em geral ao HIV, o que significa que existe uma série de fatores envolvidos na transmissão do vírus que dependem da sociedade e do governo, e não só do comportamento individual. De acordo com o conceito de vulnerabilidade individual descrito por Mann e Tarantola (1992), a vulnerabilidade mínima existe quando a pessoa não relata nenhuma atividade sexual ou somente práticas de sexo não penetrativo. A vulnerabilidade cresce progressivamente à medida em que a pessoa: 1º - passa a ter relação sexual penetrativa com parceiro único, em relação monogâmica; depois adere consistentemente às práticas de sexo seguro e finalmente, quando não aderem às práticas de sexo seguro.

O aparecimento da AIDS influenciou de maneira decisiva a sexualidade humana no séc XX. Anteriormente à epidemia, esta questão era tratada com reserva e pudor pela saúde pública. Falar sobre sexualidade, promiscuidade e sexo seguro, tornou-se uma necessidade e responsabilidade dos profissionais da saúde, dos pais e dos educadores (Parker, 1994).

Ao longo dos anos 80 e 90, a epidemia da AIDS atingiu homens, mulheres, jovens e crianças, sem haver distinção de classe social, grau de instrução, etnia, localidade de moradia, religião e orientação sexual.

Os dados apresentados pela Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde do Brasil (Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN), apontam que existem 277.141 casos de AIDS notificados no país no período compreendido entre o início de 1980 e dezembro de 2003. Deste número total de casos notificados, 79.814 correspondem a indivíduos do sexo feminino. (Brasil, 2003).

Desde 1990 o número de mulheres infectadas tem aumentado rapidamente. Como exposto anteriormente, as mulheres passaram a exercer uma expressiva participação no Boletim Epidemiológico da doença do Ministério da Saúde, podendo ser

constatada pela progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição: 24 homens para 1 mulher, em 1985, passando a 2 homens para 1 mulher em 1999/2000 (Brasil, 2003).

Como afirma Westrupp (1998, p. 42) “em todo o mundo é alto o número de mulheres contaminadas com o HIV. Nos últimos anos, as notificações de casos vêm desvanecendo a idéia de que a AIDS seja considerada uma síndrome específica de grupos de risco. O perfil dos casos de AIDS vem modificando-se e já são significativos e preocupantes os casos notificados de mulheres, identificadas como profissionais “do lar”, contaminadas por via sexual. Se não bastasse o comprometimento da saúde da mulher, há o risco, também, da transmissão do vírus à seus conceitos”. Segundo Galvão e Diaz (1999), os dados demonstram que cresce cada vez mais, o número de mulheres infectadas com relacionamentos monogâmicos estáveis. Em função destas alterações epidemiológicas, a prevenção da infecção pelo HIV exige novos desafios para os profissionais da área da saúde que procuram compreender os aspectos interacionais emitidos nesta epidemia.

A transmissão vertical é uma conseqüência dessa maior participação feminina nos casos de AIDS, tendo sido notificados 5.400 casos com essa forma de transmissão no período de 1985 a 2000. Nos últimos anos observou-se uma diminuição no número dessas ocorrências. (Galvão, 2000).

De dezembro de 1999 até junho de 2000, a incidência de AIDS cresceu em mulheres casadas de cidades com até 50.000 habitantes. Dos 5.937 casos femininos no país neste período, 45% foram nesse grupo. Na última década, o aumento foi de 5% em homens e 18% em mulheres. (Oltamari, 2001)

Pelo fato de que a forma preponderante da transmissão do HIV na população feminina é através das relações sexuais, focalizar a atenção nas estratégias de prevenção voltadas para a diminuição da transmissão sexual do HIV é primordial para o controle da epidemia.

Numa relação sexual vaginal sem proteção, como o tecido vaginal é frágil, um homem soropositivo é duas vezes mais capaz de transmitir o vírus para uma mulher não infectada do que uma mulher soropositiva quando tem relações com um homem não infectado. Mulheres também se tornam mais vulneráveis porque os homens têm um

papel predominante em decidir quando e como terão relações sexuais e se usarão ou não o preservativo. (Galvão, 1996)

Os dados da Coordenação Nacional de DST e AIDS - SINAN (2000) apontam que nas mulheres, observa-se que a doença avança em todos os níveis de instrução. Já entre os homens, ela cresce mais nos que têm até a 8ª série (67%), demonstrando um declínio entre aqueles com formação acadêmica superior ao 2º grau. (Oltramari, 2001).

Na tentativa de traçar um perfil sócio-econômico dos casos notificados, tem-se utilizado a escolaridade como parâmetro, embora ainda elevado o percentual de casos com escolaridade ignorada. Em 1999/2000, entre os casos com escolaridade conhecida, observou-se que 74% dos casos eram analfabetos ou tinham até 8 anos de escolaridade e apenas 26% tinham mais de 11 anos de escolaridade ou curso superior (Galvão, 2000)

O controle rigoroso do sangue e hemoderivados vêm ocasionando em um importante declínio no número de casos apresentados por indivíduos hemofílicos e que recebem transfusão de sangue, segmento da população fortemente atingido no início da epidemia. (Oltramari, 2001).

A subcategoria usuários de drogas injetáveis representava em 1999/2000, 99% das ocorrências por transmissão sanguínea e também apresenta tendência ao declínio. (Oltramari, 2001)

A crença na existência de “grupos de risco”, também contribuiu para o aumento do número de casos de HIV e AIDS que vivenciamos hoje na população com idade avançada. Os dados da Coordenação Nacional de DST e AIDS - SINAN, apontam que em indivíduos a partir de 50 anos, o número total de casos de AIDS notificados no país de 1983 a 2002 é de 19.776. É importante ressaltar que em 1990, o número de casos notificados nesta faixa etária foi de 471 casos, passando a 1.530 em 2002. Em relação às mulheres de 50 anos e mais, foram notificados 5.443 casos de 1985 a 2002. Tendo passado de 65 casos em 1990, para 544 em 2002. (Brasil, 2003).

E para finalizar este tópico, cito as autoras Simões Barbosa, Vermelho e Nogueira (1999, p. 01): “A epidemia de HIV / AIDS no Brasil não está, definitivamente, restrita a grupos específicos, classificados segundo sua opção sexual ou o

envolvimento com o uso de drogas, estando sua potencialidade de expansão fora de controle. As mulheres, até finais da década de 80, ainda não haviam adquirido 'visibilidade' no contexto da expansão da epidemia. Até então, a AIDS era uma doença de homossexuais masculinos, de usuários de drogas injetáveis, dos hemofílicos/transfundidos e, no máximo, de suas parcerias sexuais”.

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **4.1. Conceito de Gênero e Sexualidade**

A noção de gênero, elaborada inicialmente pelas feministas americanas nos anos 70 e 80, surge para afirmar o caráter social das diferenças baseadas no sexo e rejeitar o determinismo biológico que justificava tais diferenças. Assim o surgimento da análise feminista, incorporada à discussão teórica e acadêmica sobre a questão, veio por modificar a concepção até então existente sobre os papéis do homem e da mulher, enfatizando a construção social da identidade feminina.

Sob a ótica da teoria feminista, o conceito de gênero relaciona-se à perspectiva do poder existente na relação entre homens e mulheres na sociedade. Assim, é fundamental que se perceba como o poder opera nas relações de gênero, para que então se possa chegar às fontes que alimentam a desigualdade entre os sexos.

Segundo Foucault (1979), trata-se de investigar como se dá o processo de sujeição dos corpos, não se tomando o poder como fenômeno homogêneo de dominação, mas a partir da compreensão de que o poder é algo que circula, funciona em rede. Assim, os indivíduos estão sempre na posição de exercer poder e sofrer sua ação, são “centros de transmissão”, sendo o indivíduo um dos efeitos do poder.

Desde o Brasil Colônia, a cultura brasileira reforça as diferenças entre os gêneros. Masculino e feminino são opostos, tendo a violência como uma espécie de “divisor de águas”. A mulher é representada pela inferioridade, sendo objeto de dominação, mesmo que desejada e dotada de beleza.

Pensar sobre as relações de poder entre os gêneros, nos remete a questões ligadas à identidade sexual, tais como os padrões de comportamento sexual de homens e mulheres em nossa cultura e suas representações sobre sexualidade.

Ao se falar de sexualidade, fala-se também de amor, posição sexual e apoio econômico. Na maioria das culturas, se espera que a mulher casada seja fiel e

disponível sexualmente para o marido. E mesmo embora muitas mulheres hoje sejam independentes financeiramente, temos ainda um grande número de mulheres em que o casamento é a única fonte de sustento econômico. Nos casamentos em que os parceiros são independentes financeiramente, o equilíbrio de poder nas relações sexuais é bem diferente daqueles em que a mulher depende economicamente do marido (Strey, 1997).

Segundo Berer e Ray (1997), o HIV vem afetando as tradições do casamento. A mulher passa a ter um duplo papel: além de esposa e mãe fiel e dedicada, também passa a ter que ser uma mulher com perseverança, ambição e determinação para atingir suas metas pessoais. Assim, passando a reivindicar os direitos de decidir não tolerar as infidelidades e abusos do marido e de não querer viver mais com ele.

A definição de sexo como necessidade específica de satisfazer os desejos sexuais masculinos, está diretamente associada à idéia de desejo “incontrolável” do homem, que não pode ser interrompido e nem desviado. Assim, a mulher passa a assumir a responsabilidade pelos padrões morais, ou seja, pelo uso do preservativo, já que este representa culturalmente a diminuição ou interrupção do prazer. O fato dos homens serem considerados iniciadores do sexo em nossa cultura, também os faz exercer poder sobre as mulheres, como por exemplo, no caso da recusa em usar o preservativo.

A questão confiança na relação também pode ser responsável pelo abandono da proteção durante a relação sexual. Assim, o preservativo se torna uma estratégia a ser utilizada em ocasiões em que não está claro se há confiança entre os parceiros.

Pensar na atividade sexual atrelada à questão da proteção à saúde e não apenas à reprodução, refere-se a uma profunda mudança na forma como se pensava as questões relacionadas à sexualidade antes do surgimento da AIDS.

Segundo Barbosa, Villela e Uziel (1995), os métodos de proteção da mulher não deveriam depender de qualquer negociação de seu uso com os parceiros sexuais e teriam de ser confortáveis, de fácil acesso, baixo custo e seguros para a saúde. Entretanto, nada que atenda a todos esses atributos parece ser possível a curto e médio prazo. Dada a impossibilidade de um método que possa ser usado sem o conhecimento do parceiro - como foi possível com os métodos contraceptivos, no caso

da contracepção hormonal e esterilização, a busca de estratégias que viessem aumentar a capacidade da mulher negociar o uso de métodos de proteção disponíveis tem sido cada vez mais enfatizada para diminuir a vulnerabilidade da população feminina à infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Os desafios existentes hoje não só para os especialistas, mas também para a sociedade, são: Como reintroduzir o preservativo na vida sexual dos casais e como trazer os homens para essa discussão a fim de que passem a participar de forma responsável e solidária das questões que envolvem a sexualidade do casal.

O construto cultural dos estereótipos da mulher boa e da mulher má tem grande influência no pensamento público sobre mulheres e HIV. É muito mais fácil para a sociedade aceitar que a infecção pelo HIV concentra-se nas profissionais do sexo, por exemplo. Porém, a realidade não tem se mostrado assim, uma vez que as trabalhadoras sexuais por terem sido um grupo fortemente atingido no início da epidemia, passaram a adotar medidas preventivas, o que fez com que o auto-índice de infecção neste grupo específico caísse. Já as heterossexuais, com relacionamentos estáveis nunca se sentiram vulneráveis na exposição ao HIV, o que as fez e as faz mais suscetíveis à contaminação, aumentando a incidência de casos nesta categoria de exposição. Como exemplificam Berer e Ray (1997), a primeira mulher diagnosticada com AIDS no México foi uma dona de casa de 52 anos. Seu único comportamento de risco foi ter sexo com seu marido, sem proteção.

É importante ressaltar a posição vitimizada que muitas vezes é atribuída à mulher que não se protege durante o ato sexual, por pensar ser incapaz de tal atitude.

Como afirma Bandeira (1999), os homens sempre foram mais "sujeitos" de sua sexualidade, ou seja, construíram de forma auto-determinada. O sexo fora do casamento e a prática do homossexualismo masculino são exemplos disso; sempre foram mais públicos e causaram menos alvoroço do que as práticas sexuais femininas, uma vez que desde a Colônia a ordem procriativa lhes foi menos cobrada, e desde então, sempre que um casal não tinha filhos, a "culpa" recaía sobre a mulher.

Segundo a análise de gênero, o lugar de submissão da mulher ao longo da história possui causas históricas e sociais, sendo desejável um processo de "libertação" que faça com que a mulher alcance um nível de igualdade em relação ao homem em

todos os aspectos de vida.

A vulnerabilidade feminina frente ao HIV, remete às formas como homens e mulheres se relacionam na nossa sociedade, à dinâmica de poder inerente a essas relações e ao imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero, sendo estas, variáveis fundamentais para a compreensão do perfil que a AIDS possui atualmente.

#### **4.2. Conceito de Cultura**

O entendimento do papel da cultura na conduta humana também é de extrema importância para a compreensão do posicionamento das mulheres a partir de 50 anos em relação à AIDS.

Para que tal objetivo seja alcançado, adotar-se á o conceito de cultura segundo a Ciência do Comportamento Humano, denominada Behaviorismo.

Segundo Baum (1999), a cultura é o comportamento aprendido de um grupo. Consiste em um comportamento operante tanto verbal como não verbal, ou seja, aquele que produz um efeito sob o ambiente, sendo determinado pelas suas conseqüências.

De acordo com o Behaviorismo, a cultura exerce o papel de controle sob o comportamento do indivíduo. Os procedimentos, usos e costumes vigentes numa comunidade vem a influenciar diretamente as formas de comportamento apresentadas pelos seus membros. Para B. F. Skinner (1993, p.389), o mais importante e expressivo teórico representante desta corrente de pensamento da Psicologia, “o indivíduo adquire do grupo um extenso repertório de *usos e costumes*. O que o homem come e bebe, e como o faz, os tipos de comportamento sexual em que se empenha, como constrói uma casa, ou desenha um quadro, rema um barco, os assuntos sobre os quais fala ou cala, a música que compõe, os tipos de relações pessoais que tem, e os tipos que evita – tudo depende em parte dos procedimentos do grupo de que é membro”. Segundo Skinner (1993), o comportamento de um indivíduo vem a se conformar com os padrões de uma dada comunidade, quando certas respostas comportamentais são reforçadas, ou seja, são seguidas de uma conseqüência positiva e outras deixadas passar sem

reforço ou são punidas. Assim, “a comunidade tem a função de um ambiente reforçador no qual certos tipos de comportamento são reforçados e outros punidos, mas mantém-se como tal através de outros benefícios que recebe”. (Skinner, 1993, p. 390)

Um comportamento é aversivo socialmente quando vai contra os costumes padrões e valores inerentes à cultura que se insere. (Skinner, 1993)

Como demonstra Skinner (1993, p. 391) “em sua Teoria da Classe Ociosa, Thorstein Veblen demonstrou que costumes ou usos que pareciam não ter conseqüências comensuráveis, e que eram explicados em termos de princípios duvidosos de beleza ou gosto, tinham efeito importante sobre os membros do grupo. De acordo com Veblen, não usamos trajes enfeitados ou falamos uma linguagem inusitada necessariamente porque as roupas sejam bonitas ou a linguagem culta, mas porque somos assim aceitos por um grupo no qual essas coisas são um símbolo de participação e porque obtemos prestígio ao controlar aqueles que são incapazes de se comportar da mesma maneira”.

O comportamento ético é fortemente modelado (reforçado ou punido) aos padrões inerentes ao grupo. Desta forma, o grupo se encarrega de punir os comportamentos indesejáveis, através de conseqüências imediatas para seus membros. Segundo o autor em questão, “à medida que cada indivíduo vem a se conformar com os padrões de conduta, também vem a apoiar o padrão ao aplicar uma classificação semelhante ao comportamento de outros. Além disso, seu próprio comportamento conformado contribui para o padrão com o qual o comportamento dos outros será comparado. Uma vez originado um costume, uso, ou estilo, portanto, o sistema social que o observa parece ser razoavelmente automantenedor”. (Skinner, 1993, p. 392)

Comumente denomina-se de cultura o ambiente social de um grupo, com referência a algo de dimensões não físicas. Para a ciência do comportamento, o ambiente social resulta em parte dos procedimentos do grupo que geram o comportamento ético e a extensão desses procedimentos aos usos e costumes. Em parte, é a realização de todas as agências e subagências com as quais o indivíduo pode fazer contato, e em especial o contato íntimo. Como exemplo, tem-se a família exercendo controle através das práticas religiosas.

Tendo em vista todas as possibilidades de controle (governamental, religioso, educacional, econômico, dentre outros) existentes no ambiente social, a concepção de cultura num sentido mais amplo, é bastante complexa e poderosa. Porém, segundo Skinner, não há em qualquer grupo numeroso, contingências de controle universalmente observadas, pois comumente os usos e costumes são divergentes, o que resulta num conflito. Como exemplo tem-se a educação formal em contraposição com a educação religiosa, o controle econômico que é dividido entre diferentes grupos, exercendo portanto o seu poder de diferentes formas.

Em suma, citando mais uma vez o autor B. F. Skinner (1993, p. 403), uma cultura “é um conjunto particular de condições no qual um grande número de pessoas se desenvolve e vive. Essas condições geram os padrões ou aspectos do comportamento – o caráter cultural (...) O nível geral de interesses dos membros do grupo, suas motivações e disposições emocionais, seus repertórios comportamentais e a medida em que praticam o autocontrole e autoconhecimento, tudo isso é relevante para a força do grupo como um todo” .

### **4.3. Teoria das Atitudes Sociais**

Para buscar compreender como as mulheres acima de 50 anos se posicionam frente à AIDS, é de extrema importância o conhecimento e a compreensão das atitudes dessas mulheres frente aos riscos que possuem de se contaminarem com o HIV hoje.

O conceito de Atitude, amplamente estudado pela Psicologia Social, pode ser entendido pela maneira coerente e organizada de pensar, sentir e reagir a um determinado objeto, que pode ser uma pessoa, um grupo de pessoas, uma questão social, uma idéia, um evento, uma coisa, um acontecimento, etc. (Braghirolli et al., 1990).

As atitudes são aprendidas e podem ser positivas ou negativas.

A relevância do estudo das atitudes, está primeiramente no fato de que estas oferecem a possibilidade de se fazerem bons preditores de comportamentos. Em segundo lugar, as atitudes sociais desempenham funções específicas para cada

indivíduo, auxiliando na formação de uma idéia mais estável da realidade, além de servir como proteção do *eu* de sentimentos indesejáveis. (Rodrigues, 1994).

Na Psicologia Social existem inúmeras definições de atitude que foram sendo desenvolvidas através do tempo. “Segundo Thurstone (1928), atitude é a intensidade de afeto pró ou contra um objeto psicológico. Para Allport (1935) atitude é um estado mental e neurológico de prontidão, organizado através da experiência e capaz de exercer uma influência diretiva ou dinâmica sobre a resposta do indivíduo a todos os objetos e situações a que está relacionada. Murph, Murph e Newcomb (1935) consideram atitude como sendo uma resposta afetiva, relativamente estável, a um objeto. Para Doob (1947), teórico da Psicologia Comportamental, a atitude é definida como uma resposta implícita, produtora de tensão, considerada socialmente significativa na sociedade do indivíduo. Segundo Rosnow e Robinson (1967), o termo atitude indica a organização de um indivíduo de seus sentimentos, crenças e predisposições a comportar-se como o faz.” (Rodrigues 1994, p. 343).

Entre as definições acima citadas, pode-se resumir o termo atitudes sociais através de quatro elementos: 1) uma organização duradoura de crenças e cognições; 2) uma carga afetiva pró ou contra; 3) uma pré-disposição à ação e 4) uma direção a um objeto social. Desta forma, podemos definir atitude social como sendo uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com as cognições e afetos relativos a este objeto (Rodrigues, 1994).

As atitudes são formadas por três componentes: o cognitivo (pensamento), o afetivo (sentimento) e o comportamental (intenção-ação). Só se pode falar legitimamente em atitude, na presença de um objeto, bem como na presença destes três componentes.

O componente cognitivo é a representação cognitiva previamente estruturada de um objeto. Como por exemplo, pessoas que apresentam atitudes preconceituosas em relação a um determinado grupo, possuem uma série de cognições acerca deste grupo. Muitas vezes a representação cognitiva que se tem de um objeto social é vaga ou errônea. Quando vaga, influi na intensidade do afeto em relação ao objeto. Quando errônea, o afeto é consistente com a representação cognitiva que se faz do objeto,

mesmo que esta não corresponda à realidade.

O componente afetivo é o mais característico das atitudes e é o que as diferem das crenças e opiniões, que nem sempre são impregnadas de conotação afetiva. Pode-se definir o componente afetivo como um sentimento pró ou contra um determinado objeto social. As crenças e comportamentos associados a uma atitude são apenas elementos pelos quais se pode medir a atitude, não sendo porém, parte integrante dela. (Fishbein *apud* Rodrigues, 1994)

O componente comportamental é o componente ativo. Aquele que instiga os comportamentos coerentes com as cognições e afetos relativos aos objetos. Dos três componentes da atitude, este é o único diretamente observável. Os outros (pensar e sentir) são inferidos a partir dele.

A cultura influencia na formação das atitudes. Nem sempre temos consciência das tentativas de influência que o meio exerce sobre nós, assim como nem sempre percebemos a emissão das nossas próprias tentativas de transformar ou formar as atitudes dos outros.

Para Braghioroli et al.(1995), a mudança numa atitude tem a maior ou menor probabilidade de ocorrer dependendo de seu grau de extremismo, dentre outros fatores. Uma atitude extrema, como por exemplo a de ser radicalmente contra a pesquisa nuclear, tem menos chance de ser alterada do que uma atitude pouco extrema (ser moderadamente contra ou a favor).

Apesar das atitudes serem bons preditores do comportamento, nem sempre há total coerência entre os componentes cognitivo, afetivo e comportamental das atitudes. Pois muitas vezes as pessoas emitem comportamentos que não correspondem aos seus pensamentos e afetos.

É importante ressaltar que atitude não é sinônimo de comportamento, pois muitas vezes o comportamento de uma pessoa numa determinada situação não é coerente com a sua atitude. Porém, segundo Triandis (1971), seria ingênuo concluir que não há relação entre atitude e comportamento. O que é necessário que se entenda, é que atitudes envolvem o que as pessoas *pensam, sentem*, e como elas *gostariam de se comportar* em relação a um objeto atitudinal, ou seja, referem-se à intenção de comportamento. Já o comportamento propriamente dito, não é apenas determinado

pelo que as pessoas *gostariam* de fazer, mas também pelo que elas pensam que devem fazer, isto é, *normas* sociais, pelo que elas geralmente fazem, isto é, hábitos, e pelas conseqüências esperadas de seu comportamento. (Triandis *apud* Rodrigues, 1994).

Mas até que ponto as atitudes influenciam o comportamento?

A Psicologia Social presume que as atitudes e ações se alimentam mutuamente. As atitudes, em geral avaliadas como sentimentos relacionados a um determinado objeto ou pessoa, nem sempre são boas preditoras de ações. Segundo Myers(2000), deve-se considerar que a mudança de atitudes geralmente não implica em mudança de comportamento, pois tanto as nossas atitudes, como os nossos comportamentos, estão sujeitos a muitas influências do ambiente em que vivemos, tais como as situações que enfrentamos. De acordo com o autor, “as atitudes irão prever o comportamento (1) se essas influências forem minimizadas, (2) se a atitude corresponde muito próximo ao comportamento previsto e (3) se a atitude é potente (ou seja, porque alguma coisa nos lembra disso, ou porque adquirimos pela experiência direta). Assim, *há* uma ligação entre o que pensamos e sentimos e o que fazemos, mas em muitas situações essa relação é mais tênue do que gostaríamos de acreditar” (Myers, p. 73).

A relação atitude-ação também funciona na direção oposta, ou seja, podemos não só pensar para chegar à ação, mas também agir para chegar a uma maneira de pensar. Como afirma Myers (2000), as ações também influenciam nossas atitudes morais, uma vez que tendemos a justificar como certo fizemos.

O princípio de que as atitudes seguem o comportamento é de fundamental importância, pois para que ocorra uma mudança efetiva de atitude é necessário que haja ação.

#### **4.3.1. Atitudes relacionadas à Saúde**

A importância apresentada pelas atitudes reflete no grande número de pesquisas e estudos realizados pela Psicologia Social nesta área. Existem estudos que correlacionam atitudes e saúde, e como exposto anteriormente, as atitudes estão amparadas em conjuntos de crenças que se organizam através da história dos grupos e

fazem com que os sujeitos tenham uma predisposição para agir contra ou a favor de um objeto em determinada situação social, como por exemplo a prevenção à saúde. Desta forma, os comportamentos de prevenção à saúde constituem-se num fenômeno a ser estudado através desta teoria.

De acordo com Stroebe e Stroebe (1995), a finalidade da realização de pesquisas sobre atitudes e saúde consiste em proporcionar o entendimento das relações existentes entre atitudes e comportamentos de proteção à saúde. Se faz necessária a compreensão de como as atitudes preventivas em relação à saúde efetuam-se em comportamentos e quais as possíveis causas que as condicionam. Mesmo que encontrando-se em situação de risco, muitas são as razões para que os indivíduos não alterem seus comportamentos de proteção à saúde.

Estudos específicos da Saúde dentro da Teoria das Atitudes Sociais aumentam a compreensão das condicionantes sociais que podem interferir nas atitudes e nos comportamentos dos grupos sociais relacionados às doenças. Uma das teorias utilizadas denomina-se Teoria Motivacional, que enfoca a relação do risco sentido pelo indivíduo frente à doença e sua ação frente a este risco. Assim, quanto maior for a percepção sobre o risco, maior será a probabilidade de enfrenta-lo.

De acordo com esta teoria Motivacional, a motivação para uma pessoa proteger sua saúde constitui-se de três formas: “1) A percepção da gravidade do acontecimento prejudicial; 2) A percepção da probabilidade do acontecimento ocorrer ou a percepção de suscetibilidade e 3) A eficácia da resposta recomendada para evitar o acontecimento prejudicial” (Stroebe e Stroebe, 1995, p.45).

A intensidade dos comportamentos de motivação da proteção à saúde é coordenada por estes fatores, possibilitando desta forma a proteção dos indivíduos diante das situações de vulnerabilidade.

Para Stroebe e Stroebe (1995), a situação de ameaça ou perigo à saúde determina as atitudes do indivíduo frente a esta situação. O modelo de prevenção do perigo é apoiado por quatro crenças: 1) depende da gravidade da ameaça à saúde; 2) da existência de uma vulnerabilidade pessoal; 3) a capacidade que o indivíduo tem em dar respostas de enfrentamento a essa situação e 4) minimização de ameaça da doença a partir do enfrentamento.

A auto-eficácia baixa em relação ao comportamento de cuidado com a saúde faz com que o indivíduo não se sinta capaz de realizar uma ação preventiva no campo da saúde. Assim, aumenta a sua vulnerabilidade e conseqüentemente a intenção de cuidar-se diminui.

Diante do acima exposto, compreende-se que as atitudes de prevenção em relação às doenças são condicionadas aos aspectos cognitivos e situacionais.

Em relação à AIDS, as atitudes preventivas são importantes objetos de estudo, pois indicam comportamentos favoráveis ou não às estratégias de prevenção utilizadas, como por exemplo a utilização do preservativo.

Com isso, se faz necessária a investigação das crenças e atitudes que interferem nos comportamentos preventivos para entender como os indivíduos orientam suas ações de proteção à saúde, que no caso deste estudo se dirige às mulheres com mais de 50 anos de idade frente a AIDS.

## **5. METODOLOGIA**

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, optou-se por realizar uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem quantitativa.

De acordo com Gil (1995, p.44) “as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. Já as pesquisas descritivas realizam a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, sendo que por vezes pretendem determinar também a natureza destas relações. Ainda para o mesmo autor, as referidas pesquisas têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população.

Para Minayo (1998), a pesquisa qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, possibilitando uma compreensão maior da realidade do campo a ser estudado. Assim, a adoção desta metodologia de pesquisa tornará possível o acesso e a posterior reflexão sobre o conhecimento e as atitudes apresentadas pelas mulheres acima de 50 anos sobre a AIDS.

### **5.1. Local do Estudo**

A pesquisa foi realizada na Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Santa Catarina, denominada Núcleo de Estudos da Terceira Idade – NETI / UFSC. De acordo com Cachioni (2003), os alunos das Universidades da Terceira Idade, desempenham um importante papel ativo nas pesquisas universitárias. As pesquisas realizadas, têm como objetivo oferecer às pessoas idosas melhores condições de vida.

As Universidades Abertas à Terceira Idade (UATI) são projetos voltados para a

população geralmente acima de 50 anos (a faixa etária para ingresso não é a mesma para todas as UATI's), hoje amplamente difundidos por grande parte das Universidades do Brasil. O modelo de UATI foi criado em 1973 pelo pedagogo Pierre Vellas em Toulouse, na França (Nogueira, 2003).

Diferentemente de um curso de graduação, as pessoas que ingressam nestes projetos não prestam vestibular. Buscam, através da inserção nestes espaços, o resgate do convívio social e o desenvolvimento psicossocial. Os currículos das UATI's, embora apresentem diferenças entre si, na maioria das vezes são compostos por disciplinas e atividades diversificadas, dentro das áreas de saúde, artes, lazer, etc. Como característica comum a todas as UATI's Brasileiras tem-se o fato destas serem formadas na sua maioria por mulheres.

O Núcleo de Estudos da Terceira da Idade da Universidade Federal de Santa Catarina – NETI / UFSC criado oficialmente em 1983, pelas professoras Neusa Mendes Guedes e Lucia Hisako Takase Gonçalves, é o órgão que coordena, executa e avalia os programas voltados para a gerontologia dentro da Universidade. A existência do Núcleo confirma o interesse que a UFSC vem demonstrando em participar efetivamente do esforço nacional em prol de um envelhecimento sadio. Pela produção de conhecimentos da gerontologia, pela valorização do potencial dos idosos socialmente produtivos, pela promoção de idosos que adquirem e transmitem conhecimentos à sociedade, a UFSC desencadeia um processo educacional em que o próprio idoso agencia a história. (UFSC, 2004).

O NETI tem como princípios: a) Visão do homem como ser que se realiza no mundo; b) O homem tem possibilidade de aprender durante toda e sua existência; c) A valorização da pessoa idosa se concretiza no reconhecimento de seu potencial e no incentivo ao seu engajamento responsável e participativo na sociedade; d) O idoso despertado para a ação renovadora na área gerontológica é o agente por excelência para colaborar no equacionamento das questões sociais brasileiras. E como objetivos: 1) Ampliar e sistematizar o conhecimento da gerontologia; 2) Formar recursos humanos nos diversos níveis; 3) Manter atividades interdisciplinares de ensino, pesquisa e extensão; 4) Divulgar e desenvolver ações institucionais e interinstitucionais; 5) Assessorar entidades na organização de programas de valorização do idoso e 6)

Oferecer subsídios para uma política de resgate do papel do idoso na sociedade brasileira. Dentre as principais atividades desenvolvidas, destacam-se: o Curso de Especialização em Gerontologia, o Curso de Formação de Monitores da Ação Gerontológica, os Avós na Universidade, o Grupo de Crescimento Pessoal I, II e III e o Intercâmbio Comunitário em Gerontologia. (UFSC, 2004).

## **5.2. Participantes da Pesquisa**

A seleção da amostra foi realizada de forma intencional, ou seja, composta de sujeitos voluntários e disponíveis à pesquisadora. As participantes da pesquisa são mulheres com 50 anos e mais, frequentadoras do Núcleo de Estudos da Terceira Idade – NETI / UFSC, sem restrição de estado civil e classe sócio-econômica.

O tamanho da amostra foi estabelecido pelo critério de saturação dos dados. Segundo Minayo (2000, p. 102), “A amostragem qualitativa: (a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (b) considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem que ser levado em conta; (c) entende que na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; (d) esforça-se para que a escolha do locus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa”.

A amostra é composta por 46 (quarenta e seis) mulheres que pertencem ao Grupo de Monitores de Ação Gerontológica, que consiste em promover o desenvolvimento e a integração social e comunitária das pessoas da terceira idade através da qualificação, estimulando a criação de novos conhecimentos. Esta atividade tem duração de 6 semestres com a frequência de duas aulas semanais. (UFSC, 2004).

O universo trabalhado na pesquisa, ou seja, o número total de pessoas que pertencem ao grupo de Monitores de Ação Gerontológica do NETI é de 210 integrantes

(dados referentes ao 2º semestre do ano de 2004, período em que a coleta de dados foi realizada).

### **5.3. A aproximação**

Inicialmente foi realizado um contato com a coordenação do NETI/UFSC com as finalidades de explicar o objetivo da pesquisa, apresentar a carta de aceite do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, bem como colocar os procedimentos necessários para a realização da coleta de dados.

Primeiramente, a pesquisadora apresentou-se para as participantes, colocando a relevância de pesquisas sobre a AIDS, bem como a proposta do estudo e o esclarecimento de como seriam realizadas as entrevistas. Assim sendo, as mulheres puderam optar livremente por participar do estudo.

Em datas previamente agendadas, foram realizadas visitas às turmas dos grupos de Monitores de Ação Gerontológica para aplicação do instrumento de coleta de dados.

### **5.4. Procedimentos de Coleta de Dados**

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada, em formato escrito, enquanto instrumento para a coleta dos dados. De acordo com Triviños (1987), a entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, junto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante. Desta maneira o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

O roteiro da entrevista (apêndice 1) é composto de perguntas abertas e fechadas (ou estruturadas), contendo questões referentes à prática da sexualidade, ao conhecimento e atitudes sobre a AIDS. O fato de conter perguntas abertas permitiu o acúmulo de um rico material, possibilitando a análise qualitativa. O instrumento foi aplicado coletivamente em 03 (três) turmas dos Monitores de Ação Gerontológica do NETI.

### **5.5. Aspectos Éticos**

As questões éticas se fizeram presentes em todas as etapas da pesquisa, e em especial na relação com as entrevistadas e com o Núcleo de Estudos da Terceira Idade – NETI / UFSC.

A coleta de dados ocorreu mediante a aceitação dos sujeitos em participar da pesquisa e após o cumprimento dos compromissos éticos que a permeiam, tais como a apresentação do documento de “consentimento livre informado”, respeitando seus direitos de participar ou de interromper a sua participação no estudo, a qualquer momento.

E ainda, dentro dos princípios éticos da pesquisa, garantiu-se o anonimato e a privacidade dos sujeitos utilizando-se codinomes, ou seja, letras iniciais fictícias como forma de identificação, respeitando seus valores culturais, religiosos, morais e sociais.

### **5.6. Procedimento de Análise dos Dados**

#### **1º - Ordenação dos dados**

Esta etapa incluiu o mapeamento e tabulação dos dados obtidos no trabalho de campo.

## **2º - Classificação dos dados**

Os dados foram classificados a partir das 03 (três) variáveis que compõem o estudo: sexualidade, conhecimento e atitudes sobre a AIDS.

### ⇒ Sobre Sexualidade

Os dados foram subdivididos em:

- Informações em relação ao sexo para homens e mulheres
- Liberação sexual nos últimos 30 anos
- Satisfação sexual
- Diálogo sobre sexualidade

### ⇒ Sobre o Conhecimento e Atitudes em relação à AIDS

Os dados foram subdivididos em:

- Definição da AIDS
- Meios de obtenção das informações relativas à AIDS
- Formas de Infecção pelo HIV
- Formas de Prevenção da Infecção pelo HIV
- Necessidade da realização do Teste para Detecção do HIV
- Incidência da AIDS em Casais Heterossexuais
- Auto-percepção do risco de infecção pelo HIV
- Necessidade da Utilização do Preservativo no contato sexual

## **3º - Análise Final**

A análise final, capítulo “Apresentação e Discussão dos Resultados”, estabelece articulações entre os dados encontrados no campo e o referencial teórico, a fim de responder às questões decorrentes dos objetivos e das inquietações que motivaram o estudo.

## **6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, serão apresentados e discutidos os resultados encontrados referentes aos sujeitos da pesquisa, às questões sobre sexualidade, ao conhecimento e às atitudes das mulheres entrevistadas sobre a AIDS.

Os resultados sobre a sexualidade referem-se às informações sobre sexo entre os gêneros, à liberação sexual a partir da percepção das mulheres sobre as mudanças ocorridas nas últimas décadas em relação ao tema, à importância da satisfação sexual e ao diálogo sobre sexualidade.

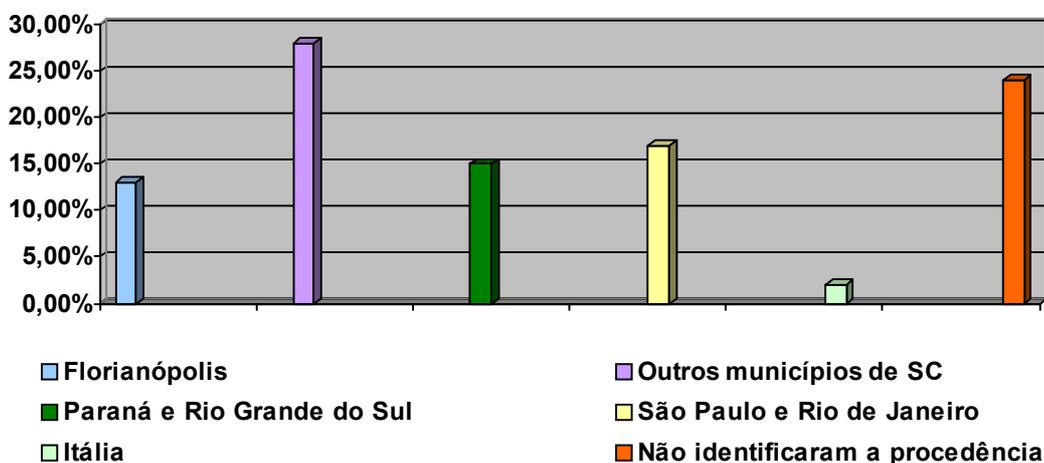
O conhecimento sobre a AIDS será discutido a partir da forma como as mulheres a definem, dos meios pelos quais obtêm informações ao seu respeito, das formas de infecção e prevenção, da necessidade da realização do teste de HIV, da incidência da infecção em casais heterossexuais que estão juntos há muito tempo e/ou que mantêm uma relação fixa e, da percepção do risco de se infectar pelo HIV.

As atitudes frente à doença, referem-se às questões relacionadas à percepção da necessidade da utilização do preservativo no contato sexual, questões estas que são de extrema importância no entendimento da vulnerabilidade das mulheres em relação à infecção pelo HIV.

### **6.1. As Mulheres enquanto Sujeitos da Pesquisa**

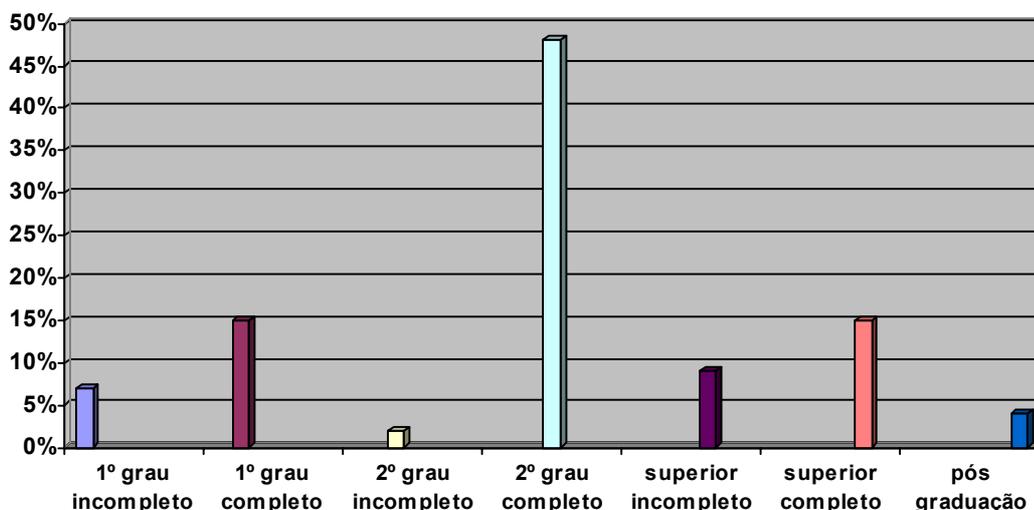
Em relação à idade das mulheres participantes da pesquisa, 74% estão na faixa etária de 50 a 60 anos, 17% de 61 a 70 anos e 9% entre 71 a 80 anos. Quanto à procedência, segundo a figura 1, 28% são do estado de Santa Catarina (exceto a cidade de Florianópolis), 17% dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, 15% dos Estados do Paraná e Rio Grande do Sul, 14% são da cidade de Florianópolis e 2% procedente da Itália. Não identificaram sua procedência 24% das mulheres.

**Figura 1 – Procedência**



Sobre o estado civil evidenciamos que 54% são casadas ou vivem com o companheiro, 26% estão separadas e/ou divorciadas, 11% são viúvas e 9% são solteiras. Como demonstra a Figura 2, percebemos que a maioria das mulheres tem escolaridade acima do 1ª grau, uma vez que 15% concluíram o 1º grau, 48% das mulheres concluíram o 2º grau, 9% apresentam o nível superior incompleto, 15% concluíram o ensino superior e 4% têm pós-graduação.

**Figura 2 – Escolaridade**



Quando investigado sobre a renda familiar, os dados foram analisados segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil, que tem como função estimar o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais” e sim e exclusivamente em classes econômicas. (ANEP, 2003). Sendo assim, a renda familiar da maioria das mulheres encontra-se na classe econômica (C e D) e (B 2 e B1), como demonstra a Tabela 1 a seguir:

**Tabela 1 – Nível Econômico segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil**

<b>C e D</b>	41%	927,00 e 424,00 respectivamente
<b>B2</b>	28%	1.669,00
<b>B1</b>	24%	2.804,00
<b>A2</b>	7%	4.648,00

Quanto ao perfil das mulheres participantes da pesquisa, pode-se afirmar que maioria encontra-se na faixa de 50 a 60 anos. Procedente do Estado de Santa Catarina (Florianópolis e outros municípios). São casadas ou vivem com o companheiro, concluíram o 2º grau e encontram-se principalmente nas classes econômicas denominadas (C e D) e (B2 e B1), isto é, renda entre 927,00 a 2.804,00 reais de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil. O conhecimento do perfil destas mulheres pode contribuir para a compreensão da forma como lidam com a sexualidade, do conhecimento e das atitudes que apresentam frente à AIDS, temas estes que serão abordados nos tópicos seguintes.

## 6.2. Sobre a Sexualidade

A forma pela qual as mulheres lidam com sua sexualidade é bastante importante no entendimento das atitudes que adotam frente à AIDS. Informações sobre sexo, liberação sexual, diálogo sobre sexualidade e satisfação sexual serão temas abordados a seguir.

### 6.2.1. Informações em relação ao sexo para homens e mulheres

Ao serem perguntadas **se as informações em relação ao sexo para homens e mulheres devem ser diferentes**, 78% das mulheres afirmam que as informações relacionadas ao sexo devem ser as mesmas, tanto os homens quanto as mulheres precisam estar bem informados em relação ao sexo, desfrutando da mesma abertura em relação ao assunto. Apenas 15% das entrevistadas defendem a posição de que as informações devem ser diferenciadas, e 7% não responderam. (anexo 2)

Dentre o percentual de mulheres que adotam a posição de que as *informações devem ser as mesmas* para ambos os sexos:

- 41% delas afirmam que *o homem e a mulher devem estar bem informados em relação ao sexo*;
- 20% dizem que *tanto o homem quanto a mulher correm os mesmos riscos e tem as mesmas responsabilidades para com sua saúde sexual, e*;
- 17% afirmam objetivamente que *não deve haver diferença entre os gêneros nesta questão*.

Para as que defendem que deve haver *diferença nas informações* sobre sexo para homens e mulheres:

- 6% dizem objetivamente que *deve ser diferente*;
- 5% afirmam que *deve ser diferente, pois existem diferenças entre os sexos*;

- 2% colocam que *deve ser diferente para não haver excesso de liberdade em relação ao sexo, e;*
- 2% afirmam que *deve ser diferente na adolescência.*

Evidenciamos que a maioria das mulheres adotou a posição de que as informações relacionadas à sexualidade devem ser as mesmas para ambos os sexos, o que aponta para uma possibilidade de ruptura com a concepção que justifica as diferenças entre o homem e a mulher através do determinismo biológico. Com isso, desconstruindo a representação da sexualidade como dada pela natureza e afirmando o caráter social das diferenças baseadas no sexo, como pode ser observado nas falas a seguir:

*“Deve ser a mesma para que todos se valorizem mutuamente”. (QTA)*

*“Bom que seja feita junto para que todos saibam se comportar uns com os outros”. (KJP)*

*“Os dois devem ter conhecimentos e informações positivas para um bom desempenho sexual”. (JUF)*

Apesar disto, para Bandeira (1999), o pensamento ocidental define o que é ser homem e ser mulher como condição natural. Segundo a autora, esta concepção se traduz intensamente na vida cotidiana, exercendo forte influência nas crenças e valores pessoais. Já a análise feminista, surge nos EUA nos anos 70 para afirmar o caráter social das diferenças baseadas no sexo e rejeitar o determinismo biológico que justifica tais diferenças. No Brasil, “em 1979, é organizado o “1º Congresso da Mulher Paulista”, que se repete em 1980. Este período é marcado pelo retorno, do exílio, de muitas mulheres, com formação Feminista. A partir desde período, criam-se grupos de mulheres em todo o Brasil (...)” (Salema Coelho, 2000, p. 61).

De acordo com a análise de gênero, o lugar de submissão da mulher ao longo da história possui causas históricas e sociais, sendo desejável um processo de “libertação” que faça com que a mulher alcance um nível de igualdade em relação ao homem em todos os aspectos de vida. Segundo Petersen (1997, p. 21) “as mudanças que vêm ocorrendo, na sociedade civil brasileira, determinaram que a Constituição de 1998

introduzisse alterações importantes quanto à relação entre homens e mulheres”. Ainda para a autora, a constituição teve como preocupação fundamental, a questão da igualdade como princípio geral. Assim, todos foram considerados iguais perante a lei, sem haver qualquer tipo de distinção (Petersen, 1997).

Ainda dentro do grupo de mulheres na pesquisa que afirmam não haver diferenças entre os gêneros em relação às informações sobre sexo, é importante evidenciar também a questão da prevenção, onde foram atribuídos igualmente ao homem e à mulher os mesmos riscos e responsabilidades para com a sua saúde sexual, como demonstram as afirmações seguintes:

*“Os dois tem que ter os mesmos direitos e deveres”. (MHF)*

*“Acho que deve ser igual, pois todos correm os mesmos riscos”. (LDM)*

*“Todos os sexos tem a mesma preocupação com o vírus da AIDS”. (DXE)*

As mulheres que afirmam essas diferenças “naturais” entre os sexos e se posicionam a favor da necessidade de informações diferentes para o homem e para a mulher, apresentam as seguintes falas a respeito do assunto:

*“As meninas são diferentes dos meninos, até porque elas ficam moçinhas primeiro”... digo diferente para os primeiros ensinamentos”. (RMC)*

*“Porque a mulher é diferente do homem”. (DJO)*

*“Porque o homem tem comportamento diferente... cabeça dura”. (VEG)*

Dentre as mulheres que se posicionam a favor das diferenças entre os sexos, deve-se ressaltar a abordagem sobre a forma igualitária de informação sexual entre os gêneros e sua relação com o excesso de liberdade relacionado ao sexo, o que possivelmente reafirma a posição de determinação biológica entre os gêneros feminino e masculino. Tal posição apóia a crença de que socialmente se deve esperar da mulher uma determinada postura (não impulsiva e naturalmente mais recatada) condizente com a sua ‘natureza’. A fala de FQT a seguir ilustra este posicionamento:

*“Tem que ser diferente, pois a liberdade foi transformada em libertinagem... total liberdade enlouquece”. (FQT)*

Bandeira (1999, p. 183) questiona “por que é tão difícil conceber e principalmente aceitar a idéia que a diferença entre homens e mulheres não é um estado essencial inscrito na biologia e sim uma realidade bio-social que surge das práticas cotidianas, dos costumes, das leis, das religiões, das ciências(...)”. Deve-se refletir também se o fato dessas mulheres pertencerem às gerações permeadas por valores e costumes diferenciados dos atuais, ou seja, mais conservadores, não influenciam por vezes na posição que adotam a respeito da natureza das diferenças entre os gêneros.

### 6.2.2. Liberação sexual nos últimos 30 anos

Quando perguntadas **se nos últimos 30 anos ocorreram mudanças em termos de liberação sexual**, todas as mulheres na pesquisa afirmaram que sim e apontam em suas respostas tanto conseqüências positivas quanto negativas em relação à liberação sexual ocorrida ao longo das últimas décadas. Sendo assim, observou-se um percentual de 90% de citações com aspectos negativos e 50% de citações positivas em relação à liberação sexual. (Apêndice 3)

Das citações que evidenciam *aspectos negativos*:

- 54% afirmam que *hoje vivemos uma liberdade sexual excessiva*;
- 15% se referem à *liberdade excessiva entre jovens e adolescentes*;
- 13% são referentes à *ocorrência de sexo antes do casamento e gravidez precoce*;
- 4% abordam o *uso do preservativo como incentivo à liberação sexual*;
- 2% apontam a *AIDS como resultado da liberdade sexual excessiva*, e;
- 2% enfatizam a *culpa dos pais em relação à liberdade sexual exacerbada*.

E das citações que pontuam *aspectos positivos*:

- 20% afirmam que *hoje se tem maiores informações e esclarecimentos sobre sexo*;
- 15% falam da *maior liberdade encontrada pelas mulheres*;

- 7% referem-se à *maior liberdade da mulher relacionada com o advento da pílula anticoncepcional*;
- 2% citam a *aceitação da homossexualidade*;
- 2% colocam que *hoje os jovens casam-se mais conscientes*;
- 2% afirmam que há *menor preconceito para com a mulher, e*;
- 2% falam da *maior abertura com os filhos para falar sobre sexo*.

As citações, enfocando conseqüências negativas que defendem a liberdade sexual excessiva vivida hoje remetem à questão da influência da cultura de uma época na determinação dos costumes, valores e comportamentos de uma sociedade. Como demonstração tem-se as afirmações a seguir:

*“Houve muita liberação sexual, liberdade em todas as áreas, abertamente em TV, palestras, etc”. (GIR)*

*“Libertinagem, sexo por sexo, desrespeito”. (SVI)*

*“A liberação sexual é muito acentuada. Os valores teriam que ser revistos”. (QTA)*

De acordo com teórico do comportamento como B. F. Skinner (1993, p.389), “o indivíduo adquire do grupo um extenso repertório de *usos e costumes (...)*”. Assim, a cultura exerce o papel de controle sob o comportamento do indivíduo. Os procedimentos, normas, crenças e valores vigentes numa comunidade influenciam diretamente as formas de comportamento apresentadas pelos seus membros.

Estas mudanças também são associadas negativamente à liberdade excessiva entre os jovens e adolescentes, reafirmando a idéia da influência da cultura de uma época na determinação dos costumes, valores e comportamentos de uma sociedade, como demonstram as falas de ZNR, NRD e PRJ a respeito desta questão:

*“Houve grandes mudanças principalmente com os jovens. Pois na minha época era muito reprimida. Os jovens vêem a sexualidade com mais naturalidade”. (ZNR)*

*“Hoje a sexualidade está liberada demais, principalmente entre os adolescentes”. (NRD)*

*“Hoje os jovens querem é ficar, não querem compromisso de verdade”. (PRJ)*

As ocorrências do sexo antes do casamento e da gravidez precoce também são temas abordados, tal como pode ser observado a seguir:

*”As moças como as minhas filhas, uma de 26 e outra de 22, já dormem com os seus namorados na minha casa e nas deles. Antigamente se casava ainda virgem. Hoje isso é novidade”. (RMC)*  
*“Atividade sexual precoce em ambos os sexos”. (APL)*

No Brasil, a incidência de gravidez na adolescência vem aumentando. Embora a taxa de fecundidade tenha baixado nos últimos anos, a fecundidade da população adolescente está aumentando: 18% das adolescentes de 15 a 19 anos já tiveram, pelo menos, uma gravidez. (Gomes, Fonseca e Veiga, 2002).

Quanto ao uso do preservativo, como um incentivo à liberação sexual, tal como é abordado na pesquisa, constitui-se numa questão bastante complexa e alarmante, tendo em vista o aumento do número de casos de infecção pelo HIV nas mulheres heterossexuais com relações estáveis e/ou de longa duração. Tal como pressupõe a Teoria das Atitudes Sociais, este é um preditor negativo de comportamento frente à AIDS, que influencia nas atitudes de prevenção à doença. E ainda, provavelmente denota as crenças e os valores inerentes ao meio cultural vivido por estas mulheres, indo ao encontro da concepção de cultura como comportamento aprendido de um grupo, tal como é concebida pela teoria behaviorista. A afirmação de Skinner (1993, p.389) é esclarecedora: “o indivíduo adquire do grupo um extenso repertório de *usos e costumes*. O que o homem come e bebe, e como o faz, os tipos de comportamento sexual em que se empenha, como constrói uma casa, ou desenha um quadro, rema um barco, os assuntos sobre os quais fala ou cala, a música que compõe, os tipos de relações pessoais que tem, e os tipos que evita – tudo depende em parte dos procedimentos do grupo de que é membro”.

As falas de KJP e ICD traduzem a posição adotada:

*“Pelo fato do sexo ter sido tabu por milênios, a sua liberação, como consequência foi desenfreada e principalmente depois da chegada da AIDS então, o sexo se liberou geral, mesmo porque se deu muita ênfase para o uso de preservativos”. (KJP)*

*“Acho que a própria escola e o governo dão condições para aumentar a libertinagem. Incentivam o uso de camisinha ao invés de falar sobre a importância de valorizar o corpo”*  
(ICD)

A aprendizagem social vivida por estas mulheres em suas gerações possivelmente concebia a mulher de forma bastante diferenciada. O preservativo era algo que não fazia parte das suas práticas sexuais, nem nas relações de casal e muito menos em relações casuais, que eram vistas como proibidas para a mulher, que para ser respeitada não deveria apresentar tal comportamento sexual, sob a condição de encontrar conseqüências aversivas provindas do seu meio social.

A AIDS também é vista como resultado da liberdade sexual excessiva, ou seja, é conseqüência das práticas sexuais descomedidas, forma esta pela qual o sexo é abordado, como se traduz no depoimento de ICD:

*“Acho que muita liberdade sexual é a causa da AIDS avançar, confundiram tudo, liberdade com libertinagem”.* (ICD)

Nas citações que apontam aspectos positivos da liberação sexual, estão as que colocam que hoje se tem maiores informações e esclarecimentos sobre sexo. Afirmam ainda que estas mudanças se relacionam à maior liberdade encontrada pelas mulheres ao lutarem pela igualdade no sexo, nos costumes e na conquista de liberdade. Tais observações possivelmente ocorreram em função de comparações realizadas com gerações em , como mostram as falas a seguir:

*“Acredito que hoje se fale mais sobre a sexualidade, antigamente era mais escondido”.*  
(MQO)

*“Antes existia um tabu em falar de educação sexual. Hoje não, a sociedade já tem mais abertura para falar da AIDS, embora os casos de AIDS na terceira idade estão aumentando”.*  
(IMS)

*“Principalmente as mulheres que lutaram por igualdade no quesito sexual”.* (BCE)

*“As mulheres estão mais liberais, não tem diferença do homem”.* (HLC)

Segundo Petersen (1997, p. 22), “sem dúvida houve um significativo avanço para o gênero feminino, que pode ser constatado no crescimento das oportunidades de educação, na ampliação de espaços no mercado de trabalho, em modificações no âmbito constitucional e jurídico, assim como na ampliação do espaço político das mulheres. Porém, essas mudanças ainda não foram suficientes para superar a desigualdade e a opressão das mulheres construída ao longo da história”.

É relevante ressaltar ainda, dentre as mudanças em termos de liberação sexual percebidas de um ponto de vista positivo, a maior liberdade da mulher relacionada com o advento da pílula anticoncepcional. Este dado refere-se à conquista da mulher em relação ao acesso aos meios que possibilitam a liberdade de escolha e a autonomia em relação ao próprio corpo, tão profundamente valorizada pelo feminismo contemporâneo. Segundo Salema Coelho (2000, p. 30) “As mulheres vêm discutindo o Direito a ter direitos enquanto cidadãs e, entre outros, incluem questões como direitos sexuais, reprodutivos e aborto”. Porém, de acordo com a autora, “há controvérsias entre os direitos conquistados, através da luta das mulheres, no que se refere à concepção e anticoncepção, exemplo disso é que os métodos contraceptivos trouxeram às mulheres condições de definir quando e quantos filhos desejam ter.” (Salema Coelho, 2000, p. 64). A seguir as respostas de MDS e LDM sobre esta questão:

*“Com o advento da pílula a mulher passou a ter uma vida sexual mais ativa, sem medo de engravidar...” (MDS)*

*“Por causa dos anticoncepcionais deram mais liberdade às mulheres para fazer sexo, mas esqueceram das doenças. Só pensam em não ficar grávidas”. (LDM)*

Segundo Simões Barbosa (1999), as pílulas anticoncepcionais foram inicialmente libertadoras da sexualidade feminina. Alguns anos depois, se tornaram problemáticas no sentido das conseqüências adversas para a saúde das mulheres assim como do afastamento definitivo dos homens acerca da responsabilidade sobre a contracepção. Segundo a autora, na luta pelos direitos reprodutivos, houve um entendimento de que ao controlar a sua fertilidade, as mulheres passariam a ter mais poder e direitos em seus relacionamentos afetivos e sexuais. Porém, hoje se constata que esta questão

não é tão simples assim, pois o maior conhecimento sobre a contracepção não significa necessariamente que as mulheres controlem sua fertilidade ou outros aspectos inerentes às suas relações.

Segundo as autoras Barbosa, Villella & Uziel (1995, p. 101), “a necessidade de ampliar a capacidade de proteção feminina em relação às conseqüências indesejáveis da atividade sexual – sendo a gravidez apenas uma delas – é, sem dúvida, uma importante dimensão do problema que a epidemia de AIDS trouxe à tona. Pensar a atividade sexual dentro de um contexto de proteção à saúde, e não mais de reprodução, é na verdade, uma mudança fundamental na perspectiva com que as questões relacionadas á sexualidade foram tratadas até então”.

O menor preconceito para com a mulher também é enfocado na pesquisa como um aspecto positivo. A situação da mulher na sociedade parece estar se alterando consideravelmente como afirmam as autoras Berer & Ray (1997, p. 249), “As mulheres estão num período de tremenda transição – desafiando ideologias que dizem que a biologia é destino, submissão e obediência, lutando e obtendo um número enorme de leis e serviços, tornando-se cada vez mais educadas e assumindo mais trabalhos e profissões – enfrentando injustiça e oposição da parte de instituições e indivíduos”.

As mudanças positivas também são relacionadas com a maior abertura com os filhos para se falar sobre sexo, apontando para a possibilidade de modificações nas relações familiares, em que se tem hoje um diálogo mais aberto e paralelo entre pais e filhos. A comunicação aberta sobre sexo dentro da família reduz o comportamento de risco frente à AIDS. Estudos sobre a sexualidade entre adolescentes demonstram que aqueles cujas mães falaram sobre sexo antes que iniciassem suas atividades sexuais usavam três vezes mais camisinhas que aqueles que não tiveram esse tipo de diálogo. (Brasil, 2005). Segundo Mcintire (2003), o relacionamento entre adolescentes e seus pais é historicamente complicado. Uma das principais razões para esta premissa do relacionamento familiar é a falta de comunicação: o diálogo com os pais geralmente é interrompido. As causas disto podem ser a mudez típica dos adolescentes frente aos adultos ou a inadequação inconsciente por parte dos pais. Pior, a falta de conversa é a porta para inúmeros conflitos entre as duas gerações.

A questão dos jovens hoje se casarem mais conscientes pode ser observada

através desta fala:

*“Todos os jovens casam mais conscientes, experientes quanto à questão sexual”*  
(ADS)

Assim, a experiência sexual parece ser importante, podendo ser um fator facilitador das questões relativas à satisfação sexual dentro do casamento.

A aceitação da homossexualidade também é uma das mudanças vistas como positivas na pesquisa. Esta é uma questão que necessita de análise aprofundada, devido à complexidade inerente ao tema.

### **6.2.3. Sobre a satisfação sexual**

A questão sobre a **satisfação sexual, se esta é fundamental para o sucesso do relacionamento**, se apresentou da seguinte forma: 50% das mulheres afirmam que sim, 43% delas colocam que não e 7% não responderam (Ver apêndice 4).

Para as mulheres que afirmam que a satisfação sexual é fundamental para o sucesso da relação:

- 13% respondem *objetivamente que sim*;
- 11% afirmam que *torna a vida mais divertida e feliz*;
- 9% colocam que sim, *sob a condição de haver amor entre o casal*;
- 9% respondem que é *para que exista realização do homem e da mulher*;
- 2% dizem que *independe de orientação sexual*;
- 2% defendem que *desde que feito dentro dos preceitos da religião*;
- 2% falam que *só se houver confiança entre o casal, e*;
- 2% das mulheres afirmam que estar satisfeita sexualmente na relação *diminui a probabilidade da busca de uma relação extra-conjugal*.

Das que dizem que a satisfação sexual não é fundamental para o sucesso do relacionamento,

- 39% afirmam que o sexo é o complemento e não o principal componente da relação;
- 2% colocam que *primeiramente deve existir amor entre o casal, e;*
- 2% afirmam que o sucesso do relacionamento não depende de satisfação sexual.

As mulheres que vinculam a satisfação sexual ao sentimento de amor trazem à tona a idéia de que sexo e amor são sinônimos. Idéia esta que é reforçada socialmente no universo feminino juntamente à crença de que a manifestação de seus desejos sexuais poderá significar punição. Segundo Simões Barbosa (1999), as mulheres continuam a desejar o amor-companheirismo, a despeito de todas as transformações ocorridas em seu mundo produtivo-reprodutivo". As respostas de ICD, APL e FTS traduzem com clareza a importância do amor para as mulheres na pesquisa:

*"Desde que haja amor o sexo é importante pra mim, é igual doação". (ICD)*

*"É a expressão do amor, auto-estima e saúde em todos os sentidos para ambos". (APL)*

*"É quando existe amor. A sexualidade tem que ser com amor". (FTS)*

Também é enfocada a questão da confiança entre o casal como condição para a existência de satisfação sexual, como se observa através da fala de ZNR:

*"Sim porque para ter satisfação sexual tem que existir esse relacionamento de confiança, de prazer. Caso contrário será apenas uma aventura, daí a frustração. Creio que até os animais para existir essa satisfação plena eles escolhem os parceiros e não simplesmente fazem por fazer". (ZNR)*

É importante salientar que a confiança na relação pode ser responsável pelo abandono da proteção durante a relação sexual. A discussão sobre sexo seguro pressupõe diálogo e confiança mútuos. Em pesquisa realizada por Simões Barbosa (1993), com mulheres de baixa renda, foi constatado que embora as entrevistadas associem em sua maioria o sexo seguro à prevenção de doenças, especialmente à

AIDS, o atribuem à fidelidade do companheiro. Porém, quase não confiam nessa fidelidade. Poucas conseguem discutir com o companheiro. Assim, as mais temerosas agem aconselhando o companheiro a utilizar o preservativo com as “outras”. (Simões Barbosa, 1999)

A questão de que a satisfação sexual entre o casal diminui a probabilidade da busca de uma relação extra-conjugal também é abordada, como demonstra a afirmação de VDS a seguir:

*“Estando satisfeito no lar, a probabilidade de procurar aventuras diminui”. (VDS)*

As mulheres que compartilham a opinião sobre a importância da realização no sexo e afirmam que esta torna a vida mais divertida e feliz, desfazem o estereótipo construído culturalmente de que mulher correta não deve manifestar seus desejos e tem como função apenas agradar o marido. Tal posição é confirmada nestas falas:

*“Porque eu me sinto mais feliz fazendo sexo”. (DJO)*

*“Sim é fundamental. Sem isso o relacionamento fica sem graça”. (CCK)*

A religião e sua relação com a sexualidade também é enfocada no estudo de forma que o sexo deve estar dentro dos preceitos da religião, como observamos na afirmação de GIR:

*“Sim é fundamental, porque quando é feito dentro dos preceitos da criação de Deus, é tudo permitido, mas quando se trata da cabeça do homem não é verdadeiro, é abuso sexual. O sexo deve sempre manter o respeito mútuo, não ‘sem vergonhice’ como ele é feito”. (GIR)*

De acordo com Skinner (1993, p. 392), “à medida que cada indivíduo vem a se conformar com os padrões de conduta, também vem a apoiar o padrão ao aplicar uma classificação semelhante ao comportamento de outros”. É válido salientar que o referido autor também cita algumas formas possíveis de controle da cultura sob o comportamento humano, sendo a religião uma delas. Segundo Salema Coelho (2000), a Igreja relacionou durante muito tempo a mulher ao pecado e à impureza. “Desde que o cristianismo se impôs, como religião, o elemento fundamental e dominante da sua

atitude traduz-se pelo desprezo por tudo o que é carnal, sendo que o desprezo da carne implica em desprezo da sexualidade. Numa sociedade patriarcal estruturada pelos homens, a mulher passa a ser o símbolo da sexualidade”. (Salema Coelho, 2000, p. 41).

A satisfação sexual como fundamental e independente da orientação sexual do casal também se apresenta nos dados. Esta posição adotada representa uma conduta possivelmente adaptada ao meio social vivido atualmente, o que indica a ocorrência de uma reaprendizagem cultural relacionada à questão da homossexualidade, como é demonstrado por MDS:

*“Entre casais sim, não importando se é homossexual ou heterossexual”. (MDS)*

As mulheres que compartilham a opinião de que o sexo não é fundamental para o sucesso do relacionamento e o julgam como um complemento da relação, e não o seu principal componente, explicitam tal posição em falas como:

*“Sim, porque não que o sexo seja tudo em um relacionamento, mas faz parte se você está bem com o companheiro”. (CVM)*

*“Sim é importante, mas é necessário ter sentimento de harmonia, cumplicidade, amor”. (SBM)*

*“Faz parte de um conjunto de fatores, que se harmônicos, indicam um relacionamento satisfatório”. (LCD)*

E a questão do sucesso do relacionamento como independente de satisfação sexual também é abordada por RMC como vemos a seguir:

*“Não, porque muitas vezes não se tem satisfação, mas o relacionamento vai bem”. (RMC)*

Esta posição adotada por algumas mulheres na pesquisa, que defendem que o sucesso do relacionamento independe de satisfação sexual, possivelmente se relaciona à explicação das diferenças entre homens e mulheres através de um determinante biológico que fizesse os homens serem mais sexuados do que as mulheres. Como afirmam Berer & Ray (1997, p. 245), “As mulheres não falam

facilmente de sua capacidade pessoal para o prazer sexual, do que gostam ou não em relação à sexualidade. É necessário ter muita coragem para falar dessas coisas e para ouvir seus parceiros. Muitas vezes é preciso superar a vergonha, a timidez, a insegurança, a falta de confiança ou de experiência”. A crença cultural de que mulher correta não demonstra seus desejos também exerce influência na manutenção desta posição em relação ao sexo.

#### **6.2.4. Diálogo sobre sexualidade**

Ao serem perguntadas **se conversam sobre sexualidade com alguém:**

- 72% das mulheres dizem conversar sobre sexualidade com familiares;
- 26% com amigos;
- 26% com o marido / companheiro;
- 13% com jovens e idosos;
- 7% conversam com profissionais da área da saúde;
- 4% afirmaram conversar, mas não identificaram com quem conversam, e;
- 7% não responderam.

Estes dados demonstram o pequeno percentual de mulheres na pesquisa que diz conversar sobre o assunto com o marido (companheiro), se relacionado com número de mulheres que afirmam conversar com familiares, por exemplo. De acordo com Marodin (1997), com base nos estereótipos de papéis baseados em gênero, cabe à mulher desempenhar a única função de ser uma excelente mãe e dona de casa, visto como um papel opressivo e desqualificante. O homem também sofre consequências destes estereótipos, por serem freqüentemente rotulados como rígidos. Assim, acabam tornando-se estranhos em suas próprias casas e perdendo a possibilidade de relações mais próximas e íntimas com as companheiras. Somado a tudo isto, tem-se a questão da falta de diálogo relacionado ao sexo e sua íntima relação com a negociação do uso do preservativo pelo casal. A discussão do sexo seguro pressupõe diálogo e confiança

mútuos. Em uma cultura que não se discute sexualidade, afeto e prazer, este supõe um acordo silencioso. (Simões Barbosa, 1999)

Outra questão alarmante é o reduzido percentual de mulheres entrevistadas que afirma conversar com profissionais da área saúde, o que sugere um possível despreparo por parte dos profissionais desta área para lidar com esta questão em sua prática profissional. Para Westrupp (1998), falar em sexualidade para a maioria dos profissionais ainda é bastante difícil e “a dificuldade é geralmente reflexo da educação obtida, das tradições e costumes arcaicos, relativos à sexualidade ou ainda da falta de conhecimento e informação, frutos de uma cultura em que falar seriamente de sexo ou sobre a sua sexualidade é “vergonhoso” (Westrupp, 1998, p. 39). Segundo Simões Barbosa (1999), a rápida disseminação da epidemia de HIV / AIDS entre as mulheres no Brasil pode ser relacionada à falta de responsabilidade que perpassa o desenvolvimento de programas integrados de atenção à saúde da mulher no país. A qualidade dos serviços de saúde disponíveis para as mulheres, especialmente no sistema de saúde pública, vem decaindo com o passar dos anos. Ainda segundo a autora, deve haver uma maior integração entre as atividades de prevenção à AIDS e os serviços de saúde da mulher”.

Sobre a sexualidade das mulheres entrevistadas neste estudo, fica perceptível que a maior parte delas adota a posição de que homens e mulheres devem estar bem informados em relação ao sexo, dispondo das mesmas informações, correndo os mesmos riscos e desfrutando da mesma abertura em relação ao assunto.

Com relação à liberação sexual, foi observado um maior percentual de citações que se referem aos aspectos negativos da maior liberdade sexual vivida atualmente, tais como a liberação excessiva no sexo, a ocorrência de sexo antes do casamento, a gravidez precoce, a percepção do preservativo com “incentivo” à liberação sexual, culpa dos pais pela liberação excessiva e a AIDS como resultado da exacerbação sexual. É importante pontuar aqui também as citações com aspectos positivos da maior liberdade sexual que mais se evidenciaram. Elas referem-se às maiores informações e esclarecimentos sobre sexo, bem como à maior liberdade encontrada pelas mulheres.

Sobre a importância da satisfação sexual, observou-se um equilíbrio entre o número de mulheres que afirma ser fundamental e as que não consideram um aspecto demasiadamente importante para o relacionamento entre o casal.

E por fim, referindo-se ao diálogo sobre sexualidade, um elevado percentual de mulheres afirma conversar com familiares. Ressalta-se também o percentual reduzido que afirma conversar com o marido / companheiro e com profissionais da área da saúde.

As informações sobre a sexualidade abordadas neste tópico são de suma importância no entendimento do grau de conhecimento e nas atitudes em relação à AIDS apresentadas por estas mulheres, que serão trabalhados no tópico a seguir.

### **6.3 A Difícil Negociação: Conhecimento e Atitude em Relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS**

O grau de conhecimento sobre a AIDS que as mulheres apresentam na pesquisa, bem como as suas atitudes frente à doença, facilitam o entendimento dos motivos que possam estar favorecendo o aumento da vulnerabilidade na exposição ao HIV pelas mulheres a partir de 50 anos. Sendo assim, a seguir serão apresentados e discutidos os resultados obtidos no estudo sobre conhecimento e atitudes frente à AIDS.

Sobre a **definição da AIDS**, é importante ressaltar inicialmente que 35% das mulheres não responderam. As demais definiram a doença da seguinte forma:

- 57% como *uma doença sexualmente transmissível, perigosa e fatal.*
- 6% como *uma doença relacionada com comportamento sexual, e;*
- 2% como *uma doença que se relaciona com a falta de informação.*

A abordagem dada à AIDS como uma doença sexualmente transmissível, perigosa e fatal, é evidenciada nas falas de FQT, KJP e AFI:

*“É uma doença que só por muita sorte a pessoa se safá”. (FQT)*

*“É uma epidemia apavorante pelo fato que ainda não se encontrou a solução, mas principalmente por ter sido feito muito alarde publicitário em torno dela”. (KJP)*

*“Para mim a AIDS é um grande fantasma. Como eu gostaria de poder ajudar os outros no que fazer contra esse mal”. (AFI)*

Quando considerada uma doença que se relaciona com o comportamento sexual, observamos nas afirmações a seguir:

*“A AIDS é o resultado de um comportamento, como que para mim não vai acontecer, só acontece com o outro”. (CVM)*

*“É uma doença mortífera, uma maneira de conter o uso abusivo do sexo”. (MBF)*

Ao ser abordada desta forma, ou seja, como uma doença que se relaciona com o comportamento sexual visto como abusivo, como demonstram os depoimentos acima citados, se levanta a possibilidade da existência da crença em grupos de risco, tal como se pensava no início da epidemia, em que apenas determinadas categorias tenderiam a apresentar comportamentos excessivos em relação ao sexo. O construto cultural dos estereótipos da mulher boa e da mulher má também exerce influência sobre esta questão, sendo muito mais fácil para a sociedade aceitar que a infecção pelo HIV concentra-se nas profissionais do sexo (Berer & Ray, 1997).

Para Simões Barbosa (1999), a construção social e científica da AIDS, fortemente marcada por representações de classe, raça ou gênero, deu margem a interpretações preconceituosas e equivocadas, que muito dificultaram e dificultam as estratégias de enfrentamento. Inclusive, e, principalmente, a falsa sensação de que, desta vez, as mulheres estavam excluídas. Westrupp (1998, p. 42) afirma que “nos últimos anos, as notificações de casos vêm desvanecendo a idéia de que a AIDS seja considerada uma síndrome específica de grupos de risco. O perfil dos casos de AIDS vem modificando-se e já são significativos e preocupantes os casos notificados de mulheres, identificadas como profissionais “do lar”, contaminadas por via sexual”.

A AIDS percebida como uma doença relacionada com a falta de informação, pode-se observar na afirmação de MQO:

*“É uma doença que pode ser evitada se houver mais esclarecimento”. (MQO)*

Sobre a falta de informação, segundo Martin (2001), apesar de informadas, as pessoas não mudam de comportamento, mesmo com a ameaça da AIDS. Para a autora, a questão fundamental é por que a informação não leva, necessariamente, às desejadas mudanças de comportamento. Ainda com relação a esta questão, Westrupp (1998, p. 42) coloca que “as intervenções comportamentais são essenciais para o controle e a prevenção da AIDS”.

Sendo assim, a exposição ao risco frente à AIDS para as mulheres, portanto, envolve questões tais como a forma pela qual homens e mulheres se relacionam na nossa sociedade, à dinâmica de poder inerente a estas relações e ao imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero.

Ao informarem sobre os **meios de obtenção das informações relativas à AIDS** (Tabela 2), as mulheres ressaltam a influência da televisão como principal veículo de informação sobre a doença, com um elevado percentual de citações (89%).

**Tabela 2 - Meios de Obtenção das Informações relativas à AIDS para as Mulheres Entrevistadas**

Outros	17%
Companheiro	4%
Não responderam	4%
Televisao	89%
Revista	74%
Jornal	65%
Amigos	43%
Rádio	37%
Família	33%
Médico	33%

Segundo Nunes Andrade (2002), o recurso à comunicação de massa é sabidamente o método mais rápido e eficaz de disseminação de idéias e atitudes, o que o torna imprescindível na prevenção da AIDS. Ainda segundo a autora, o uso da televisão está ligado ao consumo de informações e novidades. O método preventivo do *condon*, vulgarmente conhecido como camisinha, é o mais fácil de ser veiculado na imagem. A televisão como principal e mais completo veículo de comunicação, acompanhando a tendência de consumo da 'sociedade pós-industrial', diversificou, em larga medida, o cardápio de produtos vendáveis.

Com relação à família, esta apresenta um baixo percentual de resposta (33%), sugerindo, desta forma, que não exerce o papel de suporte relativo às informações sobre a AIDS. Vale aqui pontuar que este dado leva a uma controvérsia se relacionado ao dado encontrado no item 'Diálogo sobre Sexualidade', apresentado no tópico anterior (Sobre a Sexualidade), em que foi demonstrado que a maioria das mulheres afirma conversar sobre sexo com seus familiares. Esta contradição leva a pensar que a conversa com os familiares supostamente não se refere às questões relacionadas à AIDS.

Em relação ao baixíssimo percentual de respostas que é atribuído ao companheiro (4%), deve-se atentar para a provável falta de diálogo entre os parceiros, fato este evidenciado no Tópico Sexualidade, e é de suma importância para o aumento da incidência da AIDS na população a partir de 50 anos.

É muito importante destacar o baixo percentual atribuído ao profissional da área da saúde (33%), representado aqui pela figura do médico, reforçando o resultado encontrado anteriormente sobre a falta de diálogo sobre sexualidade e conseqüentemente sobre temas afins, entre as entrevistadas e profissionais da área. Sobre este aspecto, Westrupp (1998, p. 47) afirma que "cada um de nós e a sociedade em geral está a exigir respeito à vida, cabendo aos profissionais de saúde constituírem em referenciais para resolver ou amenizar os pontos críticos relativos à AIDS, seus determinantes e conseqüências".

O fato da televisão ter sido o meio de obtenção das informações sobre a AIDS mais citado pelas mulheres é esperado, tendo em vista o domínio que este meio de comunicação exerce sobre os demais.

Quanto ao conhecimento em relação às formas de se infectar com o HIV, em que cada mulher citou mais de uma forma de infecção, encontramos os seguintes resultados:

- 78% das mulheres citaram a *relação sexual sem a utilização de preservativos*
- 79% citaram o *contato com sangue infectado*;
- 4% citaram a *transmissão vertical* (de mãe para filho na gestação);
- 2% citaram a *amamentação*, através do leite materno;
- 2% a *“doação de sangue”* como forma de infecção, e;
- 39% não responderam.

Os percentuais bastante reduzidos para a *transmissão vertical* e a *amamentação*, apontam para uma possível falta de conhecimento sobre estas formas de infecção. Segundo Watts (1997), “a transmissão perinatal pode acontecer no útero, durante o trabalho de parto ou na amamentação. E a amamentação está associada ao aumento do risco de transmissão de 5 a 32% acima do basal anteparto/intraparto e não está recomendada quando existir alguma alternativa segura” (Watts, 1997, p. 101). É importante ressaltar a percepção incorreta da *doação de sangue* como forma de transmissão do vírus HIV e o considerável percentual de 39% de mulheres que não responderam.

Ainda sobre os meios de infecção pelo vírus HIV, em que foram apresentadas opções para serem respondidas pelas mulheres, os índices de resposta ocorreram conforme demonstra a tabela 3, na página seguinte:

**Tabela3 – Conhecimento das entrevistadas  
sobre as formas de infecção pelo vírus HIV**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NÃO SEI</b>
<b>Beijo no rosto</b>	<b>0</b>	<b>89%</b>	<b>11%</b>
<b>Relação sexual vaginal</b>	<b>96%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>
<b>Picada de mosquito</b>	<b>4%</b>	<b>66%</b>	<b>30%</b>
<b>Relação sexual oral</b>	<b>80%</b>	<b>9%</b>	<b>11%</b>
<b>Beijo na boca</b>	<b>17%</b>	<b>57%</b>	<b>26%</b>
<b>Roupas e toalhas</b>	<b>4%</b>	<b>81%</b>	<b>15%</b>
<b>Aperto de mão</b>	<b>2%</b>	<b>85%</b>	<b>13%</b>
<b>Transfusão de sangue</b>	<b>94%</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>
<b>Seringas compartilhadas</b>	<b>96%</b>	<b>0</b>	<b>4%</b>
<b>Relação sexual anal</b>	<b>93%</b>	<b>0</b>	<b>7%</b>
<b>Gravidez / Parto</b>	<b>48%</b>	<b>22%</b>	<b>30%</b>
<b>Utensílios domésticos</b>	<b>4%</b>	<b>72%</b>	<b>24%</b>
<b>Doação de sangue</b>	<b>50%</b>	<b>39%</b>	<b>11%</b>
<b>Amamentação</b>	<b>30%</b>	<b>26%</b>	<b>44%</b>
<b>Praia / Piscina</b>	<b>4%</b>	<b>72%</b>	<b>24%</b>

Fonte: BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil

Assim, de acordo com os dados demonstrados na Tabela 3, deve-se salientar que mais uma vez as formas de infecção – *gravidez / parto, amamentação* e “*doação de sangue*” reafirmaram a falta de conhecimento relacionada a estes itens percebida anteriormente. E ainda, ressaltam-se os itens *beijo na boca* e *picada de mosquito*, vistos incorretamente por uma grande parcela das mulheres como forma de infecção pelo HIV.

Com relação à transmissão vertical e à amamentação, a falta de conhecimento pode estar relacionada aos seguintes fatores: a existência da idéia de grupo de risco, uma vez que, as mulheres grávidas possivelmente estão associadas às relações fixas

e/ou de longa duração pelas entrevistadas e à existência de políticas públicas de informação e esclarecimento deficientes, haja vista a escassez de campanhas abordando estes aspectos na televisão, que se mostrou o principal meio de informações relativas à AIDS para as mulheres.

A *doação de sangue*, o *beijo na boca* e a *picada de mosquito* são percebidos equivocadamente pelas mulheres como formas possíveis de infecção. Além disso, na pergunta estruturada referente às formas de infecção, o elevado índice de não respostas mostra-se bastante relevante para o entendimento do grau de conhecimento dessas mulheres sobre a AIDS, o que possivelmente demonstra completa vulnerabilidade dessas mulheres que optaram por não responder a questão.

Com relação às **formas de prevenção da infecção pelo HIV**, em que foram citadas mais de uma forma de prevenção por mulher, os resultados são os seguintes:

- 48% das mulheres não responderam;
- 44% citaram a *utilização de preservativos durante a relação sexual*;
- 22% citaram a *utilização de seringas descartáveis*;
- 11% citaram a *transfusão com sangue testado*;
- 9% citaram a “*relação monogâmica*” como forma de prevenção, e;
- 4% a “*abstinência sexual*”.

São notáveis os baixos percentuais de citação para as formas corretas de prevenção, tais como a *utilização de preservativos durante a relação sexual*, a *utilização de seringas descartáveis* e a *transfusão com sangue testado*, o que denota possível falta de conhecimento sobre estes meios de se prevenir da AIDS. É importante evidenciar a citação da “*relação monogâmica*” como possível forma de prevenção, que traz à tona as questões da confiança e da fidelidade, evidenciando a vulnerabilidade das mulheres que crêem ser a monogamia uma maneira eficaz de evitar a infecção pelo HIV.

Ao informarem sobre a **necessidade da realização do teste de HIV**, encontramos:

- 98% das mulheres que apontam que o teste deve ser realizado pelas *peças que praticaram sexo sem preservativo com um parceiro cujo passado sexual era desconhecido e por aqueles que receberam transfusão de sangue não testado*;
- 96% delas apontam que o teste deve ser realizado pelos *que fazem uso de drogas injetáveis ou quem tem, ou teve relações sexuais com usuários de drogas injetáveis*;
- 90% delas apontam *quem tem ou teve DST* (doença sexualmente transmissível);
- 85% *quem tem ou teve o companheiro sexual com DST*;
- 65% *as mulheres grávidas, e*;
- 2% não responderam.

O fato das mulheres grávidas receberem o menor número de citações confirma o pressuposto de que a crença em grupos de risco ainda permaneça em algum grau para as mulheres na pesquisa. No entanto, a transmissão do vírus da mãe para o filho é responsável pela maioria dos casos de AIDS em crianças. O tratamento da gestante HIV<sup>+</sup> aumenta em até 70% a chance de o bebê nascer sem o vírus. Por tal razão, o teste para detecção do vírus HIV deve ser feito pelas mulheres grávidas. (Brasil, 2004). Watts (1997, p. 98) afirma que “todas as mulheres grávidas devem receber aconselhamento relacionado aos benefícios e riscos da triagem para o HIV e ser encorajadas a procurar testes sorológicos voluntariamente”.

Sobre o **número de casos de infecção pelo HIV em casais heterossexuais que estão juntos há muito tempo e/ou que mantém uma relação fixa**, 59% das mulheres responderam que o número de casos nestes casais está aumentando. Apenas 2% assinalaram estar diminuindo, 7% responderam não estar havendo mudança e 33% das mulheres assinalaram não saber sobre a situação atual da AIDS neste segmento da população.

O fato de que mais da metade das entrevistadas afirmam corretamente que o número de casos em casais heterossexuais que estão juntos há muito tempo e/ou que mantém uma relação fixa está aumentando, configura uma contradição, uma vez que ao serem perguntadas **se percebem-se em risco de se infectar com o vírus HIV**, a

maioria delas, ou seja, um percentual de 70%, não se percebe em risco de infecção. Com isso, cabe aqui considerar a possibilidade da resposta em relação à incidência de casos nestes casais ter sido emitida sem conhecimento real, ou motivada pela concepção de que o “mundo piorou” como consequência da liberação sexual vivida nas últimas décadas, que como já foi visto, é percebida negativamente pelas mulheres entrevistadas. E ainda, não se pode deixar de considerar a concepção de grupo de risco, que como já foi abordada anteriormente, é responsável pela permanência das crenças equivocadas sobre os riscos de infecção pelo HIV. Segundo Simões Barbosa (1993, p. 421) “Como ensinar prevenção da AIDS para mulheres heterossexuais que não têm noção de risco por desconhecerem as práticas sexuais de seus parceiros e, se tiverem, não têm o poder de mudar a situação? (...) O único meio de a mulher se proteger é dizendo “não”. Esse “não”, porém, é muito difícil de ser falado se a mulher é de baixa renda e tem uma parceria fixa”.

Em relação à **necessidade da utilização do preservativo no contato sexual**, em que cada mulher citou mais de uma forma de relação, o que se evidencia é o baixo percentual atribuído à *relação heterossexual fixa e/ou de longa duração* se comparado aos percentuais atribuídos às outras formas de relação, sugerindo que esta não é vista pelas mulheres como vulnerável à infecção pelo HIV. A seguir os dados encontrados:

- 96% das mulheres citaram que o preservativo deve ser utilizado numa *relação sexual em uma aventura noturna*;
- 93% das mulheres citaram a *relação sexual em um relacionamento aberto (sem compromisso de fidelidade)* como tipo de relação em que o preservativo é necessário;
- 91% citaram esta necessidade numa *relação sexual com profissionais do sexo*;
- 87% citaram numa *relação homossexual*;
- 79% citaram a necessidade do preservativo numa *relação heterossexual fixa e/ou de longa duração*, e;
- 2% das mulheres não responderam.

Segundo Guimarães (1994, p. 224), “quanto ao maior uso da camisinha como medida preventiva para a AIDS, continua extremamente discreto (...) Homens e

mulheres acham-na dispensável em relações conjugais ou uniões consensuais estáveis e consideram-na mais apropriada para relações casuais ou em fase inicial de conhecimento sobretudo como método contraceptivo”. A questão primordial é que a relação dita “estável” não vista como condição para o uso do preservativo para as mulheres deste estudo, pois a possibilidade de infecção é descartada quando há associação de fidelidade e confiança na relação. E ainda, a concepção de relação “estável” é bastante discutível, uma vez que sofre a influência de diversos fatores, tais como idade, grau de envolvimento, influência familiar, história pessoal, dentre muitos outros.

Quando investigamos a relação existente entre a necessidade da utilização do preservativo e o estado civil das mulheres entrevistadas, evidencia-se no subgrupo de mulheres casadas ou que vivem com o companheiro o baixo número de citações existentes para a utilização do preservativo *numa relação heterossexual fixa e/ou de longa duração*, como demonstra a (Tabela 4) a seguir:

**Tabela 4 - Relação entre a Necessidade da Utilização do Preservativo e Estado Civil**

<b>preservativo</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Casada (vive junto)</b>	<b>solteira</b>	<b>separada</b>	<b>viúva</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Relação heterossexual fixa e/ou de longa duração</b>		<b>17</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>36</b>
Relação sexual com profissionais do sexo		22	4	12	4	<b>42</b>
Relação sexual numa aventura noturna		23	4	12	5	<b>44</b>
Relação homossexual		23	3	10	4	<b>40</b>
Relação sexual em um relacionamento aberto (sem compromisso de fidelidade)		22	4	12	5	<b>43</b>
Outras		4	0	3	0	<b>7</b>
<b>Não sei</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>

Assim, na visão das mulheres casadas, os heterossexuais em relações estáveis e/ou de longa duração parecem não estar em risco de se infectar pelo vírus HIV. Enquanto para as entrevistadas solteiras, separadas e viúvas, este risco é considerado, sugerindo que estas o percebem por não se incluírem neste subgrupo (de pessoas que mantém uma relação heterossexual fixa e/ou de longa duração),

passando a olhar a possibilidade de infecção de forma mais distanciada e conseqüentemente mais crítica.

Em relação à mulher solteira, sem promessa de casamento, Guimarães (1994) pontua que também há dificuldade em introduzir a camisinha na relação sexual, pois pode representar um indício de que ela teria uma vida sexual promíscua, o que a tornaria em posição de desvantagem e desvalor. Ainda, o fato das casadas terem sido as que menos citaram a necessidade do preservativo numa relação heterossexual fixa e/ou de longa duração concorda com a visão apresentada, de que é a relação monogâmica de fidelidade a melhor maneira de se evitar a infecção pelo HIV. No entanto, vale considerar que pode ser exatamente este abandono do preservativo que, hoje, expõe as mulheres heterossexuais casadas.

Em relação a essa difícil negociação do uso do preservativo, Guimarães (1994), coloca que a sua utilização como método preventivo para as DST e AIDS envolve alguns critérios e valores associados à saúde, doença e ao relacionamento entre os gêneros, fazendo com que a negociação se torne bastante constrangedora para a mulher, pois traz à tona a idéia de comportamento sexual desviante do modelo monogâmico. Ao pedir que o marido / companheiro o utilize, corre o risco de estar indicando sua desconfiança de que ele tenha uma vida sexual extra-conjugal. Caso o homem concorde em usá-la, estará confirmando suas suspeitas. Outra versão para a solicitação também corre o risco de indicar ao parceiro que a mulher lhe foi sexualmente infiel, podendo ter contraído alguma doença. O que se pode concluir é que ambas as versões se referem à questão da fidelidade e da confiança inerente ao modelo de relação monogâmica, a qual, por determinação histórico-cultural, é mais exigida da mulher.

Ao pedir ou insistir para que o parceiro utilize o preservativo, muitas mulheres receiam colocar em risco a relação, o que significa não só perder status e segurança emocional, mas principalmente o suporte econômico necessário à própria sobrevivência. (Giffin & Hawker, 1999) E ainda, segundo Berer & Ray (1997, p.272) “Quando uma mulher insiste no uso da camisinha para a sua própria segurança, ela contraria a construção da relação sexual como prazer natural do homem e dever natural da mulher”.

Assim, a questão da mulher atribuir ao homem o papel de fornecedor do preservativo denota a idéia de que a atitude contrária representa um comportamento sexual desviante do modelo monogâmico, em que cabe à mulher o papel de mãe e esposa fiel. Sobre a fidelidade feminina, Westrupp (1998, p. 44) coloca que “em todas as sociedades que colocam a fidelidade como princípio de um relacionamento a dois, o fazem visando, sobretudo, o comportamento da mulher e até muito recentemente, a fidelidade parecia um objeto apreendido meramente pela mulher. Apreendido à custa da castração e imposição”.

A importância da confiança no parceiro como motivo para abolir a utilização do preservativo afirma a presença da crença de que uma relação monogâmica deve se apoiar nas ideologias de romance e amor. Assim, esta crença está intimamente ligada ao comportamento de abolir o uso do preservativo na relação sexual, sendo esta uma atitude negativa frente à necessidade de proteção à saúde, ou seja, frente ao risco de se infectar com as DST e a AIDS.

Não se pode deixar de abordar aqui a possibilidade da existência da atitude de não se proteger no ato sexual devido à insistência do parceiro em não utilizar o preservativo. Esta situação é consequência da crença sobre a existência de desejo sexual inato e “incontrolável” do homem e sobre o papel subserviente da mulher. Para Marodin (1997), os valores que permeiam a sociedade tradicional patriarcal contribuíram para formar os pressupostos da organização das famílias tradicionais e, portanto, as relações de casal com características patriarcais. Assim, o homem é colocado em uma posição dominante e a mulher em uma posição subordinada. Para a autora, “essa organização exclui a possibilidade de igualdade e reciprocidade entre os sexos, produz rigidez e polarização, aumentando o poder dos homens e a impotência, a infantilização e a dependência das mulheres” (Marodin, 1997, p.11). Em relação à AIDS, como afirma Simões Barbosa (1993, p. 420) “a epidemia pelo HIV coloca questões cruciais para as mulheres no que diz respeito ao controle sobre seus corpos e suas vidas: para muitas mulheres, o medo de se infectarem com o HIV é menor que o medo de simplesmente sugerirem aos seus parceiros que usem o preservativo”.

As negociações sobre sexo parecem ser mais fáceis no contexto de uma relação não estável para as mulheres aqui estudadas. Segundo Berer & Ray (1997), a

camisinha é uma estratégia para ocasiões em que não está claro se há confiança entre os parceiros.

A “confiança no parceiro” é uma importante questão relacionada às atitudes de prevenção e exposição às situações de risco relacionadas à AIDS. A fidelidade, ao ser encarada como solidificada na relação, abre uma perigosa porta de entrada do HIV na relação do casal, uma vez que a traição não é cogitada para um casal que se ama e tem a chamada relação estável.

De acordo com Stroebe e Stroebe (1995), mesmo encontrando-se em situação de risco, muitas são as razões para que os indivíduos não alterem seus comportamentos de proteção à saúde. No caso das mulheres estudadas, a confiança pode ser uma destas razões, com forte influência para deixar de se proteger, especificamente em relação à AIDS.

Em suma, pode-se dizer: A AIDS é vista como uma doença sexualmente transmissível, perigosa e fatal para a maior parte das entrevistadas; a televisão é o principal meio de obtenção das informações sobre a AIDS; as formas de infecção mais citadas são a relação sexual sem a utilização de preservativo e o contato com sangue infectado; as formas de prevenção mais abordadas foram a utilização de preservativo, de seringas descartáveis e a transfusão com sangue testado; o teste para detecção do HIV é percebido como menos necessário para as mulheres grávidas; mais da metade das mulheres afirmam corretamente que o número de casos de AIDS em casais heterossexuais que estão juntos há muito tempo e/ou que mantém uma relação fixa está aumentando; a maior parte delas não se percebe em risco de se infectar pelo HIV; e, por fim, a relação heterossexual fixa e/ou de longa duração é o tipo de relação menos vista pelas mulheres como vulnerável à infecção pelo vírus HIV e em especial pelas entrevistadas casadas.

## **7. CONSIDERAÇÕES E SUGESTÕES**

Ao considerar as questões sobre sexualidade apresentadas na pesquisa, tal como a posição adotada pela maioria das entrevistadas no sentido de que homens e mulheres devem estar igualmente bem informados em relação ao sexo, dispondo das mesmas informações sobre o assunto, seria relevante investigar se embora conscientes desta necessidade de conhecimento, as entrevistadas realmente dispõem de tais informações. Pois pelo que pode ser observado nos demais dados da pesquisa, existe limitação de conhecimento no que tange às questões relacionadas à AIDS.

O fato das mulheres citarem, em maior número, os aspectos negativos da maior liberdade sexual vivida atualmente levanta a possibilidade de que a manutenção da aprendizagem das antigas regras culturais (mais conservadoras que as atuais) acaba por tornar a mulher da faixa etária trabalhada na pesquisa mais suscetível e vulnerável frente ao HIV.

A existência de mulheres que afirmam que o sucesso da relação independe da satisfação sexual, afirma a possibilidade das mulheres não falarem facilmente sobre o seu prazer sexual devido ao construto da mulher boa e mulher má, inerente ao sistema patriarcal.

Em relação ao diálogo sobre sexualidade com familiares, é preciso investigar se o mesmo não reforça a manutenção de uma visão conservadora, fazendo com que a família compartilhe a mesma percepção da AIDS, como fruto da “liberação sexual”, tendo em vista que os resultados sobre a obtenção de informações sobre a doença mostraram que a família não exerce a função de suporte no que tange às informações sobre HIV e AIDS para as mulheres pesquisadas.

A constatação da ausência de diálogo sobre sexualidade com o marido / companheiro é uma questão alarmante, pois sua necessidade é primordial para não tornar estas mulheres vulneráveis ao HIV.

Quanto à falta de diálogo com profissionais da área da Saúde, possivelmente ocorre forte resistência em tratar com “estranhos” questões sobre sexualidade. Com relação à AIDS, possivelmente não conversam por “não perceberem tal necessidade”. Porém, é de suma importância salientar o papel fundamental do profissional da área da Saúde no controle da epidemia, que se refere ao dever obrigatório de informar e discutir os diferentes tabus, preconceitos e crenças existentes na sociedade que interferem nas atitudes de prevenção à AIDS. E, em concordância com a visão de Simões Barbosa (1999), a deficiência dos serviços de saúde voltados para a mulher, especialmente no sistema de saúde pública, é um agravante da rápida disseminação da epidemia de HIV / AIDS entre as mulheres no Brasil, por não trabalhar a mulher em sua totalidade e não integrar os serviços de saúde da mulher às atividades de prevenção à AIDS.

É preciso considerar, que as informações sobre a AIDS devem abranger todas as questões relacionadas às mensagens transmitidas pela mídia, família, serviços de saúde e sociedade. Esse enfoque de abordagem deve atingir todos os grupos em todas as faixas etárias, devendo, no entanto, focar e atingir com propriedade e eficiência a mulher de idade avançada que mantém uma relação estável e/ou de longa duração.

Deve-se verificar se a abordagem dada à AIDS como uma doença sexualmente transmissível, perigosa e fatal, para a maioria das mulheres entrevistadas, exerce influência na diminuição da exposição às situações de vulnerabilidade vivida por elas.

A falta de percepção da necessidade da utilização do preservativo na relação heterossexual fixa e/ou de longa duração concorda com a percepção da relação monogâmica como forma adequada de prevenção. O preservativo parece ser um acessório necessário sempre para o “outro” na visão das mulheres na pesquisa. Com isso, a “confiança no parceiro” se configura numa importante questão relacionada às atitudes de prevenção e exposição às situações de risco vividas pelas mulheres. A visão da fidelidade como inquestionável na relação abre uma perigosa porta de entrada do HIV na relação do casal, uma vez que a traição não é cogitada para quem se ama e tem a chamada relação estável.

A falta de conhecimento sobre a AIDS referente a algumas questões apresentadas no estudo denota a possibilidade destas mulheres não representarem veículos de informação eficientes. Principalmente se estas tiverem em suas atividades

práticas na Universidade, como Monitoras de Ação Gerontológica, contatos com uma parte da população mais carente e necessitada de informações relacionadas à prevenção da AIDS.

O conhecimento que as mulheres com idade a partir de 50 anos apresentam em relação à AIDS é de suma importância, pois pode ser um fator que exerce influência sobre o aumento da incidência da doença neste segmento da população. E, além disso, apesar do esforço realizado nos últimos anos para divulgar informações sobre o HIV, o nível de conhecimento da população sobre o vírus e a doença ainda não é universal. Porém não se deve desconsiderar que, mesmo que informadas, as pessoas não apresentam atitudes de prevenção em relação à doença. Com isso, deve-se atentar para a forma pela qual homens e mulheres se relacionam na nossa sociedade, à dinâmica de poder inerente a estas relações e ao imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero. Pois, possivelmente, é através do enfoque e abordagem destas questões nas políticas públicas de prevenção e controle da epidemia que se conseguirá atingir com maior êxito a mulher de idade avançada. Como muito bem afirma Sanches (1999), as estratégias de prevenção ao HIV devem desenvolver abordagens mais adequadas a cada grupo específico, pois o que ocorre é que geralmente se organizam predominantemente em torno do repasse de informações sobre o HIV/AIDS e as formas de evitá-lo. Entretanto, sabe-se que fatores sociais interferem no processo saúde-doença.

No caso das mulheres a partir de 50 anos, a AIDS é vista como doença do “outro”, relacionada com o modo de vida, com comportamentos de risco e mais, com a ultrapassada noção de grupos de risco, fazendo com que estas mulheres não se percebam como vulneráveis à infecção pelo HIV, colocando-se fora do alcance e da realidade da epidemia.

Em referência ao papel da mulher na mudança da realidade que hoje se apresenta com relação à AIDS, se faz necessário que passe a ter uma autonomia maior sobre sua vida sexual e reprodutiva. E também importantíssimo que trabalhos sejam feitos com homens, demonstrando-lhes que seu “poder” de decisão é limitado e não deve desconsiderar em hipótese alguma as necessidades, vontades e desejos das mulheres.

Em síntese, sobre os resultados encontrados neste estudo, conclui-se que a falha no conhecimento em relação à AIDS (no que se refere ao teste de HIV na gravidez e à transmissão através da amamentação) e as atitudes de risco frente à doença (que se referem à falta de percepção da necessidade do preservativo e a possível dificuldade de negociação deste com os parceiros) que as mulheres apresentam na pesquisa, decorrem da permanência da concepção de grupos de risco, da dinâmica de poder inerente às relações de gênero em nossa sociedade, bem como da falta da existência de políticas públicas de prevenção à AIDS que atinjam com eficácia este segmento da população, explicitando nitidamente o risco de infecção vivido pelas mulheres que mantêm relações heterossexuais fixas e/ou de longa duração, ou seja, as ditas “relações estáveis”.

Deve ser enfatizada ainda a relevância da continuidade de pesquisas com o grupo estudado, para que sejam ampliadas as considerações sobre as atitudes frente à AIDS apresentadas por estas mulheres e para possibilitar a relação destas com o conhecimento da doença apresentado pelo grupo.

E por fim, faço minhas as palavras de Regina Helena Simões Barbosa

(1999, p. 288):

*“a epidemia da AIDS toca em aspectos essenciais da vida humana: a sexualidade, a moral, as relações de gênero, as relações de poder, as relações com a vida e com a morte. Sem que se trabalhem todas essas temáticas será impossível sensibilizar para as mudanças que o controle da epidemia exige. Se nós, mulheres, fomos capazes de enfrentar e criar alternativas para a prevenção do câncer, para a contracepção, para a gravidez e o aborto, também podemos e devemos nos tornar conhecedoras dos problemas que a AIDS está – e estará cada vez mais – trazendo. Somente assim se poderá enfrentá-la e criar as respostas necessárias à nossa auto-proteção. Esse é mais um desafio que temos de enfrentar. Possivelmente não o último. Certamente, um dos mais graves à nossa saúde e nossas vidas”.*

## **8. REFERÊNCIAS**

ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa – disponível em [www.anep.org.br](http://www.anep.org.br) – acesso em julho de 2003.

BANDEIRA, L. “Relações de gênero, corpo e sexualidade”. In Galvão, Loren e Díaz, Juan (orgs.), Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1999.

BARBOSA, R. M., VILLELA, W. V. & UZIEL, A. P. “Entre a Vontade e a Necessidade: Negociação Sexual em Tempos de AIDS. In: Physis – Revista de Saúde Coletiva, vol.5, nº1, Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.

BAUM, W. M. “Compreender o Behaviorismo – Ciência, Comportamento e Cultura”. Porto Alegre: Artmed, 1999.

BEMFAM. Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. “Análise de Demanda por Ações de Prevenção de HIV/AIDS no Sul do Brasil”. Rio de Janeiro, 2003.

BERER, M. E RAY, S. “Mulheres e HIV/ AIDS”. São Paulo: Brasiliense, 1997.

BORDO, S. R. & JAGGAR, A. M. “Gênero, Corpo e Conhecimento”. Coleção Gênero. São Paulo: Rosa dos Tempos, 1997.

BRAGHIROLI, E. M. Et al. “Psicologia Geral”. Porto Alegre: Vozes, 1990.

BRASIL, disponível em [www.AIDS.gov.br](http://www.AIDS.gov.br) – acesso em dezembro de 2004.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – Brasília: disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) – acesso em julho/2000.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – Brasília: disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) – acesso em julho/2002.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – Brasília: disponível em <http://www.ibge.gov.br> - acesso em janeiro de 2005.

BRASIL. SINAN, disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) – acesso em outubro/2002.

BRASIL. SINAN, disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) – acesso em Abril/2003.

BRASIL. SINAN, disponível em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) – acesso em Maio/2005.

CACHIONI, M. “Quem Educa os Idosos? – Um Estudo sobre Professores de Universidades da Terceira Idade”. Campinas, Editora Alínea, 2003.

CAMPOS, R. C. P. “AIDS: Trajetórias Afetivo-Sexuais das Mulheres” In: BRUSCHINI, C. & HOLLANDA, H. B.(orgs.) “Horizontes Plurais – Novos Estudos de Gênero no Brasil”. Rio de Janeiro: FGV – Editora 34, 1998.

CORREA, S. “Saúde Reprodutiva”, Gênero e Sexualidade: Legitimação e Novas Interrogações”. In: “Questões da Saúde Reprodutiva”. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

CRUZ, E. F. e BRITO, N. “Fios da Vida – Tecendo o Feminino em Tempos de AIDS”. GIV/SP – Grupo de Incentivo à Vida – Coordenação Nacional de DST/ AIDS – Ministério da Saúde do Brasil, 1999.

CRUZ, F. B. J., SHEIDT, P. R., SCHERER, A. S. e VARGAS, W. “Uma Proposta Multiprofissional de Educação para o Envelhecimento Saudável”. Monografia. Pós-graduação – Especialização em Gerontologia. Núcleo de Estudos da Terceira Idade-NETI. Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Florianópolis, 2001.

DIOKNO A. C. et al. "Sexual Function in the Elderly". Arch Intern Med. 1990, 150: 197-200.

FERRAZ, E. A. "Análise de Demanda por Ações de Prevenção de HIV/AIDS no Sul do Brasil": Profissionais do Sexo. Rio de Janeiro: BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 2003.

FOUCAULT, M. "Microfísica do Poder". Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREITAS, E. V. et al. "AIDS no Idoso". In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.578-586.

GALVÃO, J. (ORGS.) Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil. ABIA: IMS/ UERJ - Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.

\_\_\_\_\_. "AIDS no Brasil – A agenda de Construção de uma Epidemia". ABIA/ Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

GALVÃO, L. e DÍAZ, J. "Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil". São Paulo: Hucitec, 1999.

GIFFIN, K., HAWKER, S. (ORGS.). "Questões da Saúde Reprodutiva". Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GIL, A. C. "Métodos e Técnicas de Pesquisa Social". São Paulo: Atlas, 1995.

GOMES, R. FONSECA, E. M. G. O & VEIGA, A. J. M. O. "A Visão da Pediatria Acerca da Gravidez na Adolescência: Um Estudo Bibliográfico". Rev. Latino-americana de Enfermagem, 2002, maio-junho; 10(3): 408-14

GONÇALVES, L. H. T., SANTOS, L. L. C. & SILVA, Y. F. “Ser ou Estar Saudável na Velhice”. Revista Texto e Contexto de Enfermagem, v.01, no 02, p. 100-113, Florianópolis: UFSC, Julho/Dez, 1992.

GUIMARÃES, C. D. “Mulheres, Homens e AIDS: O Visível e o Invisível”. In: PARKER, R., BASTOS, C., GALVÃO, J. & PEDROSA, J. “A AIDS no Brasil”. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

KALCKMANN, S. “Métodos de Barreira Controlados pela a mulher”. In: “Questões da Saúde Reprodutiva”. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

KILBY, J. M. & SAAG, M. S. “Patogênese da Infecção pelo HIV”. In: POWDERLY, W. G. “Manual de Terapêutica de HIV”. Porto Alegre, 1997.

LEMOS, E. H. ; SCHULZE, C. M. N. & GONÇALVES, L. H. T. “Atitudes de mulheres na terceira idade frente à sua sexualidade: narrativas de clientes no Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário – UFSC”. Florianópolis, 2001. [130] f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Hu

LOYOLA, M. A. (Org.). “AIDS e Sexualidade: O Ponto de Vista da Ciências Humanas”. Rio de Janeiro: Relume-Dumará-UERJ, 1994.

MANN, J; TARANTOLA, DJM; NETTER, TW. “AIDS in the World”. Harvard University Press, USA, 1992.

MARODIN, M. “As Relações entre o Homem e a Mulher na Atualidade”. In: STREY, M. N. (Org). “Mulher – Estudos de Gênero”. São Leopoldo: Editora UNISINOS, 1997.

MARTIN, D. “Informação e Comportamento” – O Exemplo da AIDS”. Departamento de Psiquiatria da Unifesp / EPM. São Paulo: [www.unifesp.br/dpsiq](http://www.unifesp.br/dpsiq)

MCINTIRE, R. "Adolescentes e Pais". São Paulo: M.Books, 1993.

MENDONÇA JORGE, M. "Envelhecimento – Perdas e Ganhos". Cadernos de Psicologia, PUC-MG, v.3, n.4, p. 73-76, dez. 95.

MINAYO, M. C. S. (Org). "Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade". Petrópolis: Vozes, 10ª ed. 1998.

MINAYO, M. C. S. "O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde". São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2000.

MYERS, D, G. "Psicologia Social". Rio de Janeiro: LTC, 2000.

MUNDY, L. M. & FRASER, V. J. "Temas Relacionados à Mulher". In: POWDERLY, W. G. "Manual de Terapêutica de HIV". Porto Alegre, 1997.

NERI, A. L. (Org). "Psicologia do Envelhecimento". Campinas: Papyrus, 1995.

NERI, A L. "Palavras-Chave em Gerontologia". Alínea, Campinas 2001.

NOGUEIRA, G. "Começar de Novo – Idosos encontram nas Universidades da Terceira Idade um meio para a realização de antigos sonhos". Editora Segmento, Revista Ensino Superior – ano5, nº54, março 2003.

NOVAES, M. H. "Psicologia da Terceira Idade: Conquistas Possíveis e Rupturas Necessárias". Rio de Janeiro: Nau, 2000.

NUNES ANDRADE, R. G. "A Negação da doença das Campanhas Televisivas contra a AIDS" . Rio de Janeiro, UERJ, 2002.

OLTRAMARI, L. C. Representações sociais de profissionais do sexo da Região Metropolitana de Florianópolis sobre prevenção da AIDS E DSTs. Florianópolis, 2001. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

PAIVA, V., LATORRE, M. R., GRAVATO, N. & LACERDA, R. "Sexualidade de Mulheres Vivendo com HIV / AIDS em São Paulo". Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6): 1609-1620, nov-dez, 2002.

PAPALÉO NETTO, M. "Gerontologia". Ateneu, São Paulo, 1996.

PARKER, R. "A Construção da Solidariedade – AIDS, Sexualidade e política no Brasil". ABIA/ Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

PARKER, R. & BARBOSA, R. M. (Orgs). "Sexualidades Brasileiras". Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1996.

PARKER, R. E GALVÃO, J. (Orgs). "Quebrando o Silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil". ABIA/ Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996.

PETERSEN, A. T. "Homens e Mulheres: Enfim as Desigualdades estão acabando?" In: STREY, M. N. (Org). "Mulher – Estudos de Gênero". São Leopoldo: Editora UNISINOS, 1997.

POWDERLY, W. G. "Manual de Terapêutica de HIV". Porto Alegre, 1997.

QUINTEIRO, M. C. "Razão e Emoção da União Conjugal". São Paulo: Núcleo de Estudos da População – NEPO/UNICAMP, 1993. Texto NEPO n. 27. 73p.

RODRIGUES, A. "Psicologia Social". Petrópolis: Vozes, 1994.

SALEMA COELHO, E.B. "A Enfermagem e o Planejamento Familiar: As Interfaces da Contracepção". Tese de Doutorado. Florianópolis. Departamento de Enfermagem / UFSC: 2000.

SANCHES, K. "A AIDS e as Mulheres Jovens: Uma questão de Vulnerabilidade". Tese de doutorado. ENSP/ Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999.

SANTOS, I. M. M., MATOS, M. A. B., SANTOS, M. F. & SILVA, M. R.,. "Perfil da AIDS em Indivíduos Acima de 50 Anos". Revista Texto e Contexto – Enfermagem UFSC, vol. 6, nº2, maio/ agosto 1997.

SIMÕES BARBOSA, R. H. "AIDS, Gênero e Reprodução". Revista Estudos Feministas V. 1 n. 2 – CFH / UFSC – Florianópolis, 1993.

SIMÕES BARBOSA, R. H. "AIDS e Saúde Reprodutiva: Novos Desafios". In: GIFFIN, K., HAWKER, S. (ORGS.). "Questões da Saúde Reprodutiva". Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SIMÕES BARBOSA, R. H. "AIDS e Gênero: As Mulheres de uma Comunidade Favelada. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. Ensp / Fiocruz, 1993.

SIMÕES BARBOSA, R. H., VERMELHO, L. L. & NOGUEIRA, S. A. : "Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco". Cadernos de Saúde Pública v.15 n.2 Rio de Janeiro, abr./jun. 1999.

SKINNER, B, F. "Ciência e Comportamento Humano". São Paulo: Martins Fontes, 1993. 8ª ed. Brasileira.

STREY, M. N. (Org). "Mulher – Estudos de Gênero". São Leopoldo: Editora UNISINOS, 1997.

STROEBE, W. e STROEBE, M. S. "Psicologia Social e Saúde". Lisboa: Instituto Piaget, 1995.

TELES, M. A. A. "Breve História do Feminismo no Brasil". São Paulo: Brasiliense, 1999.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas, 1987.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Núcleo de Estudos da Terceira Idade – NETI. Florianópolis: [www.neti.ufsc.br](http://www.neti.ufsc.br) – acesso em outubro/2004.

WATTS, D. H. "HIV em Mulheres Grávidas". In: POWDERLY, W. G. "Manual de Terapêutica de HIV". Porto Alegre, 1997.

WESTRUPP, M. H. B. "Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV : contribuições acerca da cadeia epidemiológica da transmissão do HIV/AIDS". Florianópolis, 1997. 174f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

WESTRUPP, M. H. B. "Os (Con)Viventes com o HIV: Das Práticas Sexuais aos Enfrentamentos com os Parceiros Infectados". Pelotas: UFPEL - Editora Universitária, 1998.

## 9. APÊNDICES

## APÊNDICE 1



### FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE

### DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

fone: 331-9388 e-mail: [spb@repensul.ufsc.br](mailto:spb@repensul.ufsc.br)

Código

### PARTE I

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Procedência: \_\_\_\_\_
3. Escolaridade: ( )1º grau completo ( )1º grau incompleto  
( )2º grau completo ( )2º grau incompleto  
( )superior ( )superior incompleto  
( )pós-graduação
4. Estado Civil: \_\_\_\_\_
5. Por favor, preencha os campos abaixo, indicando o número de itens que você possui em sua casa:

Item	Não tem	Tem (quantos?)
TV em cores		
Rádio		
Banheiro		
Automóvel		
Empregada mensalista		
Aspirador de pó		
Máquina de lavar		
Videocassete e/ ou DVD		
Geladeira		

Fonte: ANEP - Critério de classificação Econômica Brasil

6. Você percebe alguma mudança em sua vida após ter entrado na Universidade?  
( ) sim      ( ) não  
Caso sim. Quais?
7. Você acha que a educação sexual de homens e mulheres tem que ser diferente?  
Por quê?
8. Em sua opinião, nos últimos 30 anos ocorreram mudanças na sociedade em termos de liberação sexual? Caso sim, quais?
9. Você conversa sobre sexualidade com alguém? Caso sim, com quem?
10. Para você, a satisfação sexual é fundamental para o sucesso do relacionamento?  
Por quê?

## PARTE II

1. O que é a AIDS para você?
2. As informações relativas à AIDS que você adquiriu foram obtidas:  
( ) família    ( ) médico    ( ) amigos    ( ) companheiro  
( ) TV        ( ) jornal    ( ) rádio    ( ) revistas  
( ) outros
3. Você saberia dizer quais são as formas de se infectar com o vírus HIV?
4. Você conhece as maneiras de se prevenir da contaminação pelo HIV?

5. Uma pessoa pode se infectar pelo HIV/AIDS por meio de:

	<b>sim</b>	<b>não</b>	<b>não sei</b>
<b>Beijo no rosto</b>			
<b>Relação sexual vaginal</b>			
<b>Picada de mosquito</b>			
<b>Relação sexual oral</b>			
<b>Beijo na boca</b>			
<b>Roupas e toalhas</b>			
<b>Aperto de mão</b>			
<b>Transfusão de sangue</b>			
<b>Seringas compartilhadas</b>			
<b>Relação sexual anal</b>			
<b>Gravidez / Parto</b>			
<b>Utensílios domésticos</b>			
<b>Doação de sangue</b>			
<b>Amamentação</b>			
<b>Praia / Piscina</b>			

Fonte: BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil

6. O uso do preservativo é necessário quando?

- ( ) relação heterossexual (entre homem e mulher) fixa e/ou de longa duração
- ( ) relação sexual com profissionais do sexo
- ( ) relação sexual numa aventura noturna
- ( ) relação homossexual (entre pessoas do mesmo sexo)
- ( ) relação sexual em um relacionamento aberto (sem compromisso de fidelidade)
- ( ) outros

7. Quem deve pensar em fazer o teste de HIV?

- quem tem ou teve uma DST (doença sexualmente transmissível)
- quem tem ou teve o(a) companheiro(a) sexual com uma DST
- as mulheres grávidas
- quem faz uso de drogas injetáveis ou que tem, ou teve, relações sexuais com usuários de drogas injetáveis
- quem recebeu transfusão de sangue não testado
- quem praticou sexo sem preservativo com um parceiro, cujo passado sexual era desconhecido
- não sei

8. É possível uma pessoa apresentar uma aparência saudável e estar infectada pelo vírus HIV?

- sim     não     não sei

9. Você conhece alguma pessoa que tenha HIV ou que tenha morrido de AIDS?

10. O número de casos de infecção pelo vírus HIV em casais heterossexuais (homem e mulher) que estão juntos há muito tempo e/ou que mantêm uma relação fixa estão:

- aumentando     diminuindo     igual     não sei

11. Você se sente em risco de se infectar com o vírus HIV?

## **APÊNDICE 2**

**Se as informações em relação ao sexo para homens e mulheres devem ser diferentes**

<b>A “educação sexual” de homens e mulheres deve ser diferente?</b>	<b>Percentual de Entrevistadas</b>
Não, e o homem e a mulher devem estar bem informados em relação ao sexo.	41%
Não, e tanto o homem quanto a mulher correm os mesmos riscos e tem as mesmas responsabilidades para com sua saúde sexual.	20%
Não deve ser diferente	17%
<b>NÃO DEVE SER DIFERENTE</b>	<b>78%</b>
Sim, deve ser diferente.	6%
Sim, deve ser diferente, pois existem diferenças entre os sexos.	5%
Sim, deve ser diferente na adolescência.	2%
Sim, deve ser diferente para não haver excesso de liberdade em relação ao sexo.	2%
<b>DEVE SER DIFERENTE</b>	<b>15%</b>
Não responderam.	7%

### **APÊNDICE 3**

#### **Mudanças sobre Liberação Sexual Ocorridas nos Últimos 30 Anos para as Mulheres**

<b><i>Nos últimos 30 anos ocorreram mudanças em termos de liberação sexual?</i></b>	<b>Percentual de citações</b>
<b>SIM.</b>	<b>11%</b>
Sim, hoje vivemos uma liberdade sexual excessiva.	54%
Sim, liberdade excessiva entre jovens e adolescentes.	15%
Sim, ocorrência de sexo antes do casamento e gravidez precoce.	13%
Sim, o uso do preservativo como incentivo à liberação sexual.	4%
Sim, a AIDS como resultado da liberdade sexual excessiva.	2%
Sim, culpa dos pais em relação à liberdade sexual excessiva.	2%
<b>ASPECTOS NEGATIVOS</b>	<b>90%</b>
Sim, hoje se tem maiores informações e esclarecimentos sobre sexo.	20%
Sim, maior liberdade encontrada pelas mulheres.	15%
Sim, maior liberdade da mulher relacionada com o advento da pílula anticoncepcional.	7%
Sim, a aceitação da homossexualidade.	2%
Sim, jovens casam-se mais conscientes.	2%
Sim, menor preconceito para com a mulher.	2%
Sim, maior abertura com os filhos para falar sobre sexo.	2%
<b>ASPECTOS POSITIVOS</b>	<b>50%</b>

## **APÊNDICE 4**

### **Importância da satisfação sexual para as mulheres**

<b><i>Satisfação sexual é fundamental para o sucesso do relacionamento?</i></b>	<b>Percentual de entrevistadas</b>
Sim.	13%
Sim, pois torna a vida mais divertida e feliz.	11%
Sim, para que exista realização do homem e da mulher.	9%
Sim, sob a condição de haver amor entre o casal.	9%
Sim, pois diminui a probabilidade da busca de uma relação extra-conjugal.	2%
Sim, se houver confiança entre o casal.	2%
Sim, desde que feito dentro dos preceitos da religião.	2%
Sim, e independe de orientação sexual.	2%
<b>SIM</b>	<b>50%</b>
Não, pois sexo é o complemento e não o principal componente da relação.	39%
Não, pois primeiramente deve existir amor entre o casal.	2%
Não, pois o sucesso do relacionamento não depende de satisfação sexual.	2%
<b>NÃO</b>	<b>43%</b>
Não responderam.	<b>7%</b>

## **APÊNDICE 5**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

Meu nome é **Alessandra d'Avila Scherer** e estou desenvolvendo a pesquisa **“Conhecimento e Atitudes de Mulheres sobre AIDS”**, com o objetivo de identificar a percepção de mulheres, acima de 50 anos, sobre a relação existente na tríade MULHER-SEXUALIDADE-AIDS.

A pesquisa não trará riscos ou desconfortos para as participantes, e esperamos poder contribuir no sentido de oferecer subsídios para políticas públicas e indicações para ações de prevenção voltadas para este segmento da população. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (48) 99115766. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho.

Pesquisador Principal: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecida sobre a pesquisa **“Conhecimento e Atitudes de Mulheres sobre AIDS”** e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_