



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM



CARTILHA EDUCACIONAL SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA
IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS

RECIFE

2024

MARIA AMANDA LIMA BATISTA

**CARTILHA EDUCACIONAL SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA
IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar.

Orientador: Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo.

RECIFE
2024

MARIA AMANDA LIMA BATISTA

**CARTILHA EDUCACIONAL SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA
IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em: 28/02/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araujo (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr.^a Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos Morais (Examinadora interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^ª. Dr.^a Josueida de Carvalho Sousa (Examinadora externa)
Universidade Católica de Pernambuco

Prof^ª. Dr.^a Analucia de Lucena Torres (Examinadora externa)
Universidade Federal de Pernambuco

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus, aos meus Orixás e à Jurema Sagrada, meus zelosos guardiões!

À minha avó, Severina e ao meu avô, Natanael, pessoas que mais acreditam e torcem por mim.

Meu vô, ainda que tenha partido para outro plano da existência espiritual, estou ciente de sua alegria em me acompanhar em cada conquista. O senhor está comigo, eu sinto e vibro por isso.

À minha irmã gêmea, de coração valente e guerreiro, Alice. Compartilhamos Iansã, como nossa Orixá de frente. Nosso elo transcende a biologia, minha irmã. É espiritual.

Ao meu pai, Alexandre e a minha tia, Micheline. Vocês estão marcados em muitas das minhas melhores lembranças da infância. Ao meu filho, Sadan. Sua existência me deu forças, o seu amor me tornou uma pessoa melhor.

Dedico a todas as mulheres que vieram antes de mim. Honro e reverencio as minhas ancestrais, pela sabedoria e bravura!

Eu sou, porque nós somos! (Filosofia Ubuntu).

Vencemos, vencemos!

AGRADECIMENTOS

Aos meus Orixás — meus guias — Iansã, Oxalá e Ogum.

À Jurema Sagrada pela sua ciência. Aos meus Mestres, Caboclos, Èsù e Pomba-Gira. Salve a Jurema Sagrada!

A força, a calma e a valentia, para trilhar todo o Curso de Mestrado, foram permissões d’Eles. Nos momentos de desesperança, foram Eles que firmaram a minha cabeça e me mostraram que o que tiver que ser meu, com muito esforço, eu conquistaria.

Ao meu porto seguro, meu esteio e amparo, minha família. Minha integridade e honestidade vieram de cada um, com muito ensinamento e batalha.

A todos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) pela acolhida e pelo suporte.

Aos membros das bancas examinadoras: desde a qualificação, passando pela pré-banca e defesa, pelas valiosas contribuições e sugestões no aprimoramento deste estudo.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo. Tê-lo durante o Curso foi um presente. Para mim, nada é por acaso, e ter sido escolhida para ser orientanda dele também não seria.

Às mulheres negras do Terreiro de Culto Afro-Brasileiro Ilê Axé Oxum Ipondá, da cidade de Olinda–PE, Nordeste do Brasil, pela valiosa participação neste estudo.

Aos juízes expertises que se disponibilizaram em participar deste estudo, avaliando e tecendo sugestões para o aprimoramento da Cartilha Educacional << Prevenção combinada do HIV para pessoas idosas negras do Ilê >>. Em especial, agradeço a Prof.^a Dr.^a Betinha (Elizabeth) Cordeiro Fernandes. As suas palavras: “Vá em frente, brilhar com Iansã, fazer o bem maior, dedicar-se às pessoas”, deram-me esperança da concretização de um sonho, a conclusão do Mestrado.

Ao Prefeito do Município das Vertentes–PE, Romero Leal, por ser a primeira pessoa da Gestão que me ajudou consentindo a minha ida às aulas, sem prejuízo ao posto de trabalho. Sou grata, principalmente, à coordenadora da Atenção Básica, Valéria Aleixo; a Dagmar Lins e Dona Fátima, Coordenadora de Enfermagem e Coordenadora da Policlínica, respectivamente, lotadas na Policlínica Dr. Benjamim Bezerra. A sororidade e a compreensão de que aquela ausência do meu setor, em determinados dias, reforçaram, em mim, o ideário de que a força da união entre mulheres nos impulsiona a altos voos.

Ao setor de transporte do município, em nome do Sr. Lenildo e aos motoristas da Prefeitura das Vertentes–PE, Seu. Beto e Seu Manoel. Durante todo o Curso, eu me deslocava com eles,

ainda na madrugada, para ir assistir às aulas e cumprir com as demais atividades acadêmicas inerentes à minha formação de Mestra em Enfermagem.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa CNPq/UFPE << Enfermagem e Saúde Integral à Diversidade Sexual e Identidade de Gênero >>, e da Liga Acadêmica de Enfermagem, Gênero & Diversidade (LAENFGD) pelos encontros de compartilhamento de saberes e aprendizagens.

Às docentes (Prof.^a Tatiana Guedes, Prof.^a Wanderleya e Prof.^a Weslla) e colegas de turma da disciplina de Grupos de Estudo na Investigação Científica, pelas contribuições na análise da relevância, pertinência e a viabilidade do projeto de dissertação.

À minha amiga Suzete, o meu grande agradecimento. Nos momentos mais difíceis, em conciliar estudos e trabalho, foi quem mais me apoiou e auxiliou neste processo

Aos meus amigos, Breno, Kadja e Milka e demais. O suporte e o carinho delas tornaram o Mestrado mais leve.

Por fim, mas de maneira alguma, menos importante, agradeço, infinitamente, a Yalorixá Mãe Iná de Oxum e todos os irmãos do Ilê Axé Oxum Ipondá, sobretudo, as entrevistadas que compuseram este estudo.

*“Tantas batalhas venci,
Muitas ainda vou enfrentar,
Muitas vezes vou cair,
Mas sempre vou levantar.*

*Meu escudo é minha fé,
Minha espada é o Orixá,
Tenho meu corpo fechado,
Nas rezas do Jacutá.*

*Quando eu caí, meu pai Ogum me levantou,
Quando eu sofri, mamãe Oxum me amparou,
Me vi perdido, Exu veio me guiar,
Estava com fome, Oxóssi me ensinou caçar.*

*Fui humilhado, e Xangô me defendeu,
Fui perseguido, Oyá com os ventos me escondeu,
Cai doente, Omulu quem me curou,
Estava sujo, Iemanjá quem me banhou.*

*Eu vi a morte, mas Nanã lhe afastou,
Cuidou de mim e o meu pranto ela secou,
Desesperado, vi minha fé vacilar,
Fui renovado com as palavras de Oxalá.*

*Se eu fosse só, já não estaria mais aqui,
Meu Orixá, quem me ajudou a persistir,
Na noite escura, nos caminhos me guiou,
E na Umbanda eu retribuo seu amor”.*

(Se Eu Fosse Só — Puro Axé)

RESUMO

Objetivou-se com esse estudo construir uma cartilha educacional validada sobre prevenção combinada do HIV para as idosas negras de religiões de matrizes africanas. Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico, fundamentado Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e da Política Nacional do Idoso, a partir das seguintes etapas: a) Revisão Integrativa da Literatura para fundamentar o conteúdo da cartilha educacional; b) estudo qualitativo, exploratório e descritivo com as idosas negras sobre preservativos e gel lubrificante como estratégias da prevenção combinada do HIV; c) construção da cartilha educacional; d) realização da avaliação de conteúdo, semântica e aparência da cartilha junto aos juízes especialistas; e) realização da avaliação de conteúdo, semântica e aparência com as participantes do estudo. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2023, com cinco mulheres idosas negras do Terreiro de Culto Afro-Brasileiro Ilê Axé Oxum Ipondá. Empregou-se a técnica de entrevista semiestruturada individual com roteiro semiestruturado, com uso de um gravador; em seguida, procedeu-se com a análise das entrevistas transcritas, empregando a Técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática Categorial, pela operacionalização das seguintes etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material e, 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação, que fomentou a definição de quatro categorias temáticas: Categoria 1 - Entendimento da importância e adesão ao preservativo peniano e vaginal e gel lubrificante; Categoria 2 - O acesso à informação sobre o sexo seguro; Categoria 3 - Os métodos de barreira para as ISTs/HIV/aids; e Categoria 4 - Prevenção Combinada do HIV. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos sob o N. CAAE 70872723.2.0000.5208. A partir dos resultados da Revisão Integrativa da Literatura, da análise das falas que emergiram as categorias analíticas do estudo qualitativo, da fundamentação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e da Política Nacional do Idoso, a cartilha educacional foi construída, sequenciando o processo de avaliação pelos juízes que evidenciou o cálculo final do IVC de nível de concordância alto (0,96), assim como pelas participantes do estudo, (1,0), com pontuação máxima em todos os itens avaliados. Assim, a cartilha foi considerada uma ferramenta validada pelos juízes e pelas idosas negras quanto ao conteúdo, a semântica e aparência, endossando o seu uso para fins educacionais acerca do uso de preservativos e gel lubrificante como uma das estratégias de prevenção combinada do HIV. Pelas suas características de linguagem, fácil leitura, em formato PDF, disponibilizada *on-line*, exige poucos recursos para a sua utilização, o que se

sugere a sua divulgação para uso por profissionais da saúde não somente do Sistema Único de Saúde brasileiro, mas, em âmbito mundial, onde o idioma oficial é a língua portuguesa. A sua utilização associada a outras medidas assistenciais, poderá contribuir na vivência de práticas de sexo seguro entre as pessoas idosas, especialmente as idosas negras.

Palavras-chaves: Cartilha Educacional; Prevenção Combinada do HIV; Idosas Negras do Ilê; Tecnologia em Saúde; Educação em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study was to build a validated educational booklet on combined HIV prevention for black elderly women from African-based religions. This is a methodological development study, based on the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population and the National Policy for the Elderly, based on the following steps: a) Integrative Literature Review to support the content of the educational booklet; b) qualitative, exploratory and descriptive study with elderly black women on condoms and lubricating gel as strategies for combined HIV prevention; c) construction of the educational booklet; d) carrying out an evaluation of the content, semantics and appearance of the booklet with expert judges; e) carrying out the evaluation of content, semantics and appearance with the study participants. Data collection took place from September to October 2023, with five elderly black women from the Terreiro de Culto Afro-Brasileiro Ilê Axé Oxum Ipondá. The individual semi-structured interview technique was used with a semi-structured script, using a recorder; then, we proceeded with the analysis of the transcribed interviews, using the Content Analysis Technique in the Categorical Thematic Analysis modality, through the operationalization of the following steps: 1) Pre-analysis; 2) Exploration of the material and, 3) Treatment of results, inference and interpretation, which encouraged the definition of four thematic categories: Category 1 - Understanding the importance of and adherence to penile and vaginal condoms and lubricating gel; Category 2 - Access to information about safe sex; Category 3 - Barrier methods for STIs/HIV/AIDS; and Category 4 - Combined HIV Prevention. The research project was approved by the Human Research Ethics Committee under N. CAAE 70872723.2.0000.5208. Based on the results of the Integrative Literature Review, the analysis of the statements that emerged from the analytical categories of the qualitative study, the foundation of the National Policy for Comprehensive Health of the Black Population and the National Policy for the Elderly, the educational booklet was

constructed by sequencing the process of evaluation by the judges that showed the final calculation of the CVI had a high level of agreement (0.96), as well as by the study participants, (1.0), with maximum scores in all items evaluated. Thus, the booklet was considered a tool validated by the judges and the elderly black women in terms of content, semantics and appearance, endorsing its use for educational purposes regarding the use of condoms and lubricating gel as one of the combined HIV prevention strategies. Due to its language characteristics, easy to read, in PDF format, available online, it requires few resources for its use, which suggests its dissemination for use by health professionals not only from the Brazilian Unified Health System, but also worldwide, where the official language is Portuguese. Its use associated with other assistance measures may contribute to the experience of safe sex practices among elderly people, especially black elderly women.

Keywords: Educational Booklet; Combined HIV Prevention; Elderly Black Women from Ilê; Health Technology; Health education; Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Representação gráfica da Prevenção Combinada do HIV.	38
Figura 2. Intervenções da Prevenção Combinada do HIV.	40
Figura 3. Capa da Cartilha Educacional << Prevenção combinada do HIV para idosas negras de religiões de matrizes africanas >> produzida pela na Plataforma Canva. Recife-PE, Brasil, 2024.	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Valor do escravizado, em conto de réis de acordo com a Lei 3.270 de 1885.....	26
Quadro 2. Requisitos adaptados para definição de juízes de propostos por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para seleção e recrutamento na temática da prevenção combinada do HIV. Recife-PE, Brasil, 2024.....	45
Quadro 3. Aspectos da Linguagem, Ilustração e Layout que devem ser considerados na elaboração do material educativo em saúde, segundo Moreira e colaboradores	50
Quadro 4. Escala de valoração do tipo Likert.....	52
Quadro 5. Perfil sociodemográfico das idosas negras de religiões de matrizes africanas. Recife-PE, Brasil, 202.....	58
Quadro 6. Descrição das variáveis sobre a categorização dos juízes especialistas. Recife-PE, Brasil, 2024.....	61
Quadro 7. Índice de Validade de Conteúdo (IVC), por item, por dimensão e por questionário (geral), dos juízes especialistas. Recife-PE, Brasil, 2024.....	63
Quadro 8. Recorte das sugestões dos juízes quanto às dimensões propostas para a cartilha educacional. Recife-PE, Brasil, 2024.....	65

Quadro 9. Índice de Validade de Conteúdo (IVC) pelas idosas negras de religiões de matrizes africanas, por item e geral. Recife-PE, Brasil, 2024.....66

Quadro 10. Recortes de algumas considerações pelas idosas negras de religiões de matrizes africanas à Cartilha educacional << Prevenção Combinada do HIV para idosas negras de religiões de matrizes africanas >>. Recife-PE, Brasil, 2024.....67

Quadro 11. Conteúdos abordados na Cartilha educacional << Prevenção Combinada do HIV para idosas negras de religiões de matrizes africanas >>. Recife-PE, Brasil, 2024.....68

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AR	Antirretroviral
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PC	Prevenção Combinada
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PPGENF	Programa de Pós-graduação em Enfermagem
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
ONU	Organização das Nações Unidas
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
2. OBJETIVOS	23
2.1 Objetivo Geral	23
2.2 Objetivos Específicos	23
3. REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 Sistema escravocrata: violação dos direitos, exploração e sofrimento	24
3.2 Período escravocrata e racismo institucional à saúde mulher negra	27
3.3 Saúde da mulher negra idosa	31
3.4 Religiões de Matrizes Africanas e sua relação com a saúde das pessoas negras	33
3.5 Prevenção Combinada	37
4. CAMINHO METODOLÓGICO	42
4.1 Desenho da pesquisa	42
4.2 Cenário da pesquisa	42
4.3 Participantes do estudo	43
4.4 Critérios de inclusão e exclusão das idosas negras de religiões de matrizes africanas	43
4.5 Critérios de inclusão e exclusão dos juízes especialistas	43
4.6 Recrutamento	44
4.6.1 Recrutamento das idosas negras	44
4.6.2 Recrutamento dos juízes especialistas	44
4.7 Primeira etapa: Revisão Integrativa da Literatura	47
4.8 Segunda etapa: Estudo qualitativo, exploratório e descritivo com idosas negras de religiões de matrizes africanas	48
4.9 Terceira etapa: Construção da cartilha educacional << Prevenção combinada do HIV para idosas negras de religiões de matrizes africanas >>	49
4.10 Quarta etapa: Realização da avaliação de conteúdo, semântica e aparência da cartilha educacional junto aos juízes especialistas	52
4.11 Quinta etapa: Realização da avaliação e conteúdo, semântica e	53

aparência da Cartilha educacional pelas idosas negras de religiões de matrizes africanas

5. ASPECTOS ÉTICOS	54
6. ANÁLISE DOS DADOS	56
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
7.1. Perfil do público-alvo e dos juízes especialistas do estudo	58
7.2. Avaliação da Cartilha Educacional << Prevenção Combinada do HIV para idosas negras de religiões de matrizes africanas >> pelos juízes especialistas e público-alvo	63
7.3. Descrição do conteúdo da Cartilha Educacional << Prevenção Combinada do HIV para idosas negras de religiões de matrizes africanas >>	67
8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	97
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICE A — CARTA DE ANUÊNCIA	110
APÊNDICE B — CARTA-CONVITE PARA OS JUÍZES	111
APÊNDICE C — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUÍZES ESPECIALISTAS)	113
APÊNDICE D — INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA CARTILHA EDUCACIONAL << PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS >> (JUÍZES ESPECIALISTAS)	117
APÊNDICE E — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO)	120
APÊNDICE F — ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO	124
APÊNDICE G — INSTRUMENTO DE CATEGORIZAÇÃO DO PÚBLICO-ALVO	125
APÊNDICE H — TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO	126
APÊNDICE I — INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA A CARTILHA EDUCACIONAL << PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS >> (PÚBLICO-ALVO)	127

APÊNDICE J — TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE 128

APÊNDICE L — CARTILHA EDUCACIONAL << PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS >> 130

14. ANEXO A — CARTA DE ANUÊNCIA ASSINADA 145

15. ANEXO B — CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS 146

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica brasileira, caracterizada por diminuição da taxa de fecundidade, somada à redução da mortalidade dos grupos etários mais velhos e aumento da expectativa de vida, vem provocando mudanças na estrutura etária, favorecendo o aumento de pessoas idosas. A melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida delas são premissas da Política Nacional do Idoso, que assegura o direito à saúde previsto a partir da Constituição de 1988 e reafirmado com a construção do SUS no Sistema Único de Saúde (SUS), alinhando-se ao que está estabelecido na Lei n.º 14.423 de 2022, versão mais atualizada do Estatuto da Pessoa Idosa (Estatuto do Idoso, 1994; Ministério da Saúde, 2003h).

Não é novidade que na população negra são verificadas as mais elevadas taxas de mortalidade. Considerando o recorte de gênero, as mulheres negras, quando comparadas às brancas, além das condições desfavoráveis de vida, enfrentam as intersecções entre sexismo e racismo. Ser mulher negra (atravessada pelo machismo e pela vulnerabilidade), ser mulher idosa (permeada pelos tabus da sexualidade e pelo etarismo) influencia diretamente a prestação de cuidados dos profissionais de saúde, a partir de um olhar mais sensível e humanizado.

A integralidade, como princípio do direito à saúde no SUS, abrange, no seu leque de aplicabilidade, aspectos como a compreensão das demandas identificadas durante o atendimento às pessoas idosas, horizontalização das práticas do cuidar e um olhar ampliado para as questões biopsicossociais. Na Rede de Atenção à Saúde (RAS) a Atenção Primária à Saúde cumpre papel fundamental em contribuir com a promoção da saúde das pessoas idosas, prevenção de agravos e cuidado. Para tanto, exige ações intersetoriais entre os serviços de diferentes densidades tecnológicas e com as redes de suporte social formal e informal (Torres *et al.*, 2020).

A atenção integral deve ser fundamentada nas vivências cotidianas, considerando a sexualidade e seus comportamentos vulneráveis ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e as outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). A prevenção delas deve ser uma das metas desenvolvidas em âmbito mundial através dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, mediante políticas de combate ao HIV/aids pelas iniciativas como o tratamento disponível e facilitado para reduzir

mortalidade por aids e incentivo ao uso de preservativos (Souza *et al.*, 2019; Ministério da Saúde, 2021a).

A tendência epidemiológica do incremento da epidemia do HIV/aids nas pessoas idosas é comprovada por meio de pesquisas nacionais em diferentes anos que evidenciam disparidades na taxa de mortalidade no quesito cor/raça. Assim, promover ações direcionadas à população negra primando a prevenção do HIV, levando-se em conta a sua marginalização social, estigmatização e sofrimento com e no tratamento recebido pelos serviços especializados de saúde pública, produzindo e/ou potencializando mais vulnerabilidades tanto sociais quanto em saúde, é que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) ressalta que as desigualdades e iniquidades étnico-raciais atuam como determinantes das condições de saúde dessa população (Fry *et al.*, 2007, Matsushita; Santana, 2001; Ministério da Saúde, 2013d; Souza *et al.*, 2019).

A PNSIPN ressalta ainda a necessidade do desenvolvimento de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde considerando o HIV/aids, e pessoas idosas negras sofrem o impacto em razão da escassez do recorte étnico-racial nas estatísticas oficiais sobre a epidemia do HIV/aids, comprometendo o desenvolvimento de iniciativas públicas voltadas a esse enfoque, além de dificultar a compreensão dos aspectos envolvidos no processo de expansão dessas infecções nesse segmento populacional (Ministério da Saúde, 2013d).

O surgimento da epidemia do HIV/aids provocou mudanças para além da área da saúde, afetando, também, o aspecto cultural e religioso. Lideranças de religiões de matrizes africanas tiveram um papel importante no aconselhamento e cuidado de seus adeptos. Como modo de enfrentamento, instituíram medidas de biossegurança em determinados procedimentos rituais, realizaram acolhimento às pessoas vivendo com HIV/aids e distribuíram preservativos nos terreiros. Destaca-se nesse contexto, que a PNSIPN reforçou, em uma das suas diretrizes gerais, o reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde dessas religiões de matrizes africanas (Ministério da Saúde, 2013d).

Os adeptos e praticantes de religiões de matrizes africanas, diante do acometimento de infecções transmissíveis sexuais ou não, recorrem a alternativas para o processo de cura, por meio da fé como um dos principais influenciadores nessa busca. A compreensão dos processos que envolvem o adoecimento ultrapassa apenas as questões físicas. No contexto cultural que elas estão, a crença em um ser superior intervém diretamente no processo de cura (Soares; Cardozo, 2018).

Os Ilês (terreiros de candomblé) refletem a pluralidade cultural das religiões de matrizes africanas, entretanto, as práticas assistenciais de profissionais da saúde não alcançam esses lugares por haver uma barreira na comunicação com os profissionais da saúde. Como meio de tentar suprimi-la, há adeptos que recorrem exclusivamente às práticas terapêuticas alternativas nos Ilês. Por sua vez, ações assertivas aos filhos do ilê, especificamente às pessoas idosas negras do gênero feminino, são parciais e unilaterais, ofertadas de modo fragmentado e distante do viés étnico-racial e religioso. A pessoa idosa negra do gênero feminino, principal usuária do SUS, ao levantar demandas às práticas sexuais, os preconceitos e tabus envoltos emergem (Batista, 2020).

A escassez de diálogo entre profissionais da saúde e pessoas idosas acerca do sexo seguro é uma das fragilidades da assistência na saúde, corroborando para práticas sexuais desprotegidas e vulneráveis às infecções tanto curáveis quanto não curáveis, mas controladas. Há pessoas idosas negras vulnerabilizadas por receberem assistência inadequada sobre práticas sexuais e comportamentos vulneráveis ao HIV/aids (Batista, 2020).

A PNSIPN ressalta que a pessoa idosa não deve sofrer discriminação de qualquer natureza no SUS, sendo garantida uma assistência livre de estigmas, abordando tabus, discriminação, preconceitos, questões culturais, relações de poder e de gênero. Assistir à pessoa idosa nesses aspectos, torna-se complexo à medida que envolve a percepção de vulnerabilidades, medidas de prevenção ao HIV/aids e às demais ISTs, barreiras no acesso, além das barreiras programáticas na implementação de uma linha de cuidado específico (Ministério da Saúde, 1994i; Barboza *et al.*, 2021). É notório que existem pessoas idosas que não recorrem ao preservativo e gel lubrificante nas práticas sexuais, comprometendo o sexo seguro, em razão de considerarem apenas o aspecto da infertilidade e cabe aos profissionais da saúde identificarem práticas sexuais inseguras que vulnerabilizem à sua saúde sexual (Santos *et al.*, 2019).

Os enfermeiros quando realizam a abordagem do HIV/aids com as pessoas idosas, destacam-se por atuar como provedores do cuidado, por meio de abordagens individuais e coletivas, como a prevenção combinada do HIV. A atuação deles no manejo da infecção do HIV está em consonância com a Portaria n.º 2.436, que aprovou a Política Nacional da Atenção Básica e estabeleceu, entre outras atribuições específicas, a realização de consultas de enfermagem, procedimentos e atividades grupais (Ministério da Saúde, 2017c).

A Prevenção Combinada do HIV (PC) surge a partir de discussões levantadas como uma abordagem estratégica alinhada às diretrizes nacionais e internacionais. Executada por meio do uso simultâneo de variadas abordagens de prevenção, reúnem tecnologias possíveis

de serem utilizadas e combinadas para o planejamento e controle das exposições e riscos em torno da transmissão do HIV (Ministério da Saúde, 2017c). Entre os diferentes tipos de intervenções de prevenção em resposta ao HIV, destacam-se: testagem regular para o HIV, o uso de lubrificantes, a prevenção da transmissão vertical, o tratamento de ISTs e das hepatites virais; a imunização para as hepatites A e B e HPV; os programas de redução de danos para os usuários de álcool e outras substâncias; a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), Profilaxia Pós-Exposição (PEP); e o tratamento de pessoas que já vivem com HIV (Ministério da Saúde, 2017c).

Ressalta-se que reconhecer a pessoa idosa como prioridade na estratégia de prevenção combinada do HIV é uma das possibilidades de diminuir suas vulnerabilidades. Promover campanhas que incentivam o uso dos preservativos peniano e vaginal (externo/interno), expandir a oferta de testagem em ações extramuros e incentivar o uso e distribuir o gel lubrificante, são iniciativas fundamentais no escopo de cuidados em educação e saúde dos enfermeiros (Couto *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2021).

Ressalta-se que a educação em saúde é uma estratégia que deve ser usada também pelos enfermeiros nas abordagens de intervenção ao HIV/aids, devendo priorizar o rastreamento e o diagnóstico, acompanhar a terapêutica estabelecida pelo médico, no que lhe compete, quando confirmada a infecção pelo HIV, além de assegurar a todos, privacidade, diálogo e acolhimento. As orientações para as pessoas idosas precisam remeter a concepção de que as práticas sexuais seguras podem oferecer prazer, tornando-se mais atrativas (Ministério da Saúde, 2017c; Silva *et al.*, 2021).

O fato de contribuir com a prática dos enfermeiros na abordagem da prevenção combinada do HIV, torna oportuno o desenvolvimento neste estudo para o emprego de uma cartilha educacional no contexto assistencial-educacional, por permitir o envolvimento desses profissionais no cuidado às pessoas idosas negras do Ilê e favorecer o desenvolvimento do processo de educação em saúde na práxis profissional. Tanto as tecnologias em saúde quanto as educacionais adotadas pelos enfermeiros podem favorecer a sua atuação profissional, quando adequadas à realidade de sua rotina laboral disponibilizadas como recurso impresso e/ou no formato digital, por acesso a um QR Code ou link. Com isso, Duarte (2018) enfatiza que esse recurso digital facilita o acesso da maioria das pessoas que buscam os serviços públicos de saúde e, por sua vez, tem alcance ilimitado onde a *web/internet* pode estar disponível para realizar o download. Temóteo *et al.* (2019), postula que tais ferramentas de trabalho podem beneficiar à assistência de enfermagem integral, e neste estudo, o contexto

das práticas do sexo seguro com uso dos preservativos vaginal, peniano e gel lubrificante é indubitavelmente apropriado.

Entre algumas funções que podem ser realizadas por meio do QR Code, está o acesso a uma tecnologia educacional, — termo derivado de “Quick Response Code” (“Código de resposta rápida”) — é uma espécie de evolução do código de barras —, trata-se de um código visual, em um gráfico 2D, que armazena dados e facilita acessos quando “lidos” por dispositivos móveis (tanto Android quanto iOS). Em outros casos, o código pode levar a pessoa para uma página da *web* sem a necessidade de digitar a barra de endereços (*link*). A premissa é simples: praticidade! Assim, a cartilha educacional estará disponível como um recurso para auxiliar no processo de educação em saúde destas pessoas, fornecendo informações sobre a prevenção combinada do HIV com uso de preservativos e gel lubrificante na prevenção de novos casos de HIV/Aids (Olhar Digital, 2022).

Sabe-se que com o passar dos anos, houve intensificação no emprego e no avanço das tecnologias educacionais em saúde. Associar o cuidado humanizado com a tecnologia, torna-se um desafio para os enfermeiros, contudo, seu emprego é benéfico, uma vez que pode tornar o cuidado ofertado mais humanizado e holístico. A humanização no atendimento agrega, dentre outros quesitos, o emprego de tecnologias, na busca de cuidado integral e melhoria das condições de trabalho aos profissionais que ofertam esse cuidado. O uso da tecnologia em saúde modificou a prática de enfermeiros, no sentido do desenvolvimento de novas habilidades desenvolvidas (Barnard, 1999; Ouchi *et al.*, 2018).

Busca-se com esse estudo, possibilidades de assistência de enfermagem às mulheres idosas negras considerando que o envelhecimento ocorre de maneira singular e complexa e não representa coletivamente sinônimo de incapacidade funcional, dependência ou ausência de vivências sociais e no exercício da sexualidade. Mesmo na presença de perdas é possível vivenciar experiências positivas numa velhice bem-sucedida, priorizando práticas de sexo seguro como estratégia de prevenção do HIV.

Diante do exposto, busca-se resposta à seguinte questão norteadora: a construção de uma cartilha educacional sobre prevenção combinada do HIV para idosas negras de religiões de matrizes africanas será considerada validada quanto ao conteúdo, semântica e aparência tanto pelos juízes expertises quanto pelas idosas?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Construir uma cartilha educacional validada sobre prevenção combinada do HIV para as idosas negras de religiões de matrizes africanas

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar uma Revisão Integrativa da Literatura;
- Analisar o conhecimento de idosas negras de religiões de matrizes africanas sobre a prevenção combinada do HIV, abrangendo estratégias de uso de preservativos e gel lubrificante;
- Construir os conteúdos da cartilha educacional a partir de conteúdos identificados, junto ao público-alvo;
- Realizar a avaliação de conteúdo, semântica e aparência da cartilha educacional junto aos juízes especialistas;
- Realizar a avaliação de conteúdo, semântica e aparência da cartilha educacional junto às idosas negras de religiões de matrizes africanas.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Sistema escravocrata: violação dos direitos, exploração e sofrimento

Partimos da seguinte compreensão: ainda que infundadas as teorias que pregavam a superioridade de determinados grupos, na prática, essa ideologia, aliada ao período escravocrata, continuam presentes no cotidiano das pessoas, gerando impactos avassaladores aos grupos minorizados que inclui a quantidade de pessoas pertencentes a um grupo social, representação em espaços de poder, a discriminação, a violência e a falta de direitos. A prática da escravidão, por muito tempo, foi naturalizada entre as civilizações antigas, berço da cultura ocidental. No Egito Antigo, os faraós, ao dominarem um povo, oprimia-os e os obrigavam a trabalhar para eles. Na Grécia, ainda que os motivos que levavam à escravidão não fossem necessariamente étnicos, os seus prisioneiros eram escravizados até a morte. Uma das maiores representações da escravidão remete-se diretamente a situação em que negros africanos foram submetidos, destituídos de dignidade humana, encarcerados e sobrevivendo as mais variadas formas de violação. Às pessoas negras escravizadas não restou ao menos a possibilidade ou direito de fazer escolhas sobre si (Moutinho; Sernégio, 2016; Souza, Cavalcanti, 2019).

A abstração do corpo negro retirou dessas pessoas a dignidade, o acesso à melhoria de uma condição de vida e a possibilidade de ascensão, além de uma infinidade de bens. A prática da escravatura foi considerada por boa parte da elite brasileira como:

[...] uma forma, rude embora, do direito; uma fase do progresso; um instrumento da civilização, como foi a conquista, o mancipio, a gleba. Na qualidade de instituição me parece tão respeitável como a colonização; porém muito superior quanto ao serviço que prestou ao desenvolvimento social. De feito, na história do progresso representa a escravidão o primeiro impulso do homem para a vida coletiva, o elo primitivo da comunhão entre os povos. O cativo foi o embrião da sociedade; embrião da família no direito civil; embrião do estado no direito público (Carvalho, 2009, p.284).

A essência da escravidão, sendo um modo de violação de direitos humanos, ainda é perpetuada com voracidade em tempos atuais, sendo manifesta com requintes de crueldades morais, comprometendo uma possibilidade de vida digna. À população negra restou cargos destituídos de privilégio e subempregos que não oferecem proteção trabalhista e cobertura dos direitos. Essas condições desumanas são alimentadas e reproduzidas pelo racismo, que ao passar do tempo, vem sendo camuflado e encoberto pela sociedade, assumindo novas

expressões. Os discursos racistas pregam a ideologia meritocrática, para responsabilizar exclusivamente o indivíduo pela sua sobrevivência (Salomão; Leite, 2018; Souza; Cavalcanti, 2019). A meritocracia não apenas legitima as desigualdades, mas reforça uma falsa promessa de mobilidade social e igualdade de oportunidades para todos os indivíduos.

Nesse ínterim, é válido mencionar que o Brasil foi o último país a abolir a escravidão, e que ainda que já se tenham passado quase quatro séculos de escravismo, as suas marcas ainda impactam do ponto de vista econômico, social, cultural, simbólico e material. Paralelamente, como resultado do período escravocrata, foi construída a ideologia de hierarquização racial. A sociedade brasileira vivencia a banalização da vida, onde, somada a hierarquização racial, perpetuam situações de opressão e dominação, desigualdades, violências, e superexploração do corpo preto. O racismo estrutural determina o modo de vida, produção e reprodução da população (Souza; Cavalcanti, 2019).

Ainda que documentado legalmente o fim da escravidão legal, a abolição por si só não foi um marco comemorável, considerando que não foi acompanhada de políticas públicas e mudanças estruturais, que permitisse melhorias das condições de vida e a inclusão dos trabalhadores negros. Dessa forma, a abolição deve ser considerada parte de um processo histórico de resistência e luta por liberdade e igualdade, seja por meio de inúmeras revoltas populares, de conquistas como a Lei do Ventre Livre (1871), Lei do Sexagenário (1885), ou mediante formas coletivas e/ou individuais de pagamento de alforrias (Ministério da Saúde, 1871m; Ministério da Saúde, 1885l).

Em 28 de setembro de 1871, foi promulgada a Lei do Ventre Livre, conhecida também como Lei Rio Branco, decretada pela Assembleia Geral e sancionada pela Princesa Imperial Regente Isabel. A Lei determinava que os filhos de genitoras escravizadas, nascidos a partir daquela data, estariam livres. Ainda que para alguns a lei representasse um avanço, quando o jovem escravizado completava 21 anos, por ser obrigado a pagar “dívidas” para ter acesso a necessidades básicas, era submetido aos senhores de escravizados, como um escravizado. Além disso, os menores libertos permaneciam sob o poder e autoridade dos senhores aos quais suas mães pertenciam (Ministério da Saúde, 1871m; Manoel, 2020; Santos, 2021).

A premissa de liberdade era utópica e inatingível, ainda que a sua aprovação tenha impulsionado mudanças significativas, permitindo o fortalecimento do movimento abolicionista. A Lei foi considerada por aqueles que defendiam a liberdade como:

[...] Imperfeita, incompleta, impolítica, injusta, e até absurda, como nos parece hoje, essa lei foi nada menos do que o bloqueio moral da escravidão. A sua única parte definitiva e final foi este princípio: “Ninguém mais nasce escravo.” Tudo o mais, ou

foi necessariamente transitório, como a entrega desses mesmos ingênuos ao cativo até aos vinte e um anos; ou incompleto, como o sistema de resgate forçado; ou insignificante, como as classes de escravos libertados; ou absurdo, como o direito do senhor da escrava à indenização de uma apólice de 600\$000 pela criança de oito anos que não deixou morrer; ou injusto, como a separação do menor e da mãe, em caso de alienação desta. Isso quanto ao que se acha disposto na lei; quanto ao que foi esquecido o índice das omissões não teria fim. Apesar de tudo, porém, o simples princípio fundamental em que ela assenta basta para fazer dessa lei o primeiro ato de legislação humanitária da nossa História (Nabuco, 2003, p.78).

No dia 28 de setembro de 1885, foi confirmada no Senado a Lei Saraiva-Cotegipe, denominada de Lei dos Sexagenários. No artigo 3º parágrafo 10 da Lei, foi determinado que ao atingir idade superior a sessenta anos, esses indivíduos escravizados estariam livres, todavia essa liberdade era ilusória, por estar atrelada a condição de vida precarizada, com a seguinte condição, a título de indenização ao seu ex-senhor: o cumprimento de mais três anos de trabalho (Ministério da Saúde, 1885; Manoel, 2020). Além disso, em razão das precárias condições de vida, era raro um negro escravizado chegar a sessenta anos, considerando a prematura morte dessas pessoas, refletida na baixa expectativa de vida.

A Lei definiu também questões ligadas aos critérios para a alforria pelo fundo de emancipação (Ministério da Saúde, 1885; Manoel, 2020). O documento também exigia a nacionalidade e o valor de cada escravizado, sendo estes tabelados na própria Lei, como ser visualizado no quadro abaixo:

Quadro 1. Valor do escravizado, em conto de réis, de acordo com a Lei 3.270 de 1885.

Escravizados menores de 30 anos de idade	900 contos de réis
Entre 30 e 40 anos de idade	800 contos de réis
Entre 41 e 50 anos de idade	600 contos de réis
Entre 51 e 55 anos de idade	400 contos de réis
Entre 56 e 60 anos de idade	200 contos de réis
Em caso de mulheres escravizadas, o valor era abatido em 25% sobre os preços estabelecidos.	

Fonte: Artigo 3º, Lei nº 9.517 de 14 de novembro de 1885 [Lei dos Sexagenários].

Ao considerar que seria impossível manter a escravidão para sempre, muitas das leis e normas promulgadas naquele período foram consideradas manobras da elite escravocrata para “supostamente, libertar os escravizados paulatinamente, utilizando como argumento o véu da transição gradual” (Manoel, 2020).

De acordo com a declaração do historiador Alberto da Costa e Silva, o sistema de escravidão reproduziu várias formas de violências e opressões às pessoas negras escravizadas no país:

Mesmo nas cidades maiores, velhos hábitos resistiram à pressão das novidades. O mais desapontador de tudo: não se tocou no sistema escravista. E, pelas ruas do Rio de Janeiro, do Recife ou de Salvador, continuaram a passar negros com grilhões ao pescoço e máscaras de flandres. E a ser açoitados no pelourinho. Muito mudara para alguns, e nada ou pouco para a maioria. (...) O país assentava-se na agricultura e na pecuária e, embora continuasse a crescer a produção para o mercado interno, o que mais chamava a atenção era a grande propriedade rural movida pelo trabalho escravo e voltada à exportação (Costa; Silva, 2012, p. 33).

Foi somente a Lei Áurea, n.º 3.353, assinada em 13 de maio de 1888, que decretou o fim do direito de propriedade de uma pessoa sobre outra, após as pressões realizadas pela Inglaterra para pôr fim à escravidão. Reitera-se que a assinatura dessa Lei não foi em caráter de benevolência, mas sim, partindo de interesses econômicos e políticos que indicavam, como única saída, para o fim da escravidão (Salomão; Leite, 2018; Souza, 2019).

A Lei Áurea teve apenas dois artigos:

A Princesa Imperial Regente, em nome de Sua Majestade o Imperador, o Senhor D. Pedro II, faz saber a todos os súditos do Império que a Assembléia Geral decretou e ela sancionou a lei seguinte:

Art. 1º: É declarada extinta desde a data desta lei a escravidão no Brasil.

Art. 2º: Revogam-se as disposições em contrário.

A partir desses recortes históricos fica evidente o sucateamento de políticas públicas e iniciativas que de fato garantiram melhoria das condições de vida às pessoas negras. O sistema escravista fomentou a destituição dos direitos, a privação da dignidade humana e a abstração dos corpos dessas pessoas, promovendo um processo cíclico de desumanização e objetificação.

3.2 Período escravocrata e racismo institucional à saúde mulher negra

Enquanto o couro do chicote cortava a carne
 A dor metabolizada fortificava o caráter
 A colônia produziu muito mais que cativos
 Fez heroínas que pra não gerar escravos, matavam os filhos
 Não fomos vencidas pela anulação social
 Sobrevivemos à ausência na novela, no comercial
 O sistema pode até me transformar em empregada
 Mas não pode me fazer raciocinar como criada
 Enquanto mulheres convencionais lutam contra o machismo
 As negras duelam pra vencer o machismo, o preconceito, o racismo
 Lutam pra reverter o processo de aniquilação
 Que encarcera afrodescendentes em cubículos na prisão
 Não existe lei maria da penha que nos proteja
 Da violência de nos submeter aos cargos de limpeza
 De ler nos banheiros das faculdades hitleristas:
 Fora macacos cotistas!
 Pelo processo branqueador não sou a beleza padrão
 Mas na lei dos justos sou a personificação da determinação
 Navios negreiros e apelidos dados pelo escravizador
 Falharam na missão de me dar complexo de inferior
 Não sou a subalterna que o senhorio crê que construiu
 Meu lugar não é nos calvários do Brasil
 Se um dia eu tiver que me alistar no tráfico do morro
 É porque a lei áurea não passa de um texto morto...
 (Mulheres Negras. Rapper Izalú. Letra de Eduardo Taddeo).

As marcas do período escravista e do pós-abolição sobre as mulheres negras são visíveis até o presente por meio de estigmas e violações. Os diversos processos histórico-culturais construíram e banalizaram a imagem da mulher negra como pessoa inferior nas sociedades diaspóricas (Silva; Figueira; Silva, 2018; Coelho, 2019), onde a exploração dos seus corpos é reproduzida naturalmente perante a sociedade.

Ao longo da construção das bases da sociedade brasileira, que tem o caráter capitalista, patriarcal e racista, as mulheres escravizadas foram estupradas, deflagrando a chamada miscigenação forçada (Cavalcanti, 2019; Santos, 2021; Souza). A negação dos direitos, até então garantidos por lei, a invisibilidade e a falta de proteção de negros e negras, somada a subjugação feminina que coloca a figura masculina em superioridade à mulher.

Segundo o Dossiê elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), na pirâmide social, a mulher ocupa a base, lugar de maior aprofundamento da subalternização. O documento evidencia que:

[...] havia o entendimento de que mulheres negras vivenciariam, de forma diferenciada, sua inserção na sociedade, quando comparadas a mulheres brancas ou a homens negros, por exemplo. Considerou-se, também, que a estas categorias somavam-se outras, como as de classe social, territorialidade ou geração, contribuindo para a conformação de um quadro de desigualdades muito particular da sociedade brasileira (IPEA, 2013, p.15).

As bases que fundamentam as diferenças entre homens e mulheres na sociedade são resultadas de uma construção social que determina o controle do corpo, do trabalho e da vida dessa parcela feminina. Ainda assim, quando o foco é a população feminina, não cabe universalizar a categoria, mas sim, levantar o debate, dentre outros aspectos, sobre o enfoque racial, considerando que a mulher negra é atravessada pela subalternização racial. É oportuno considerar a histórica destituição de direitos das mulheres e mães no escravismo, e como essas mulheres foram incorporadas na estrutura patriarcal. É preciso considerar também que a miscigenação brasileira foi resultado de estupros a escravizadas negras, com um dos objetivos de reprodução da mão de obra escravizada e de ideologia do branqueamento (Silva; Figueira; Silva, 2018; Souza; Cavalcanti, 2019).

As mulheres foram e continuam sendo mutiladas pelo efeito da escravatura, sequestros, coisificação e caracterizadas como objetivos sexuais. Continuam sendo destituídas do poder sobre seus corpos, estes que não se enquadram nos padrões estéticos, e ao mesmo tempo, no imaginário social, são visualizadas com uma figura hiper sexualizada, com limitado ou nenhum grau de inteligência. Frente a essas inadequações, desde o final da década de 1970, com o surgimento do feminismo negro no Brasil, as mulheres negras, coletivamente, vêm buscando desconstruir as imagens da sociedade sobre seus corpos, considerando que essa construção social de inferiorização da mulher trouxe desdobramentos, que reflete, sobretudo, no racismo institucional em que estão sujeitas, a exemplo do acesso aos serviços de saúde (Silva; Figueira; Silva, 2018; Souza; Cavalcanti, 2019).

Apesar dos avanços conquistados paulatinamente, o recorte racial nos estudos voltados à saúde da mulher ainda é limitado. Muitos dos estudos fazem apontamentos já conhecidos e vivenciados pelas mulheres negras, mas não se aprofundam nas questões ligadas aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Grande parte das doenças e desigualdades na saúde são decorrentes de inadequações desses determinantes, como fonte de renda, desigualdades de raça e etnia, desemprego, condições de moradia e de vida, acesso a bens e serviços, sexo, idade, ainda assim, em muitos estudos esses determinantes não são considerados detalhadamente, tornando-se genéricos.

A respeito dos estudos voltados a estudar as desigualdades sociais na saúde, segundo o recorte racial, tem-se o seguinte:

Cabe ressaltar que a utilização do conceito raça para a análise das desigualdades verificadas na saúde de pessoas e grupos não afasta outros fatores também importantes na produção de diferenciais e injustiças neste campo. Entre eles, é preciso destacar os fatores socioeconômicos, de gênero, idade, fatores ambientais, entre outros, que agem concomitantemente com a raça e vão determinar a ampliação ou redução dos diferenciais apresentados. No entanto, vale também assinalar que em vários estudos, de diversas áreas do conhecimento, o controle das variáveis demonstrou a persistência da raça – ou do racismo – como fator importante na produção de desigualdades (Ministério da Saúde, 2011f, p. 10).

Questões socioeconômicas, raciais e de gênero estão associadas às iniquidades em saúde, e essas inconformidades respingam diretamente no acesso das mulheres aos serviços de saúde. As manifestações de racismo institucional às mulheres são por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios, muitas das vezes, velados e naturalizados. Barreiras de acesso são impostas, restringindo o acesso aos serviços de saúde, e quando finalmente conseguem acessá-los, muitas são ridicularizadas e os seus corpos não manipulados desumanamente e sem o pedido de permissão.

A falta de iniciativas voltadas a identificar as práticas discriminatórias e realizar as devidas punições, a ausência de combate e enfrentamento do racismo, somada a escassez de divulgação de informações sobre o tema e precarização na formação dos profissionais da saúde, reforçam as iniquidades em saúde, deflagrando uma série de inconformidades que influenciam diretamente na ocorrência de desfechos desfavoráveis na saúde das mulheres negras.

Não é novidade que na população negra são verificadas as mais elevadas taxas de mortalidade. Considerando o recorte de gênero, as mulheres negras, quando comparadas às brancas, além das condições desfavoráveis de vida, enfrentam as intersecções entre sexismo e racismo.

As mulheres negras são as principais vítimas de desfechos obstétricos desfavoráveis/piiores indicadores de mortalidade materna, feminicídio, são as menos assistidas na assistência pré-natal e recebem menor analgesia nas situações de parto. Na área de obstetrícia, por exemplo, a violência tornou-se um tema bastante estudado nos últimos anos, contudo, são limitados os estudos que fazem associação entre a interseccionalidade das opressões e seus desdobramentos na saúde da mulher negra. O distanciamento e a falta de conhecimento das demandas de saúde específicas dessas mulheres configuram-se como mais uma das formas de discriminação, reforçando estruturas racistas das instituições de saúde (Oliveira; Kubiak, 2019; Oliveira, 2022).

O racismo institucional e estruturante a essa parcela feminina negra viola os seus direitos humanos e fere o princípio da dignidade da pessoa humana. As práticas discriminatórias nos serviços de saúde precariza a assistência e vulnerabiliza as mulheres assistidas por determinados profissionais de saúde. As desigualdades étnicas e raciais reforçam perfis de morbimortalidade nesses grupos étnicos e fragilizam o alcance pela equidade em saúde.

Na busca por equidade, tem-se como imperativo ético a promoção dos direitos humanos, incluindo o direito humano à saúde, considerando os DSS como conjunto complexo e inter-relacionado. Esses determinantes sociais têm influência direta na ocorrência de problemas de saúde, corroborando para que as mulheres negras se tornem um dos grupos populacionais mais vulneráveis e mais suscetíveis ao adoecimento físico e mental.

É pertinente tecer que mesmo com a existência da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, ainda que de extrema valia, a sua efetivação enfrenta desafios estruturais e assistenciais, sendo intensificada com o desmonte dos serviços públicos de saúde.

Diante desta perspectiva, a história de vida, as experiências passadas e as trajetórias dessas mulheres devem ser consideradas. Isso significa que as particularidades raciais também precisam ser analisadas (Souza; Cavalcanti, 2019).

É de suma importância que cada esfera de gestão do SUS — governo federal, estadual e municipal — estejam articuladas e comprometidas em prol da efetivação das ações com outros setores do governo e da sociedade civil, no sentido de garantir o acesso digno e humanizado às mulheres negras, alinhando-se às particularidades de saúde dessa população, com vistas a contribuir para a melhoria das condições de saúde e combater as iniquidades em saúde.

3.3 Saúde da mulher negra idosa

Em resposta às evidências de iniquidades raciais na saúde da população negra, considerando ainda a urgente necessidade de reduzir os agravos incididos sobre essas pessoas e a partir de movimentos sociais reivindicatórios em prol da melhoria da condição de vida de negros e negras, surgiu a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída pelo Ministério da Saúde, em 2007. Nas estratégias e responsabilidades das esferas de gestão, a Política tece sobre a saúde de pessoas idosas negras, no sentido de promover um envelhecimento saudável e de combater a discriminação racial e exclusão social (Ministério da Saúde, 2007).

O Estatuto da Pessoa Idosa, instituído pela Lei 10.741 em outubro de 2003, em seu Art. 3º, reforça a importância de se resgatar a dignidade deste indivíduo:

[...] É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (Estatuto do Idoso, 2003, art. 3º).

A população composta por pessoas idosas negras — assim como em outras faixas etárias — quando comparada à branca, apresenta os piores indicadores socioeconômicos, como a baixa renda — que gera uma insuficiência para prover às suas necessidades básicas, baixa escolaridade e maior índice de analfabetismo. Assim, é dever do país que apresenta uma população já envelhecida ou que está no processo de envelhecer, desenvolver estratégias em vistas à melhoria da qualidade de vida, mediante um envelhecimento saudável e de qualidade, considerando demandas além das questões meramente orgânicas, e aprofundando-se aos aspectos sociais, econômicas, de direitos e culturais (Rabelo *et al.*, 2018; Santos, 2021).

A análise do processo histórico e cultural revela que ser mulher negra e pertencente à terceira idade remete a uma trajetória de vida marcada pela vivência das desigualdades, sobretudo, raciais. O legado da perversidade ao povo negro durante a história afeta diretamente o processo de envelhecimento da mulher negra, muito mais que a mulher branca. Paralelamente, a mulher idosa negra enfrenta intensamente gerontofobia, por não conseguir manter a condição de mulher forte, que aguentou todas as dificuldades (Santos, 2021). Reitere-se que essa imagem construída da mulher negra como forte, resiliente e capaz de suportar com mais vigor as dores, só reforça iniquidades em saúde.

O estudo voltado ao envelhecimento da população e seus desdobramentos vem tornando-se cada vez mais relevante nos países emergentes. O processo de senescência para

as pessoas idosas negras é marcado por particularidades pertinentes, a exemplo das desigualdades, discriminação de gênero, raça e classe social. A vivência do racismo tem efeito deletério na qualidade de vida dessas usuárias vítimas. As práticas discriminatórias deflagradas em razão da raça reforçam a importância no enfrentamento de iniquidades em saúde na velhice (Rabelo *et al.*, 2018; Silva, 2021).

O envelhecimento atravessa o contexto social e histórico, perpassando dimensões econômicas e políticas. Esse evento pode ser marcado por iniquidades em saúde, que afetam os indicadores em saúde das pessoas idosas negras. Nessa ótica, há maiores impactos para essas pessoas, sobretudo, em relação a aspectos como: expectativa de vida, morbimortalidade, adoecimento mental. Dentro de outros grupos minorizados, mulheres idosas afrodescendentes fazem parte de um perfil populacional e racial menos assistido pelas políticas e ações de atenção à saúde da mulher, recebendo uma cobertura assistencial parcial e fragmentada (Rabelo *et al.*, 2018; Costa; Gonçalves, 2019).

É mandatório, na busca da equidade, a compreensão de que há um desamparo e uma exclusão sociocultural que afetam as mulheres idosas negras. Dessa forma, para que as iniciativas, em prol da melhoria das condições de vida e saúde dessas pessoas, sejam eficazes, faz-se necessário conhecer as dificuldades vivenciadas, as características sociais e culturais, (Vasconcelos; Braz; Liebig, 2021; Santos, 2021), a história de vida e a espiritualidade dessas mulheres idosas.

A redução das disparidades e as iniquidades em saúde dessas pessoas negras precisa ser um compromisso firmado pelas esferas de gestão, por meio de intervenções coordenadas nos diversos setores, considerando que o cuidado à saúde dessas mulheres desse contar com a participação delas, legitimando seus papéis de protagonistas nas suas histórias de vida; não as silenciando, mas dando voz para que elas, finalmente, consigam exercer sua cidadania com dignidade.

3.4 Religiões de Matrizes Africanas e sua relação com a saúde das pessoas negras

A 2ª edição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, tece, nas diretrizes gerais, sobre a “[...]promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde, incluindo aqueles preservados pelas religiões de matrizes africanas”. Em paralelo à temática, existem os chamados Povos de Terreiros, os quais são pessoas que expressam a religiosidade de matriz africana, a exemplo da Umbanda, do Candomblé, o Tambor de Mina, o Terecô, a Jurema, o Xambá, o Xangô, o Batuque e a Encantaria. Os terreiros-espços que sediam a expressividade dessa religiosidade, oferecem acolhimento e inclusão dos seus filhos, além de serem locais de troca de saberes e conhecimentos. Nesses templos religiosos, os ensinamentos têm como uma das suas intencionalidades, a valorização e multiplicação da tradição afro-brasileira (Ministério da Saúde, 2013d; Conceição; Miranda, 2022).

No terreiro é estabelecida uma estreita relação entre o corpo e seus sujeitos, mediante emoções, sensações, comportamentos e deslocamento. Nesses espaços, praticam-se as religiões afro-brasileiras, marcadas por resistência e reivindicações na busca por realizar seus cultos livremente (Rocha *et al.*, 2020; Conceição; Miranda, 2022). A história dos terreiros é marcada por revoluções. São lugares subversivos de aquilombamento, de acolhimento aos subalternizados. São espaços ocupados, sobretudo, por pessoas negras que preservam as tradições e a ancestralidade desse povo.

Nos terreiros de Candomblé, os ensinamentos recebidos favorecem o estabelecimento de uma relação de respeito entre os seus adeptos, reforçam a importância dos valores étnico-raciais e o acolhimento às diferenças. Nesses Ilês, como também são conhecidos os terreiros, pelas suas atividades desenvolvidas, há grande potencialidade educativa, por propagar o conhecimento, sobretudo, aquele voltado para a valorização da cultura afro-brasileira. No campo da saúde, os Babalorixás e as Ialorixás (pais de santo e mães de santo, respectivamente, como são popularmente conhecidos) promovem a saúde dos seus adeptos e frequentadores, mediante consultas aos oráculos, prescrição e realização de rituais litúrgicos/terapêuticos (Mandarino; Gomberg, 2013; Conceição; Miranda, 2022).

Nessas religiões, a concepção de desprender cuidados não se limita à presença de doença. Há uma visão global que considera que o corpo necessita de cuidados. Para Silva (1994) esse tratamento deve-se ao fato de que o corpo é templo de Deuses e Deusas. As entidades utilizam o corpo dos iniciados para fornecer mensagens a outras pessoas que participam das reuniões religiosas.

Reitera-se que quando os filhos de Candomblé recorrem à religião, nem sempre o que os motivam são questões atreladas exclusivamente a saúde e doença, como afirmado a seguir:

É pertinente colocar que a busca pela religião tem outras motivações além da solução de problemas exclusivamente relacionados aos processos saúde-doença, como, por exemplo, o conforto e a solidariedade social. A convergência de expectativas atua em sintonia com as visões de mundo dos adeptos e vai ser determinante também na procura por espaços religiosos, desempenhando importante papel na adesão (Mandarino; Gomberg, 2013, p. 8-9).

O aparecimento de doenças para as religiões afro-brasileiras pode ser interpretado como possível desequilíbrio ou uma ruptura entre os mundos de seres humanos e o sobrenatural. O que muitas vezes é diagnosticado pela medicina oficial como desordem física ou da mente, para essas religiões pode ser considerado manifestações de deuses e deusas. Cada religião afro-brasileira lança mão de procedimentos com vistas a restabelecer a saúde das pessoas dos terreiros (Silva, 2007).

As diferentes interpretações entre fator desencadeador das doenças para essas religiões e a medicina tradicional atuam como obstáculo para o restabelecimento da cura das pessoas. A medicina convencional desatrela, em muitos momentos, o viés da religião e espiritualidade dos seus usuários durante a elaboração dos planos de cuidados. Essa falha tem como uma das suas raízes o modelo biomédico de atenção à saúde. A influência do paradigma cartesiano sobre o pensamento médico resultou nesse modelo, que além de ser predominante entre os profissionais de saúde, tem caráter hospitalocêntrico, centrado na figura do médico. É operado de forma mecanizada e reducionista e por consequência, incapaz de promover mudanças no cenário em que está incorporado.

Outro provável causador das inadequações assistenciais na saúde é a intolerância religiosa aos adeptos de religiões de matrizes africanas. Surpreende-se um país multifacetado, como o Brasil, ser tão recorrente casos de intolerância religiosa, configurando-se como um gargalo social. Muito do desserviço de saúde às pessoas que são declaradas adeptas das religiões de matrizes decorrem dessa intolerância e do racismo religioso que intitula que os rituais desenvolvidos por essas pessoas, nesses espaços religiosos, têm conotação demonizadora. Essa visão deturpada dos templos religiosos cria muros assistenciais, impedindo que muitos usuários sequer acessem os estabelecimentos de saúde.

O art. XVIII da Declaração Universal dos Direitos Humanos explicita que:

Toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular” (Declaração Universal dos Direitos Humanos – Art. XVIII).

As inconformidades assistenciais são ainda mais intensas quando se trata de pessoas idosas afrodescendentes pertencentes a religiões afro-brasileiras. Grande parte das mulheres idosas negras sofrem discriminação e intolerância religiosa nas unidades prestadoras de cuidado à saúde. São vulnerabilizadas por receberem uma assistência inadequada, não legitimando a sua ancestralidade, a sua compreensão do processo de adoecimento e de cura, além de promoverem um ambiente hostil e adoecedor.

Há uma grande importância da compreensão da mulher idosa negra na formação das religiões afro-brasileiras, por terem um vasto conhecimento sobre o segredo dos orixás, além da influência e respeito que as mulheres idosas têm com seus filhos e filhas de santo. No Candomblé, por exemplo, chegada a velhice, essas mulheres são tratadas de uma forma diferente, se comparado ao tratamento que recebem fora do ilê (terreiro de candomblé) (Ferreira; Donato, 2017). Ainda assim, os terreiros que acolhem essas pessoas idosas não são alvos, pelos trabalhadores da saúde, de atividades voltadas para a promoção da saúde; são desprovidos de iniciativas de cunho assistencial que contemplem as singularidades desse público feminino.

Os terreiros refletem a pluralidade cultural dessas religiões, contudo, as práticas assistenciais dos profissionais de saúde não alcançam esses lugares. Muitos dos seus frequentadores recorrem às práticas terapêuticas aplicadas nos ilês para resolução temporária ou permanente de vários problemas de saúde, em resposta às práticas médicas não condizentes com as crenças dessas pessoas.

Há um distanciamento de ações assertivas aos filhos do ilê, mas especificamente às mulheres idosas negras. O acesso à saúde é parcial e unilateral, sendo ofertados às mulheres que não fazem parte dessas religiões, sendo culminado pelo racismo institucional, que não só fomenta desigualdades, mas determina quem terá acesso ou não à assistência de saúde de qualidade.

A escassez ou até mesmo a ausência de práticas de promoção à saúde nos terreiros ilustram como o racismo tem um caráter estrutural e que ele opera globalmente. Esse fenômeno fundamenta e reforça o cenário de discriminação e exclusão dessas mulheres negras.

É pertinente mencionar que no início do século XX essas religiões afro-brasileiras passaram a compor as narrativas dos principais pesquisadores dos estudos afro-brasileiros, que tinham o perfil de homens brancos, na maioria, eurocêntricos e estrangeiros. Os estudos publicados remetiam às suas excursões pelos terreiros e supervalorizavam determinadas

práticas nagô e, em contrapartida, inferiorizavam os candomblés de origem banto — Angola-congo e também de Caboclo. Há na biografia voltada para essa temática religiosa notáveis lacunas decorrentes de exclusões e racismo aos seus adeptos no país (Awure, 2020).

O racismo religioso é facilmente percebido, por exemplo, em ataques diretos aos adeptos dessas religiões, pelos incêndios, apedrejamentos e destruição aos Ilês. Práticas como essas estão ligadas ao ódio contra essas religiões. Os seus praticantes são violentados das mais variadas modalidades de violência, são desrespeitados por representantes do Estado. Os rituais e celebrações realizadas nos templos são satanizados e atacados como sendo práticas de “magia negra”, fazendo referência ao viés racial.

Não se promove melhoria da qualidade de vida dessas mulheres idosas negras se não houver diálogo harmônico entre saúde e religião. As práticas de saúde precisam estar embasadas na concepção de que o cuidado ofertado para um indivíduo de determinada religião pode ser considerado adocedor a outro indivíduo de outra religião. Saber contemplar as nuances da religiosidade e incorporar rotinas assistenciais isentas de discriminações étnico-raciais e religiosas são preceitos básicos para galgar uma atenção equânime.

Os profissionais da saúde devem ser ensinados, ainda que não sejam praticantes das religiões afro-brasileiras, que os Ilês são espaços riquíssimos para desenvolvimento de práticas de educação em saúde, e que a partir disso, podem promover melhoria das condições de vida e de saúde para os seus praticantes. Nesses templos religiosos, não só as mulheres idosas negras, mas sobretudo elas, são pilares destas expressões religiosas e guardiãs dessa cultura ancestral e precisam serem assistidas de forma ética e equânime, pensando para além da prevenção de doenças, mas para minimizar as marcas que essas mulheres carregam de uma vida de violações e sequestro das suas identidades.

3.5 Prevenção combinada

Dados epidemiológicos evidenciam um crescimento significativo da epidemia do HIV entre determinados grupos prioritários, como adolescentes e jovens, população negra, pessoas em situação de rua e indígenas. Somado ao maior risco de adquirir o HIV, esses grupos estão frequentemente sujeitos a práticas discriminatórias e estigmatização, além de barreiras de acesso aos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2017c; Ministério da Saúde, 2021a).

A pessoa idosa merece um olhar ainda mais cauteloso quando o assunto é a vulnerabilidade para o HIV/aids e outras IST, dentre vários motivos, sobretudo por não receberem informações acerca do sexo seguro, visto que muitos profissionais da saúde sequer legitimam a prática sexual na terceira idade. Deve-se considerar ainda que muitas dessas pessoas idosas desconhecem os riscos da prática sexual desprotegida e que só atrelam o uso do preservativo exclusivamente às pessoas mais jovens.

As orientações e recomendações voltadas para o sexo seguro ainda são restritas a determinados públicos, como os adultos jovens. A oferta de métodos de prevenção que oferecerem algum grau de proteção contra o HIV e outras ISTs nas relações sexuais é limitada, e não chega, em muitos casos, às pessoas idosas, comprometendo a sua autonomia e segurança, favorecendo vulnerabilidades individuais.

Com vistas a reforçar a oferta de ações direcionadas às populações em situação de maior vulnerabilidade para o HIV, hepatites virais e outras IST, a Prevenção Combinada torna-se estratégia prioritária nas diretrizes da política nacional de enfrentamento a essas infecções (Ministério da Saúde, 2017c; Ministério da Saúde, 2021a).

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por meio de um Guia publicado em 2016, trouxe pontos importantes sobre a PC, estratégia que deverá ser vista sob três aspectos a seguir (São Paulo, 2016):

1. É uma estratégia que combina diferentes estratégias comportamentais e/ou biomédicas de prevenção em diferentes momentos da vida do indivíduo;
2. É uma estratégia de prevenção que deve ser combinada com a pessoa que irá utilizá-la, considerando a particularidade, a realidade e a possibilidade de cada pessoa, por meio de um processo de aconselhamento dialogado;

3. É uma estratégia pautada no respeito aos direitos humanos e na autonomia das pessoas, mediante políticas públicas que garantam o acolhimento, a informação e o acesso aos serviços de saúde, principalmente para as pessoas mais vulneráveis.

Com o intuito de aumentar a proteção para essas infecções, é necessário entender que as diferentes estratégias de prevenção precisam ser combinadas e utilizadas regularmente. Da mesma maneira, o acesso aos meios de prevenção deverá ser garantido, como a retirada de preservativos na farmácia dos serviços de saúde, testagem para o HIV em vários momentos e serviços, assim como o acesso à Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) à noite e nos finais de semana nos serviços de urgência e emergência. O conceito de PC sugere que o cuidado em saúde deve “remeter à ideia de conjugação de diferentes ações de prevenção, tanto em relação ao vírus HIV quanto aos fatores associados à infecção, sendo este o ponto de partida para sua conceituação” (Ministério da Saúde, 2021a; Ministério da Saúde, 2017c; São Paulo, 2016).

A figura abaixo ilustra a representação gráfica da Prevenção Combinada. Nela é possível observar as diferentes formas de abordagens para dar uma resposta ao HIV e outras IST: testagem regular para o HIV; a prevenção da transmissão vertical; o tratamento das infecções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais; a imunização para as hepatites A e B; a redução de danos para usuários de álcool e outras drogas; a profilaxia pré-exposição (PrEP); a profilaxia pós-exposição (PEP); e o tratamento para todas as pessoas que já vivem com HIV.

Figura 1. Representação gráfica da Prevenção Combinada do HIV.



Essas estratégias de prevenção da PC têm forte impacto na resposta brasileira ao HIV/aids, às demais IST e às hepatites virais, e tornaram-se ainda mais direcionada a partir da incorporação de novas tecnologias, levando sempre em consideração o caráter concentrado da epidemia nas populações-chave (Ministério da Saúde, 2021a).

No Guia da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, já mencionado, estão listadas algumas estratégias de prevenção do HIV/aids e outras IST, a saber (São Paulo, 2016):

- **Preservativo peniano:** considerado um excelente método, o seu uso deve ser reforçado nos serviços de saúde e seu acesso facilitado a toda a população, principalmente para as populações mais vulneráveis. Ainda assim, vale ressaltar que essa não é a única prática para ser recomendada pelos profissionais da saúde.
- **Preservativo vaginal:** mais conhecido como “camisinha feminina”, esse método de barreira possui um anel que fica exteriorizado (para fora da vagina durante a relação sexual), dessa forma, oferece uma proteção adicional ao cobrir a área externa na vulva.

É importante mencionar a necessidade de estimular o uso regular do preservativo, o gerenciamento de risco e a adoção de outros mecanismos de prevenção, considerando o contexto de vida de cada pessoa. Nos casos de relacionamento sexual e ocorrência rompimento de preservativo ou a não utilização deste, deverá ser orientado, por profissional de saúde, sobre a PEP. Em casos de relacionamento sexual e exposições a situações de risco, ou dificuldade de aderir ao uso regular do preservativo, deverá ser orientado e aconselhado a pessoa sobre a alternativa da PrEP como possibilidade para sua parceria (Ministério da Saúde, 2021).

- **Gel Lubrificante:** é recomendado que o gel lubrificante seja sempre à base de água, tendo em vista que quando a base de óleo poderá danificar o preservativo, causando rompimento durante o ato sexual e comprometendo o viés do sexo seguro. O gel lubrificante tem papel considerável na prevenção da transmissão sexual do HIV, pelo fato de que seu uso nas práticas sexuais diminui o atrito e a possibilidade de provocar micro lesões das mucosas genitais e anais, lesões estas, que atuam como porta de entrada para microorganismos causadores de IST;
- **Acordos:** estes acordos entre casais estáveis são referentes às formas de proteção, dentro e fora da relação, onde ambos realizam o teste para detecção do HIV e outras IST, considerando a janela imunológica das mesmas. Em caso de resultados

negativos, ambos poderão praticar o ato sexual sem preservativo, desde que se comprometam a utilizá-lo em caso de relações extraconjugais;

- **Tratamento das IST:** considerando que as infecções sexualmente transmissíveis são portas de entrada para o HIV, outra tecnologia utilizada na prevenção é a abordagem sindrômica das IST. Na presença dessas infecções, estas frequentemente se associam e são facilitadoras umas das outras. Assim, tratando uma ou mais IST, além de aliviar os danos e a evolução da infecção, minimiza drasticamente o risco de transmissão ou aquisição de HIV;
- **A busca de parcerias sexuais:** todos os envolvidos, na ocorrência de uma IST, deverão ser alvos de intervenção. Assim, o manejo das parcerias sexuais é crucial em qualquer estratégia preventiva, sendo considerado um dos alvos nas condutas dos profissionais de saúde. No quadro de profissionais de enfermagem, os(as) enfermeiros(as) sobretudo, têm importante contribuição no enfrentamento das IST.

Em suma, na figura abaixo estão listadas as intervenções da Prevenção Combinada do HIV.

Figura 2. Intervenções da Prevenção Combinada do HIV.

DIMENSÃO ESTRUTURAL	DIMENSÃO COMPORTAMENTAL	DIMENSÃO BIOMÉDICA
<ul style="list-style-type: none"> • Políticas públicas • Arcabouço legal e normativo • Contexto, condições socioambientais e determinantes sociais • Cultura, moral e religiões • Economia, financiamentos, acesso a trabalho e renda • Desigualdades de raça e gênero • Violências • Redução de danos (dimensão legal; criminalização) 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação, Comunicação e Educação • Acolhimento, aconselhamento e autocuidado • Adesão e vinculação • Redução de danos (medidas preventivas adotadas, singularmente, para diminuir riscos e danos associados às práticas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Testes • Insumos de prevenção e redução de danos (oferta de insumos para o não compartilhamento de objetos) • Prevenção da Transmissão Vertical • Imunização • Tratamento de IST • Redução de danos (medidas preventivas adotadas, singularmente, para diminuir riscos e danos associados às práticas) • Tratamento e cuidado integral • Terapia antirretroviral • Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) • Profilaxia Pós-Exposição (PEP)

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Na ilustração é possível visualizar que as intervenções têm por objetivo alcançar as três dimensões identificadas como fatores que contribuem para a transmissão do HIV, sendo a

dimensão estrutural que engloba aspectos voltados à parte política, social, econômica e legal; a dimensão comportamental que engloba práticas, atitudes, condutas, hábitos e rotinas que podem resultar em potencial risco de infecção pelo HIV e a dimensão biomédica que considera a interação de indivíduos com o HIV, em práticas individuais e coletivas (Ministério da Saúde, 2017c).

A má adesão das pessoas idosas ao uso regular do preservativo e de outras estratégias de prevenção ao HIV/aids e outras IST se configura como uma vulnerabilidade individual nesse grupo etário. Muito da resistência desse grupo ao uso do preservativo, se dá pelo fato desses indivíduos considerarem apenas a fertilidade como indicativo para a sua utilização. Outro fator que atrapalha nessa adesão é a falta de concordância entre os casais. A soma desses fatores, adicionando o aumento da expectativa de vida, a maior vivência da prática sexual desse grupo e a falta de orientação dos profissionais de saúde acerca do sexo seguro, têm contribuído no aumento da infecção pelo HIV nesse segmento populacional.

São necessários esforços para a prevenção do HIV/aids em pessoas idosas. As intervenções da Prevenção Combinada precisam alcançar essas pessoas, mediante abordagem que promova mudanças nas práticas e comportamentos sexuais que oferecem riscos. A abstinência sexual não pode ser indicada para a pessoa idosa como uma opção para prevenção das IST. Os profissionais da saúde, na verdade, precisam legitimar a vivência da sexualidade entre as pessoas idosas e a sua prática deverá ser prazerosa e segura, além disso, precisam desenvolver estratégias direcionadas, considerando o contexto individual, a aceitação e o estilo de vida.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo metodológico em que se utilizou de maneira sistemática conhecimentos científicos e de leigos com vistas à construção e avaliação de um novo instrumento de desenvolvimento tecnológico em saúde sobre prevenção combinada do HIV para as idosas negras de religiões de matrizes africanas. Dado o aumento das demandas por avaliações de resultados sólidos e fidedignos, exigentes testes de intervenções e procedimentos robustos de obtenção de dados, constata-se um aumento do interesse dos enfermeiros pesquisadores em pesquisa metodológica (Polit; Beck, 2011).

Fundamentado pelas recomendações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e da Política Nacional do Idoso, a pesquisa foi realizada em cumprimento às seguintes etapas: a) Revisão Integrativa da Literatura para fundamentar o conteúdo da cartilha educacional; b) estudo qualitativo, exploratório e descritivo com as idosas negras sobre preservativos e gel lubrificante como estratégias da prevenção combinada do HIV; c) construção da cartilha educacional; d) realização da avaliação de conteúdo, semântica e aparência da cartilha junto aos juízes especialistas; e) realização da avaliação de conteúdo, semântica e aparência com as participantes do estudo.

4.2 Cenário do estudo

O estudo foi realizado no Terreiro de Culto Afro-Brasileiro Ilê Axé Oxum Ipondá. Associação civil de direito privado, religioso, filantrópico e sem fins lucrativos, na cidade de Olinda-PE, Nordeste do Brasil. O templo é de responsabilidade da Yalorixá, pessoa negra, Mãe Iná de Oxum (Inajá Soares), conhecida popularmente como “Mãe de santo”. A Ylorixá é a sacerdotisa de um terreiro, pessoa incumbida de gerenciar esse espaço e a sua liturgia (ritos e cerimônias).

A casa de Candomblé é regida pela Nação Nagô, para distinguir seus segmentos, diferenciados pelo dialeto utilizado nos rituais, o toque dos atabaques e a liturgia. Em suma, é compreendida como a organização religiosa e cultural de cada terreiro. Nesse terreiro são realizados procedimentos de rituais religiosos pelos cultos, cânticos, louvores, trabalhos espirituais, sociais e culturais, além da luta pela integração social e defesa da cidadania de seus associados.

A escolha pela realização da pesquisa nesse Ilê se deu pelo fato de que, no leque de serviços prestados à sociedade, o terreiro contempla a promoção do estudo e pesquisa de aspecto científico, filosófico e histórico da cultura afro-brasileira, bem como sua difusão por

meio de cursos, palestras e quaisquer formas possíveis que objetivem o resgate destas tradições, além disso, nesse espaço são promovidas parcerias com outros terreiros de cultos afro-brasileiros, escolas, institutos, fundações, universidades e instituições educacionais, culturais, nacionais e estrangeiras.

O terreiro presta serviços de assistência social, com programas de integração, atividades lúdicas e troca de experiências. Na saúde, são desenvolvidas as seguintes ações, em parceria com Unidades de Saúde da Família: testagem rápida para HIV, VDRL, Hepatite B e C, atendimento médico, avaliação nutricional, imunização contra Influenza e Covid-19 e exame citopatológico.

Destarte, o referido terreiro configura-se como um espaço rico em conhecimento e de muita potencialidade para atividades de cunho acadêmico e social, favorecendo mais qualidade de vida aos seus frequentadores.

4.3 Participantes do estudo

Cinco mulheres idosas negras do Terreiro de Culto Afro-Brasileiro Ilê Axé Oxum Ipondá participaram deste estudo, definidas por amostragem do tipo não probabilística de conveniência, que se justifica pela necessidade em reunir a população de interesse, por possuírem características próprias ou de difícil identificação (Sampieri; Collado; Lucio, 2013).

4.4 Critérios de inclusão e exclusão das idosas negras de religiões de matrizes africanas

- Critérios de inclusão: idosas, autodeclaradas negras e frequentadoras do Terreiro de Culto Afro-Brasileiro Ilê Axé Oxum Ipondá.
- Critérios de exclusão: idosas com comorbidades físicas ou intelectuais que impossibilitaram a participação no estudo.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão dos juízes especialistas

- Critérios de inclusão: juízes que apresentassem conhecimento e habilidade acerca da temática, selecionados a partir dos critérios de Jasper.
- Critérios de exclusão: juízes com comorbidades físicas ou intelectuais que impossibilitaram a participação no estudo.

4.6 Recrutamento

4.6.1 Recrutamento das idosas negras de religiões de matrizes africanas

Através da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, foi realizado um contato, via celular, com a Yalorixá, pessoa responsável pelo terreiro. Nesse primeiro contato, foi agendada uma reunião presencial para apresentar a proposta da pesquisa, esclarecendo os objetivos do estudo e os benefícios da sua realização. Foi entregue a carta de solicitação de anuência, assinada, permitindo a realização da pesquisa no tempo religioso (**Apêndice A**)

A Yalorixá foi a responsável por contactar as mulheres idosas negras do terreiro e agendar uma data para a pesquisadora apresentar a proposta do estudo a elas. Segundo contato posterior, via WhatsApp, a responsável do Ilê informou que algumas idosas negras, ainda que atendessem aos critérios de inclusão, não poderiam participar da pesquisa, por questões de estarem em obrigações (cerimônias internas do candomblé)

Ressalta-se que o agendamento da apresentação do projeto às idosas foi conforme o cronograma de atividades realizadas no Ilê. A justificativa para esse contato prévio com o público-alvo se deu para possíveis adequações do estudo, no entanto, as questões do formulário individual de entrevista não foram apresentadas naquele momento para evitar possível viés de respostas.

No dia da apresentação da proposta, as cinco idosas atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa voluntariamente.

4.6.2 Recrutamento dos juízes especialistas

A seleção dos juízes foi realizada por meio de amostragem não probabilística Bola de neve, técnica empregada para localizar amostras difíceis de serem encontradas (Polit; Beck, 2011). Para a composição dos juízes foram considerados os critérios de Pasquali que definem o quantitativo entre 6 e 20 especialistas (Medeiros, 2015). Seis juízes compuseram a amostragem.

Essa etapa obedeceu aos seguintes critérios determinados por Jasper (1994): possuir habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto; habilidade/conhecimento adquirido pela experiência; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; ter aprovação em um teste específico para identificar juízes; e ter classificação alta atribuída por uma autoridade. Reitera-se que foram atendidos, pelo menos, dois critérios (Jasper, 1994). O Quadro 2 apresenta os requisitos para definição dos juízes e as

características de cada requisito, elaborada para este estudo com objetivo de identificar e selecionar os juízes especialistas.

Quadro 2. Requisitos adaptados para definição de juízes de propostos por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para seleção e recrutamento na temática da prevenção combinada do HIV. Recife-PE, Brasil, 2024.

Requisitos	Características
<p>Habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Possuir título de doutor, com tese nas áreas de interesse (População negra e/ou HIV/aids e/ou Espiritualidade/Religiosidade e/ou HIV/aids e demais IST e/ou Prevenção Combinada); ● Possuir título de mestre, com dissertação nas áreas de interesse (População negra e/ou HIV/aids e/ou Espiritualidade/Religiosidade e/ou HIV/aids e demais IST e/ou Prevenção Combinada); ● Possuir título de especialista na área de interesse (População negra e/ou HIV/aids e/ou Espiritualidade/Religiosidade e/ou HIV/aids e demais IST e/ou Prevenção Combinada); ● Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação Stricto sensu (Mestrado ou Doutorado) na área de interesse (População negra e/ou HIV/aids e/ou Espiritualidade/Religiosidade e/ou HIV/aids e demais IST e/ou Prevenção Combinada).
<p>Habilidade/conhecimento adquirido pela experiência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ter experiência profissional assistencial com infecções sexualmente transmissíveis, HIV por um período mínimo de 1 ano; ● Ter experiência com a população negra e com pessoas idosas.

<p>Habilidade especial em determinado tipo de estudo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas nas áreas de interesse; • Ter autoria em artigo(s) científico(s) com temáticas relativas às áreas de interesse, em periódicos classificados pela CAPES; • Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto Sensu</i> com temática(s) relativa(s) às áreas de interesse (População negra e/ou HIV/aids e/ou Espiritualidade/Religiosidade e/ou HIV/aids e demais IST e/ou Prevenção Combinada).
<p>Aprovação em um teste específico para identificar juízes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ser profissional de saúde com título em saúde da pessoa idosa.
<p>Classificação alta atribuída por uma autoridade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ter recebido de instituição científica conhecida, homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse (População negra e/ou HIV/aids e/ou Espiritualidade/Religiosidade e/ou HIV/aids e demais IST e/ou Prevenção Combinada). • Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), na área de interesse (População negra e/ou HIV/aids e/ou Espiritualidade/Religiosidade e/ou HIV/aids e demais IST e/ou Prevenção Combinada).

Fonte: Autora, 2024.

Foi realizada, para a verificação dos critérios de elegibilidade, a consulta dos currículos na plataforma Lattes disponibilizado no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), mediante os seguintes filtros: prevenção combinada AND idoso AND HIV/aids AND espiritualidade. Aos 30 juízes que atenderam os

critérios de elegibilidade e os requisitos propostos por Jasper (1994), foi enviada uma carta convite via *e-mail*, com informações sobre os objetivos da pesquisa e convidando-os a participarem (**Apêndice B**). Houve a solicitação de indicação de outros juízes por amostragem bola de neve objetivando alcançar o maior alcance dos juízes especialistas.

Dos 30 juízes contactados, apenas 6 profissionais, concordaram em participar do estudo. Assim sendo, foi enviado o TCLE (**Apêndice C**) e um questionário individual de caracterização dos juízes, com a cartilha e com instrumento de avaliação com escala do tipo Likert (Alexandre; Coluci, 2011) (**Apêndice D**). Foi disponibilizado um prazo de 15 dias para o preenchimento, análise e considerações. Pensando em facilitar o preenchimento adequado do instrumento, os juízes receberam instruções quanto aos critérios analisados.

A seguir estão descritas as etapas do estudo.

4.7 Primeira etapa: Revisão Integrativa da Literatura

Inicialmente foi realizada a Revisão Integrativa da Literatura “Evidências científicas sobre tecnologias para idosos negros sobre a prevenção combinada”, publicada na Revista Foco em 2023.

O levantamento da literatura duplo cego de pesquisadores independentes foi realizado no mês de janeiro e março de 2023, por meio de consultas nas Bases de Dados via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCOPUS e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

Foram selecionados os descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Pessoa Idosa”; “Tecnologia Educacional”; “Educação em Saúde” e “HIV”, bem como os seus equivalentes na língua inglesa disponível no Medical Subject Headings (MeSH): “Elderly”, “Educational technology”, “Health Education” e “HIV”.

Após os critérios de inclusão e exclusão, quatro artigos foram eleitos para compor o estudo. As evidências científicas elucidaram que dentre as tecnologias educativas construídas e utilizadas entre pessoas idosas negras (cartilhas, jogo de tabuleiro e mandala) houve impactos positivos, cuja consolidação da autonomia destes foi demonstrada na maioria dos estudos. Constatou-se que o uso dessas tecnologias foi primordial no incentivo ao uso de

preservativos, minimização de comportamentos de risco, aumento da autonomia e maior informação sobre as testagens para HIV e outras IST (Batista *et al.*, 2023).

Outro resultado verificado foi que os estudos evidenciaram disparidades étnicas e raciais no contágio às Infecções Sexualmente Transmissíveis, sobretudo HIV/aids, o que indica que para as tecnologias serem consideradas ferramentas efetivas de enfrentamento a essas infecções, os seus criadores devem considerar que o HIV/aids é permeado por diversas interseccionalidades, como racismo, questões de orientação sexual e identidade de gênero (Batista *et al.*, 2023).

Foi constatado que a utilização da cartilha pode ser exitosa na prevenção combinada do HIV em pessoas idosas, por permitir a disseminação de conhecimentos sobre as formas de prevenção ao HIV/aids e demais ISTs (Batista *et al.*, 2023). Portanto, optou-se pela construção da cartilha educacional como ferramenta ao fortalecimento da Prevenção Combinada do HIV.

4.8 Segunda etapa: Estudo qualitativo, exploratório e descritivo com idosas negras de religiões de matrizes africanas

4.8.1 Procedimentos para a coleta de dados

Foram realizadas cinco entrevistas individuais no salão do Ilê Axé Oxum Ipondá, espaço decorado com estátuas, representando os Orixás do Candomblé, vestes e bebidas utilizadas nas cerimônias do tempo.

As entrevistas ocorreram por meio de um roteiro semi estruturado, mediante assinatura do TCLE (**Apêndice E**). Para tanto, o roteiro foi composto por um conjunto de perguntas abertas, possibilitando que as mulheres idosas discorrerem sobre o tema, sem, contudo, se prenderem às perguntas formuladas (Minayo, 2014) (**Apêndice F**).

Este roteiro foi avaliado por integrantes do Grupo de Pesquisa cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa Brasil/CNPq/UFPE “Enfermagem na Diversidade Sexual e Identidade de Gênero”, coordenado pelos professores Drs. Ednaldo Cavalcante de Araújo e Elizabeth Cordeiro Fernandes. Essa avaliação prévia teve como finalidade avaliar se as perguntas do roteiro eram confiáveis e precisas para o que se planeja investigar. Além disso, as idosas responderam a um instrumento composto por dados sociodemográficos, dados relacionados à saúde e comportamento das idosas (**Apêndice G**).

A coleta de dados ocorreu conforme a disponibilidade de cada idosa, na intenção de preservar a individualidade, o anonimato e a autonomia. Na ocasião dessa reunião, as participantes foram informadas a respeito dos objetivos e procedimentos na condução da pesquisa, bem como, da confiabilidade dos dados e do anonimato da sua colaboração; também, foi destacado o caráter voluntário da pesquisa, deixando-as à vontade para escolher participar ou não. Assim, ao aceitarem e após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice H**) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento (**Apêndice I**).

As entrevistas foram gravadas em dois aparelhos celulares da pesquisadora e tiveram duração média de 40 minutos. Foram realizados registros fotográficos, pelo consentimento das entrevistadas. As entrevistas não sofreram interferências valorativas sobre o que estava sendo expresso, contudo, em caso de surgimento de uma estrutura relevante na fala, prontamente, foi feito um esforço para um melhor detalhamento das informações ou incorporação de novos questionamentos. Ao enfatizar a palavra como instrumento privilegiado de coleta de informações, abre-se a possibilidade de revelar condições estruturais, sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmitir as representações grupais em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, características que tornam a palavra expressão das relações e conflitos (Assis *et al.*, 2018).

4.9 Terceira etapa: Construção da Cartilha educacional << Prevenção combinada do HIV para idosas negras de religiões de matrizes africanas >>

A partir dos resultados da Revisão Integrativa da Literatura, da análise das falas que emergiram no estudo qualitativo e da fundamentação teórica da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e da Política Nacional do Idoso, foi iniciada a construção da cartilha educacional, considerando o nível de instrução/escolaridade das participantes. A tecnologia escolhida contou com informações confiáveis, a partir de leituras de manuais e apropriadas ao contexto socioeconômico e cultural delas.

A construção da cartilha foi realizada pela pesquisadora principal deste estudo, de identidade racial e religiosa com a temática do estudo. Por ser mulher negra, de periferia, do Candomblé e por ter em sua família mulheres idosas negras que já foram escravizadas, como bisavós, além de terem sido silenciadas e violentadas pelo sistema do racismo estrutural, ao construir a cartilha dou voz às minhas ancestrais, respeito ao legado de todas que vieram antes de mim, e as referencio pelas força e capacidade de romper barreiras e preconceitos.

A escolha deste recurso educacional ainda se justifica pelas evidências científicas que destacam a cartilha como material de fácil utilização, didático, acessível e educativo, favorecendo a compreensão do público-alvo (Rufatto *et al.*, 2021). O emprego dessa tecnologia pode facilitar as relações entre os serviços de saúde e a pessoa idosa, aprimorando o escopo de cuidados voltados à área da saúde sexual (Haesler; Bauer; Fetherstonhaugh, 2016).

Os resultados de um estudo mostra que por meio de ilustrações empregadas em cartilhas, o conhecimento da infecção pelo HIV e a busca de um adequado controle, podem contribuir na prevenção da infecção em pessoas idosas (Cordeiro *et al.*, 2017).

Assim, a escolha no desenvolvimento da cartilha educacional sustentou-se em pesquisas que comprovam que as tecnologias mais adequadas para contribuir no processo de educação em saúde são as com ilustrações e linguagem simples, conforme o nível educacional e cultural do público-alvo. Aspectos como esses favorecem a habilidade, autonomia e a adesão aos meios de prevenção e tratamento de infecções, como o HIV (Tele *et al.*, 2014; Benevides *et al.*, 2016).

Ressalta-se que foram elaborados conteúdos de falas condizentes com a realidade das idosas participantes deste estudo, respeitada a linguagem regional e do terreiro. Para auxiliar no processo de formatação de imagens e conteúdo de falas foi utilizado o programa Canva, plataforma de design gráfico que permite aos usuários criarem conteúdos gratuitos e pagos.

O processo de construção foi embasado nas orientações Moreira e seus colaboradores, adaptado para este estudo, que apresentam aspectos relacionados à linguagem, ilustração e *layout*, onde o profissional da saúde deve considerar na elaboração de materiais educativos, para torná-los legíveis, compreensíveis, eficazes e culturalmente relevantes (Moreira *et al.*, 2003). As recomendações preconizadas pelos referidos autores encontram-se disponíveis no quadro a seguir:

Quadro 3. Aspectos da Linguagem, Ilustração e Layout que devem ser considerados na elaboração do material educativo em saúde, segundo Moreira e colaboradores.

L I N G U A G E M	<p>1 — A credibilidade da mensagem: Comunicar uma mensagem de credibilidade em que está relacionada com o autor e a fonte da mensagem, devendo ambos ser confiáveis e apropriados ao contexto socioeconômico e cultural.</p> <p>2 — Apresentação da mensagem: Apresentar o leito 3 a 4 ideias principais por documento ou seção; Desenvolver uma ideia por vez para evitar confundir o leitor; Evitar listas longas; apresentar conceitos e ações em ordem lógica; Incluir apenas informações necessárias.</p> <p>3 — Estrutura da frase e seleção das palavras: Utilizar palavras curtas; elaborar em linguagem conversacional pela facilidade de compreensão; Usar a voz ativa; evitar termos técnicos e científicos, se forem indispensáveis, explicar em linguagem de fácil compreensão; Usar analogias familiares ao público-alvo; Evitar siglas.</p> <p>4 — Não discriminação das diferenças culturais e raciais: Identificar um grupo de pessoas pela raça ou etnia, através do termo adotado pelo mesmo; Elaborar mensagens adequadas a cada grupo ou subgrupo cultural, ou étnico.</p>
--	---

I L U S T R A Ç Ã O	<p>1 — Seleção da ilustração: Limitar o número de ilustrações para não sobrecarregar o material; Selecionar ilustrações que ajudem a explicar ou enfatizar pontos e ideias importantes do texto; Evitar ilustrações abstratas que tenham apenas função decorativa no texto; Usar ilustrações apropriadas ao leitor, evitando ilustrar material dirigido ao público adulto/pessoa idosa com motivos infanto-juvenis e vice-versa; Usar ilustrações de órgãos internos do corpo ou de pequenos objetos, utilizar imagens realistas e colocá-las no contexto real; Usar fotos e ilustrações de boa qualidade e alta definição.</p> <p>2 — Ilustrações sensíveis e relevantes culturalmente: Usar imagens e símbolos familiares ao público alvo, que permitam as pessoas se identificar com a mensagem; Considerar, nas ilustrações apresentadas, as características raciais e étnicas do público alvo; Mostrar pessoas dos mais variados grupos, idades e etnias, se o material for para um público diverso.</p> <p>Disposição das ilustrações: Disponer as ilustrações de modo fácil, para o leitor segui-las e entendê-las; Apresentar uma mensagem por ilustração; Ilustrar apenas os pontos mais importantes a fim de evitar material muito denso.</p>
L A Y O U T	<p>1 — Fontes, cores e sombreamentos: Usar fonte 12, no mínimo. Se o material se destina ao público adulto, usar, no mínimo, 14; Usar fontes para os títulos, dois pontos maiores que as do texto; Evitar textos apenas com fontes estilizadas e maiúsculas por dificultarem a leitura; Usar itálico, negrito e sublinhado apenas para os títulos ou para destaques; Usar as cores com sensibilidade e cautela, para não super colorir, deixando o material visualmente poluído; Impressão preta sobre fundo claro é mais fácil de se ler.</p> <p>2 — Capa de efeito atrativo: Fazer uma capa com imagens, cores e texto atrativos; Mostrar a mensagem principal e o público alvo, na capa, permitindo que o leitor capte a mensagem principal apenas por sua visualização.</p> <p>3 — Organização da mensagem para facilitar a ação desejada e a lembrança: Sinalizar adequadamente os tópicos e subtópicos, usando recursos, como títulos, subtítulos, negritos e marcadores; Colocar a informação mais importante no início e no fim do documento; Organizar as ideias no texto, na mesma sequência onde o público alvo irá usá-las.</p>

Fonte: Moreira *et al.*, 2003.

4.10 Quarta etapa: Realização da avaliação de conteúdo, semântica e aparência da cartilha educacional junto aos juízes especialistas

Após aceitarem participar do estudo, os juízes responderam questionário de caracterização dos juízes com instrumento de avaliação. O instrumento foi composto por questões com escala do tipo Likert e um campo para sugestões para cada item analisado contendo aspectos dos objetivos, estrutura e apresentação, e relevância da cartilha educacional sobre a prevenção combinada do HIV para as mulheres idosas negras do Ilê (Apêndice D), com tempo de duração do preenchimento de 30 minutos.

A relevância dos itens pontuados teve quatro níveis de valoração, além de espaço para sugestão, como apresentado no quadro 4. A adequação do conteúdo foi considerada após análise e nenhuma sugestão, em seguida será submetido à avaliação pelo público-alvo.

Quadro 4. Escala de valoração do tipo Likert. Recife–PE, Brasil, 2024.

Pontos	Valoração
1	Irrelevante
2	Pouco relevante
3	Relevante
4	Extremamente relevante

Fonte: Alexandre; Coluci (2011).

4.11 Quinta etapa: Realização da avaliação de conteúdo, semântica e aparência da Cartilha educacional pelas idosas negras de religiões de matrizes africanas

Após a avaliação com os juízes especialistas, que avaliaram o conteúdo da Cartilha educacional, ocorreu a etapa de avaliação pelas mulheres idosas negras de religiões de matrizes africanas, que consistiu na apresentação presencial da Cartilha, após a avaliação de conteúdo, semântica e aparência pelas idosas. Esta etapa foi de suma importância, pois possibilitou verificar a compreensão, a inserção de algum item ou o detalhamento dele. Foi entregue um instrumento de avaliação com prazo de 7 dias para o preenchimento, análise e considerações.

Além de questões com escala do tipo Likert e um campo para sugestões para cada item analisado em relação ao conteúdo, semântica e aparência da Cartilha conforme Quadro 4, com tempo de duração do preenchimento de 30 minutos, foram consideradas as dificuldades e observações feitas pelas idosas, procedendo com os ajustes foram integrados e consolidados à versão final da Cartilha.

Ressalta-se que, considerando que a pesquisadora residia em uma cidade distante do Ilê, as mulheres idosas, por decisão própria, optaram por fazerem a avaliação da cartilha naquele mesmo dia de sua apresentação, para otimizar o tempo da pesquisadora.

5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, com o N. CAAE 70872723.2.0000.5208. Assim, as participantes do estudo foram convidadas a participar desse estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional da Saúde, o qual foi apresentado em duas vias, ficando uma delas sob a guarda da pesquisadora e a outra com as participantes. Não houve nenhum tipo de remuneração nesta pesquisa.

A coleta com as participantes a pesquisadora obedeceu a todas as exigências feitas pela responsável pelo terreiro, no sentido do que é permitido ou não ser registrado, garantindo que foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes do Terreiro de Culto Afro-Brasileiro Ilê Axé Oxum Ipondá, Olinda-PE.

A pesquisadora deste estudo passou por um treinamento com o Grupo de Pesquisa Enfermagem e Saúde Integral à Diversidade Sexual e Identidade de Gênero, para garantir que estivesse habilitada à técnica de coleta de dados.

Tratando-se de um estudo voltado para a perspectiva da prática sexual, houve o risco das entrevistadas fossem submetidas a perguntas que as julgassem sensíveis, desse modo, a pesquisadora, além de promover um ambiente acolhedor, com escuta qualificada, esteve atenta em reconhecer sinais que pudessem indicar desconforto às perguntas, além de explicitar às idosas a liberdade para não responder questões que julgassem constrangedoras.

Outro provável risco trata-se da invasão de privacidade durante as entrevistas; dessa forma, foi garantido privacidade e local reservado, sem a presença de terceiros. Somente mediante autorização, foram realizadas fotografias durante as entrevistas.

Além disso, no que se refere ao risco de divulgação dos relatos confidenciais, foi assegurada a confidencialidade e a privacidade das gravações durante a coleta dos dados, garantindo que as informações não seriam utilizadas por pessoas não vinculadas com a pesquisa. Considerando que os depoimentos seriam armazenados no gravador, foi assegurado que esses materiais não seriam compartilhados com terceiros. Os dados coletados foram considerados confidenciais como propriedade conjunta das partes envolvidas. As informações pessoais foram excluídas e não foram utilizadas para qualquer fim. Apenas os resultados foram inseridos no estudo, estando as voluntárias cientes disto. Os dados da pesquisa ficaram sob cuidado exclusivo da pesquisadora, mantendo em sigilo suas identidades. (**Apêndice J**).

Os formulários estruturados respondidos pelas participantes, foram armazenados em pastas de arquivo no computador pessoal, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa, descartadas após este período, sob a responsabilidade do pesquisador orientador, no endereço Universidade Federal de Pernambuco — Curso de Graduação em Enfermagem — Av. Prof. Moraes Rego, 1235 — Cidade Universitária — Recife–PE, Brasil CEP: 50.670-901 Fone: 081-2126-8543 Tel. Celular: (81)98695-6072 E-mail: ednaldo.araujo@ufpe.br

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, as participantes poderiam consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n — 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife–PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 — e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br**

Durante a coleta, surgiu a possibilidade da dificuldade de interação das entrevistadas com a pesquisadora, em razão da temática abordada. Para minimizar o desconforto, as entrevistas foram realizadas por meio da dialogicidade, ambiência e retirada de dúvidas. Nesse último ponto, foi fornecido a estas participantes o contato da entrevistadora. Outro possível risco tratou-se da interferência na rotina do público-alvo, para evitar ou minimizá-lo, a coleta de dados seguiu o cronograma de atividades realizadas no Ilê.

Para além dos riscos e as suas formas de minimização com o público-alvo, incluem-se os juízes especialistas neste aspecto ético. A pesquisadora assumiu a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos tanto às participantes do estudo (pessoas idosas) quanto aos juízes. Caso, porventura, estes sofressem qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, garantida pela pesquisadora, teria direito à indenização. Em hipótese alguma foi exigido, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano, caso tivesse ocorrido. O formulário de consentimento livre e esclarecido não afastou essa responsabilidade, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais.

Assim, visando a reduzir ao máximo os riscos durante a realização da pesquisa, foi adotada uma vigilância ética, sendo garantida ainda a suspensão imediata da pesquisa ao constatar danos às entrevistadas.

Como com as participantes desse estudo, também foi assegurada a confidencialidade e a privacidade dos questionários de caracterização dos juízes, sendo garantido que essas informações seriam utilizadas exclusivamente pela pesquisadora. As informações pessoais foram excluídas e não foram utilizadas para quaisquer fins.

6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados de outubro e novembro de 2023, no salão do Ilê Axé Oxum Ipondá, Olinda–PE. Para analisar as entrevistas foi empregada a Técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática Categorial, pela operacionalização das seguintes etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material e, 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira etapa foi desenvolvida em quatro etapas: a) leitura flutuante, momento de demarcação das informações presentes nas transcrições, obtendo impressões e orientações; b) a escolha dos documentos, momento da definição do corpus do estudo, obedecendo às regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; c) construção de objetivos, que se dá a partir da leitura inicial dos dados constitutivos do corpus; e d) a elaboração de indicadores, que representam a interpretação do material coletado.

A etapa de exploração do material envolveu a construção do processo de codificação e considerou os recortes feitos nas transcrições, sendo as informações agrupadas em categorias temáticas (Silva, Fossá, 2013). Ou seja, dos recortes das falas transcritas, foram extraídas as unidades de registo.

A terceira fase descrita por Bardin (1977) consistiu no tratamento dos resultados e interpretação. A partir daí, a pesquisadora passou a ter os resultados significativos, podendo propor interpretações acerca dos objetivos previstos.

Uma vez realizada as entrevistas, elas foram transcritas e arquivadas em Word (fase 1). A partir da fase 2, os dados foram organizados em planilhas de Excel, considerando uma sequência que considerou a ordem de realização das entrevistas realizadas, ou seja, E1 para a primeira entrevista e assim sucessivamente. Em seguida, foram realizados os recortes a partir da convergência com o conteúdo semântico e logo após foram registradas separadamente. A etapa que estabeleceu a criação das categorias considerou os princípios estabelecidos por Bardin (1977), não distorcendo a mensagem transmitida, à objetividade/fidelidade na compreensão e clareza e à produtividade. Por fim, as categorias finais foram constituídas pela síntese dos significados revelados pelas entrevistas que puderem ser identificadas durante a análise realizada no estudo.

O instrumento de coleta de informações foi baseado no método de questionário aberto, cujas questões foram discursivas e não obrigatórias, mas necessárias para o alcance dos objetivos deste estudo, quais sejam: “Fale-me sobre o uso do preservativo peniano e vaginal. O que você sabe sobre preservativo? Sabe da importância?” “Como você usa o

preservativo vaginal? Caso não use, por que não utiliza? Já usou?” “Como você usa o gel lubrificante?” “Caso você não use, mas já usou? Sabe da importância?” “Caso você use preservativo, onde você adquire os preservativos? Caso não use atualmente, mas já tenha usado, como adquiriria?” “Onde você os acondiciona (guarda)?” “Mesmo que não utilize, sabe como armazenar?” “Caso tenha usado ou ainda use preservativo, você negocia o uso do preservativo com o parceiro/parceira/parcerias sexuais?” “Você faz uso de outro método de barreira para Infecções Sexualmente Transmissíveis, além dos preservativos?” “Você sabe como utilizar os preservativos? Como?” “Você tem acesso a informações confiáveis sobre o uso dos preservativos e o sexo seguro?” “Você sabe o que é Profilaxia pré-exposição (PrEP)?” “Você o que é Profilaxia Pós-Exposição? Já fez uso?” “Você sabe o que é prevenção combinada? Já recebeu informações?”

Esse instrumento de coleta de informações foi disponibilizado aos participantes após a aceitação da participação na pesquisa e a explicação da metodologia do estudo.

Para a análise da avaliação da cartilha pelos juízes especialista e participantes, foi empregado o índice de validade de conteúdo (IVC) (Content Validity Index–CVI) maior ou igual a $\geq 0,78$. O IVC mede a proporção de concordância através da escala do tipo Likert com valoração de um a quatro, calculado por meio do somatório de concordância dos itens marcados “3” e “4” dividido pelo total de respostas (Alexandre; Coluci, 2011). Vale ressaltar que será considerado as sugestões dos especialistas e público-alvo para manutenção, alteração, divisão e/ou exclusão dos itens no produto final.

Fórmula para o cálculo do IVC: Número de respostas 3 ou 4

Número total de respostas

Para a organização, processamento e apresentação dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 Perfil do público-alvo e dos juízes especialistas do estudo

Participaram do estudo cinco idosas autodeclaradas negras, com idade média de 70 anos de idade, identificadas por pseudônimo de Orixás femininas (Iansã, Iemanjá, Nanã, Oxum e Obá).

Os pseudônimos escolhidos para intitular cada idosa são representações de algumas Orixás femininas do Candomblé (divindades da religião). O motivo por essa escolha foi pela representatividade feminina e pela sensação de pertencimento ao serem identificadas pelas divindades que as regem.

O perfil das participantes do estudo está descrito no Quadro 5.

Quadro 5. Perfil sociodemográfico das idosas negras de religiões de matrizes africanas. Recife–PE, Brasil, 2024.

Nome fictício	Idade	Procedência	Escolaridade	Renda	Estado conjugal	Filho
Iemanjá	69	Recife	Ensino médio completo	Mais de 3 a 4 salários mínimos	Viúva	Sim
Iansã	68	Recife	Ensino fundamental incompleto	Até um salário mínimo	Divorciada	Sim
Nanã	67	Recife	Ensino fundamental completo	Mais de 1 a 2 salários mínimos	Viúva	Não

Oxum	60	Recife	Ensino fundamental incompleto	Mais de 1 a 2 salários mínimos	Viúva	Sim
Obá	86	Recife	Analfabeta	Mais de 1 a 2 salários mínimos	Viúva	Sim

Continuação

Nome fictício*	Reside com parceiro	Situação trabalhista atual	Uso de álcool	Tabagista	Parceria sexual	Histórico de ISTs	Orientação sexual
Iemanjá	Não	Aposentada	Sim, eventualmente	Não	Não	Não	Heterossexual
Iansã	Não	Aposentada	Sim, eventualmente	Não	Não	Não	Heterossexual
Nanã	Não	Autônoma	Sim, eventualmente	Não	Não	Não	Heterossexual
Oxum	Não	Autônoma	Não	Não	Não	Não	Heterossexual
Obá	Não	Pensionista	Não	Não	Não	Não	Heterossexual

Fonte: Autora (2024).

A caracterização sociodemográfica das participantes do estudo, demonstrada no Quadro 5, apresenta o seguinte perfil: idosas genitoras (80%), viúvas (80%) e sem parceria sexual durante a época da coleta de dados (100%). Segundo Silveira (2008), quando mulheres idosas passam a viver sem companheiro, seja por viuvez, por exemplo, distanciam-se da possibilidade de uma nova vida amorosa, negando novas experiências e desejos. Esse pode ser um dos motivos pelo qual, nenhuma das entrevistadas alegou novas parcerias sexuais após o falecimento dos seus cônjuges.

Quanto aos demais dados, a maioria das participantes enquadrou-se como de baixa renda (80%), segundo os parâmetros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O Instituto utiliza como critério, para avaliação da classe econômica, o salário-mínimo, considerado de baixa renda o indivíduo que pertence à classe D ou E, isto significa, rendimento de 2-3 salários-mínimos e até dois salários-mínimos, respectivamente. Deste modo, com exceção de uma (20%), as demais foram classificadas como de baixa renda (IBGE, 2015). Ademais, não tabagistas (100%), mas que tinham o hábito, esporádico, de consumir bebidas alcoólicas (60%), sem grandes repercussões, como dependência alcoólica. Todas negaram histórico de ISTs. Por fim, quanto à orientação sexual, afirmaram ser heterossexuais.

A respeito das condições socioeconômicas, é importante ressaltar que, como visualizado no Quadro 5, tratavam-se de idosas com baixa escolaridade. Pessoas idosas negras apresentaram, predominantemente, baixa renda, baixa escolaridade, maior índice de analfabetismo e renda familiar autopercebida como insuficiente para atender às suas necessidades. Os baixos graus de escolaridade e baixa renda são indicadores de estado de vulnerabilidade social, capazes de influenciar negativamente ao longo da vida e acarretar eventos estressantes (Rabelo *et al.*, 2018).

A baixa renda e escolaridade são fatores que contribuem para a maior vulnerabilidade às ISTs (Oliveira *et al.*, 2018). Pessoas idosas com maior escolaridade foram as que apresentaram condutas mais favoráveis à sexualidade na terceira idade no estudo de Okuno *et al.*, (2012), assim sendo, quanto menor o grau de instrução das pessoas idosas, maiores são as chances de desenvolverem comportamentos vulneráveis ao HIV/aids.

A baixa escolaridade aumenta o risco de contaminação pelo HIV em pessoas idosas, ainda não suficientemente esclarecida quanto ao sexo seguro. Assim, ainda que possam receber orientações sobre o sexo seguro, o seu entendimento pode ser comprometido, dificultando a adesão às práticas seguras (Brito *et al.*, 2016). Assim, idosos menos escolarizados são vulnerabilizados, tornando-se mais expostos às ISTs.

Sobre a seleção dos expertises, seis juízes concordaram em participar da pesquisa e avaliar o material educativo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo aos critérios de Jasper. O perfil das expertises está descrito no Quadro 6.

Quadro 6. Descrição das variáveis sobre a categorização dos juízes especialistas. Recife–PE, Brasil, 2024.

SEXO	n	(%)
Feminino	5	83,3%
Masculino	1	16,7%
OCUPAÇÃO		
Assistência	1	16,7%
Ensino	3	50%
Pesquisa	1	16,7%
Consultoria	1	16,7%
CONDIÇÃO ATUAL DE DESEMPENHO DE FUNÇÃO		
Enfermeiro	1	16,7%
Professor		
Enfermeiro e Professor	4	66,6%
Estudante de Programa de Residência	1	16,7%
TITULAÇÃO		
Especialista na modalidade de residência	2	33,3%
Mestre	1	16,7%
Doutor	3	50%
POSSUI TITULAÇÃO NA ÁREA DE HIV/AIDS/IST E/OU SAÚDE DO IDOSO		

HIV/Aids/IST	4	66,7%
Saúde do Idoso	2	33,3%
PUBLICAÇÕES ENVOLVENDO AS TEMÁTICAS		
HIV/aids	5	83,3%
ISTs	5	83,3%
Saúde do Idoso	4	66,7%
PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS/PROJETOS DE PESQUISA COM A TEMÁTICA HIV/AIDS/IST		
Sim	4	66,7%
Não	2	33,3%
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ASSISTENCIAL COM HIV/AIDS/IST		
Sim	4	66,7%
Não	2	33,3%

Fonte: Autora (2024).

O perfil profissional apresentado no Quadro 6 indicou um predomínio de juízes do gênero feminino (83,3%), enfermeiras e docentes (66,6%), com histórico de participação em grupos de pesquisa sobre as temáticas do estudo, além de atuarem profissionalmente na assistência a usuários com HIV/aids e outras IST.

Como visualizado no Quadro, todos os juízes (100%) publicaram trabalhos em alguma das subáreas do estudo, permitindo assim, conhecimento e domínio na área para participarem do processo de avaliação da tecnologia.

O perfil heterogêneo de juizes com ocupação na área da assistência e da docência pôde enriquecer ainda mais o processo de avaliação da cartilha, a partir da vivência individual de cada expertise. Na etapa de avaliação da cartilha, ao tecerem suas sugestões, enquanto àqueles da área assistencial contribuíram com recomendações voltadas à clínica/sintomatologia, àqueles voltados à docência direcionaram as suas sugestões ao aspecto educativo.

7.2 Avaliação da Cartilha Educacional << Prevenção combinada do HIV para idosas negras de religiões de matrizes africanas >> pelos juizes especialistas e público-alvo

O Quadro 7 mostra o cálculo das pontuações dos IVC de cada juiz. No primeiro domínio, voltado ao objetivo geral da cartilha, observou-se que todos os subitens tiveram pontuação máxima, IVC de 1,00. Com relação à estrutura e apresentação, observou-se uma variação entre 0,66 e 1,00 de concordância, com IVC geral de 0,90. Apenas o subitem “O tamanho do título e dos tópicos estão adequados” foi o único item que não atingiu o IVC mínimo recomendado (0,78). Por fim, semelhante ao que foi encontrado no primeiro domínio, no item relevância, todos os subitens tiveram pontuação máxima, IVC de 1,00.

O cálculo final do IVC evidencia a obtenção de um nível de concordância alto (0,96), maior do que a recomendação mínima, 0,78. O processo de validação completo encontra-se distribuído no **Quadro 7**.

Quadro 7. Índice de Validade de Conteúdo (IVC), por item, por dimensão e por questionário (geral), dos juizes especialistas. Recife–PE, Brasil, 2024.

Questionário	
OBJETIVOS	IVC
1 - É adequado para as necessidades das idosas negras de religiões de matrizes africanas	1,00
2 - É adequado do ponto de vista educativo para idosas negras de religiões de matrizes africanas.	1,00
3 - Contribui como ferramenta de prestação de cuidado em saúde	1,00
4 – É adequado para o suporte na consulta de enfermagem	1,00
5 – É adequado para prevenção e promoção da saúde	1,00

Geral	1,00
ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO	IVC
1 - Os itens estão apresentados de maneira clara e objetiva	1,00
2 - Os itens apresentados estão cientificamente corretos	0,83
3 - O material está adequado ao nível sociocultural das participantes do estudo proposto	1,00
4 – Os itens estão bem estruturados em concordância e ortografia	1,00
5 - O tamanho do título e dos tópicos estão adequados	0,66
6 - As ilustrações estão expressivas e suficientes	1,00
7 - O número de páginas está adequado	0,83
8 - A estrutura está adequada e capaz de chamar a atenção de quem irá utilizar	1,00
9 - O tamanho do conteúdo em cada tópico está adequado	0,83
Geral	0,90
RELEVÂNCIA	IVC
1 - Os itens retratam aspectos-chave que devem ser observados	1,00
2 – A cartilha está adequada para possibilitar as idosas negras de religiões de matrizes africanas adquirir informações relevantes quanto a sua saúde sexual	1,00
3 - A cartilha está adequada para possibilitar as idosas negras de religiões de matrizes africanas adquirir informações relevantes sobre o HIV	1,00
4 – A cartilha promove e encoraja o autocuidado das idosas negras de religiões de matrizes africanas	1,00
Geral	1,00
IVC GERAL	0,96

Fonte: Autora (2024).

O processo avaliativo mensura se o produto é eficaz, atingindo os objetivos e metas propostos, além de avaliar a acessibilidade e aceitabilidade pelo público-alvo, configurando-se como significativa e aplicável à área de intervenção (Nóbrega *et al.*, 2021).

No domínio objetivo, que se refere aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir

com a utilização da tecnologia educacional, os juízes destacaram que a cartilha atinge os seus propósitos por ser adequado às necessidades da idosa negra do Ilê, favorecendo o processo educativo e se configurando como ferramenta de prestação de cuidados em saúde. A única sugestão para esse domínio foi a inclusão da sigla IST em determinadas partes da cartilha. Para um dos juízes “As ilustrações ajudam bastante no manuseio do preservativo e podem auxiliar na prevenção das ISTs”.

Quanto ao domínio estrutura e apresentação, que consistiu na forma de apresentar os itens, incluindo a sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação, foi sugerido acrescentar a citação em um texto citado na cartilha, retirar uma imagem inserida no documento e revisar o espaçamento em alguns parágrafos. Em outra avaliação, foi sugerido abordar mais sobre a PrEP e PEP, aumentar o tamanho de algumas ilustrações, alinhar alguns tópicos e numerar as páginas.

No domínio relevância, que se refere à característica que avalia o grau de significação da tecnologia educacional, os juízes destacaram que a cartilha atinge os seus propósitos. Não foi feita consideração alguma sobre a necessidade de alterar algum item da cartilha educacional.

Os juízes teceram sugestões e elogios nas dimensões propostas na avaliação da cartilha educacional, conforme é possível visualizar o fragmento de algumas dessas recomendações no **Quadro 8**. As considerações e sugestões foram analisadas e incorporadas ao produto para posteriormente ser encaminhado ao público-alvo da pesquisa.

Quadro 8. Recorte das sugestões dos juízes quanto às dimensões propostas para a cartilha educacional. Recife–PE, Brasil, 2024.

Sugestões dadas pelos juízes especialistas
<i>Ter cuidado com o uso de fontes coloridas, fundo e imagens.</i>
<i>Seria bom em algum lugar mencionar que é “a camisinha vaginal” ou “camisinha interna” — na linguagem inclusiva para pessoas LGBTQ+.</i>
<i>Importante seguir um padrão entre os tópicos.</i>
<i>O material é adequado às necessidades.</i>

<i>Sugiro aumentar a ilustração da colocação do preservativo interno.</i>
<i>Além de ser do cotidiano, é feminista e vale para as idosas se empoderarem.</i>
<i>Cartilha de suma importância para a saúde da população idosa.</i>
<i>Amei a linguagem própria.</i>
<i>A abordagem sobre HIV e a prevenção combinada contribuem muito para a saúde sexual nessa população.</i>
<i>Poderia ser paginada (a cartilha), o que facilitará ir direto em tópicos.</i>
<i>Que trabalho lindo. Parabéns, desde já!</i>
<i>Achei sua cartilha uma das mais criativas, um tema para lá de necessário.</i>

Fonte: Autora (2024).

Diante das avaliações pelos juízes, a cartilha precisou passar por ajustes para se tornar mais atrativa às leitoras, mudando a ordem dos personagens, expressões e planos de fundo. O tamanho do título e dos tópicos foram reajustados e algumas ilustrações foram excluídas, conforme sugerido no processo de avaliação.

Concluída a etapa de avaliação do conteúdo, aparência e de semântica junto aos juízes, a cartilha seguiu para a avaliação de aparência e semântica com o público-alvo do estudo. O Quadro 9 mostra o cálculo das pontuações do IVC do público-alvo. Observou-se pontuação máxima em todos os itens do questionário individual (1,00). Assim, obteve-se um nível de concordância alto (maior que 0,78).

Quadro 9. Índice de Validade de Conteúdo (IVC) pelas idosas negras de religiões de matrizes africanas, por item e geral. Recife–PE, Brasil.

Questionário	
PERGUNTAS	IVC
1 - O texto é fácil de entender	1,00
2 - Os desenhos facilitam o entendimento e realização dos comandos	1,00
3 - Teve dificuldade durante o uso da cartilha	1,00
4 – A cartilha tem tamanho adequado	1,00

Questionário	
5 – A cartilha fornece informações suficientes sobre HIV/Aids	1,00
GERAL	1,00

Fonte: Autora (2024).

No Quadro 10 é possível visualizar algumas considerações dadas pelo público-alvo à cartilha educacional.

Quadro 10. Recortes de algumas considerações pelas idosas negras de religiões de matrizes africanas à Cartilha educacional. Recife–PE, Brasil, 2024

Considerações dadas pelos juízes especialistas
<i>Achei lindo, me vi na cartilha.</i>
<i>Tudo bonito. Deu pra entender bem as coisas.</i>
<i>Dá pra aprender muita coisa com a cartilha.</i>
<i>Gostei muito dos balões de conversa. Amei</i>

Fonte: Autora (2024).

Considerando a nota máxima no IVC do público-alvo e as considerações feitas, constatou-se o êxito quanto à produção da cartilha educacional. Esta etapa cumpriu o objetivo da realização da avaliação de conteúdo, aparência e de semântica da cartilha educacional junto às mulheres idosas negras do Ilê, alcançando a premissa de que a cartilha fosse compreendida e de agradável aparência às participantes do estudo.

Após análises, tanto dos juízes especialistas, quanto do público-alvo, a Cartilha Educacional chegou a sua versão final, visualizada no **Apêndice L**.

7.3 Descrição do conteúdo da Cartilha Educacional << Prevenção Combinada do HIV para idosas negras de religiões de matrizes africanas >>

A cartilha foi escrita utilizando-se o estilo de letras simples e de fácil leitura, fonte Belleza, específico da Plataforma Canva, tamanho 12 a 24 para o título na capa, para sumário

no tamanho 12. As partes informativas que se buscava alertar para algum ponto específico foram ressaltadas em negrito ou em caixas de destaque. O material foi composto em sua versão final por 15 páginas, com largura de 21 cm e altura de 14,8 cm.

Teve-se o cuidado de usar as cores com sensibilidade e cautela para que a visão não ficasse poluída para os leitores.

Partindo para o conteúdo da cartilha, a sua sequência das informações desenvolveu-se a partir da leitura dos materiais de apoio, em associação com as respostas obtidas no estudo qualitativo, descritivo e exploratório com o público-alvo.

Assim, foram desenvolvidas seis seções, descritas no quadro 11.

Quadro 11. Conteúdos abordados na Cartilha educacional << Prevenção Combinada do HIV para idosas negras de religiões de matrizes africanas >>. Recife-PE, Brasil, 2024.

Conteúdos abordados na cartilha educacional
Sobre o HIV/Aids
Gel lubrificante íntimo e preservativos masculino e feminino
Sexo seguro
Prevenção Combinada (PrEP/PEP)
Autocuidado
Recomendações
Referências
Telefones para contato

Fonte: Autora (2024).

A capa foi confeccionada com imagens e textos representativas do Ilê, de sexo seguro, além do brasão da UFPE e da Pós-graduação em Enfermagem, conforme se visualiza na figura 3.

Figura 3. Capa da Cartilha Educacional<< Prevenção combinada do HIV para idosas negras de religiões de matrizes africanas >> produzida pela na Plataforma Canva. Recife-PE, Brasil, 2024.



Programa de
Pós-Graduação
em Enfermagem

CARTILHA EDUCACIONAL

<<CARTILHA EDUCACIONAL SOBRE PREVENÇÃO
COMBINADA DO HIV PARA IDOSAS NEGRAS DE
RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS>>



Antecedendo às seções, foram apresentadas informações iniciais sobre o material. Na ocasião, foi externada a sensação de contentamento na produção do material para aquele público, considerando, principalmente, o envolvimento da pesquisadora com a religião. Partindo disto, foi comunicado que o cenário escolhido para ilustrar o conteúdo da cartilha foi o Ilê Axé Oxum Ipondá, local da coleta.

Para facilitar a compreensão das mensagens, optou-se por representar alguns personagens na forma de diálogo, entre Amanda (Enfermeira, pesquisadora e filha de Iansã), Inajá Soares (Yalorixá Mãe Iná de Oxum) e duas idosas participantes da coleta das informações, com pseudônima Iansã e Iemanjá. Reitera-se que todas as fotos do Ilê foram autorizadas mediante assinatura do termo de autorização do uso de imagem e depoimento **(Apêndice H)**.

Na oportunidade, foram mostrados elementos do Ilê em questão, como forma de, não somente valorizar o templo religioso, mas para que, ao lerem aquele material, aquelas idosas se sentissem representadas com as ilustrações.

A primeira seção, HIV/aids, foi iniciada com o questionamento da pesquisadora sobre o que seria o HIV e a aids. Com os desdobramentos do diálogo criado, notou-se a dificuldade na diferenciação dos conceitos do HIV/aids. Considerando haver uma desinformação neste aspecto, onde muitas pessoas idosas acreditam que HIV e aids são sinônimos, foi feita a diferenciação das terminologias.

Em um estudo de Brito *et al.* (2016), cujo objetivo foi investigar o conhecimento e verificar a percepção de risco de idosos quanto à contaminação por Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e HIV, a palavra “aids” foi utilizada como sinônimo de HIV para melhor entendimento da pergunta, pelo fato de os pesquisadores considerarem que tal termo era mais utilizado no senso comum como sinônimo de HIV, apesar de serem terminologias diferentes.

Ainda nesta seção, foram apresentadas informações sobre os sinais e sintomas iniciais do HIV, a necessidade do diagnóstico em tempo oportuno e o alerta dos casos de a infecção estar em ascensão entre as pessoas idosas, sobretudo, mulheres. Outro aspecto abordado foi a transmissão da infecção, além das medidas de prevenção à infecção de modo geral, recomendando o uso de preservativos em todas as relações, o não compartilhamento de materiais perfurocortantes de uso pessoal e a necessidade do pré-natal com os devidos cuidados para evitar a prevenção vertical.

Popularmente, muitas pessoas associam que a transmissão do HIV é dada exclusivamente durante o ato sexual sem o uso de preservativos, mas, entre pessoas idosas,

esse pensamento não é diferente. Observou-se que, culturalmente no ideário dos idosos, a transmissão se dá exclusivamente por via sexual. Por esse motivo, as demais formas de transmissão foram citadas na cartilha.

As medidas de prevenção na transmissão do HIV/aids são associadas culturalmente à utilização somente de preservativos em idosos, comprometendo os demais cuidados na prevenção da infecção. Deste modo, salienta-se a importância de a pessoa idosa ser instruída, não somente sobre a patologia em si, mas dos demais meios de transmissão e os comportamentos de risco (Perdigão *et al.*, 2013).

Ainda sobre essa seção HIV/aids, foi formulado um diálogo sobre as fases da infecção, na qual uma das idosas refere não saber da existência dos estágios da infecção. Assim, foram apresentadas as suas três fases, todas elas com informações sobre o tempo, aproximadamente, e os sinais e sintomas esperados em cada estadiamento.

Em análise aos dados da segunda seção, Gel lubrificante íntimo e preservativos, foram listadas vantagens e desvantagens do uso gel lubrificante à base de água e óleo, respectivamente. Durante a fase de coleta dos dados, notou-se que as idosas não faziam uso deste recurso, além de desconhecerem a sua funcionalidade. Para uma das entrevistadas, o seu uso era, exclusivamente, para casos de secura vaginal. Os estudos mostram que pessoas idosas, por considerarem apenas o aspecto da infertilidade, muitas não recorrem aos preservativos e do gel lubrificante (Batista *et al.*, 2023).

Sobre os preservativos, também abordado na segunda seção, as informações foram divididas em preservativo peniano e vaginal. Em todos os dois casos, foi orientado sobre os benefícios da sua utilização e reforçado que o seu uso se destina também para pessoas idosas, não se limitando à população jovem. Outro detalhe apresentado foi a conduta a ser seguida, em tempo hábil, em caso de rompimento do preservativo no ato sexual. Nos dois casos, preservativo peniano e vaginal, foram mostradas ilustrações de como utilizá-los e seus descartes, além de dicas sobre armazenamento e cuidados durante a sua utilização.

A seção Sexo seguro, foi iniciada a partir do desdobramento do diálogo entre a pesquisadora e a idosa sobre o seu entendimento a respeito do tema. A partir daí, foi apresentado o seu conceito e reforçado que a prática sexual com o uso de preservativo pode ser desenvolvida de várias formas, proporcionando prazer e bem-estar, por meio de acordos e negociação com as parcerias sexuais. Ao final desta seção, o autocuidado e autoconhecimento foram consideradas peças fundamentais no sexo seguro.

O autocuidado é considerado uma ação promotora de saúde, bem-estar, capaz de favorecer o envelhecimento saudável. A promoção da saúde com enfoque no autocuidado

pode contribuir para os idosos virem adotar comportamentos seguros (Almeida; Bastos; 2017; Oliveira *et al.*, 2018).

Ressalta-se que, considerando que as falas das idosas às questões do roteiro de entrevistas remeteram à defasagem no entendimento sobre a prevenção combinada, na seção seguinte, foram apresentados o conceito, objetivo e suas intervenções. Na oportunidade, foi reforçada a importância da comunicação objetiva e honesta com as parcerias afetivas-sexuais, a necessidade da realização do teste anti-HIV e para outras ISTs e a necessidade do combate à transmissão vertical. A respeito das parcerias sexuais, a perspectiva de transculturalidade e de determinados estados de vulnerabilidade influenciam diretamente na escolha quanto a não adesão ao preservativo em parcerias fixas, reforçando a importância do diálogo entre os envolvidos e a necessidade da adesão ao insumo também entre parcerias fixas (Melo *et al.*, 2023) Quanto à testagem para o HIV, o teste vem sendo mais utilizado em mulheres, em comparação ao homem, de forma compensatória às sexuais desprotegidas que vivenciam, sobretudo, pela vontade dos seus parceiros quanto ao não uso do preservativo (Freitas; Silva; Filgueiras, 2022). Assim, justifica-se a importância de reforçar a prevenção combinada ao HIV/aids.

Ainda nesta seção, foram enfatizadas a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP), bem como os seus conceitos e algumas das principais indicações para cada abordagem. Considerando a coleta dos dados, foi evidente a sensação de insatisfação das idosas por não terem acesso às informações sobre esses assuntos. Visivelmente, as falas remeteram um descontentamento por serem expostas a alguns comportamentos de risco por falta de orientação profissional.

A antepenúltima seção, Autocuidado, abordou aspectos gerais e direcionados à espiritualidade. Nos aspectos gerais, foram dadas recomendações voltadas ao respeito aos limites individuais, cuidado com o corpo — com um olhar afetuoso —, a necessidade de cercar-se de pessoas empáticas e a importância de informar-se sobre a sua saúde. Quanto à espiritualidade, foram apresentadas frases voltadas ao cuidado com o Orí e a associação das práticas de cura do Ilê, com as dos profissionais da saúde, seguindo as recomendações dos Sacerdotes do terreiro.

Na seção Recomendações, sugerimos dois documentos para fundamentar a cartilha: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e a Política Nacional do Idoso, com suas respectivas referências. O motivo dessa escolha se deu pelo fato das duas Políticas serem norteadoras na condução de toda a pesquisa e produção da cartilha educacional.

Em suma, na última seção, foram fornecidos os contatos e os endereços de alguns estabelecimentos em Olinda-PE, que poderiam ser úteis, em caso de dúvidas e cuidados adicionais, a saber: Centro de Testagem e Aconselhamento, Policlínica da Mulher e Clínica Da Pessoa Idosa.

Ao ser finalizada a diagramação da cartilha, o material foi enviado, via e-mail, aos juízes especialistas para a avaliação de conteúdo, de aparência e semântica e, posteriormente, para a avaliação de aparência e semântica pelas mulheres negras do Ilê.

Concluída a etapa de descrição da cartilha educacional, tem-se às informações referentes à coleta de dados das mulheres negras do Ilê.

Em linhas gerais, notou-se que as idosas participantes não apresentaram resistência à temática, mesmo tratando-se de um assunto que, para muitos, pode ser vivenciado rodeado de vergonha e desconhecimento. Para a pesquisadora principal deste estudo, a realização da pesquisa naquele espaço despertou uma sensação de pertencimento e conforto, por já ter experiências religiosas em outros terreiros de Candomblé.

Antecedente à coleta propriamente dita, percebeu-se que diferente do que pode ser visto em outras religiões, ao chegar no terreiro, não se pode simplesmente entrar diretamente. Antes, é necessário sentar, “esfriar o corpo”, pedir a permissão e somente na hora certa, adentrar no salão. Durante as entrevistas, apenas a pesquisadora e a entrevistada estavam presentes fisicamente naquele espaço, sem a transitarem terceiros.

Considerando o aspecto religioso, ao adentrar na temática da pesquisa, notei um semblante de calma entre as entrevistadas. Felizmente, a sensação de calma perdurou em todas as entrevistas. A calma e a amorosidade como fui acolhida influenciou no desdobramento das entrevistas.

As informações entrelinhas, como as subjetividades do Candomblé, não poderiam deixar de ser mencionadas. Uma parte das idosas tinha/tem o mesmo Orixá de frente da pesquisadora (Iansã). Orixá de frente refere-se ao Orixá que rege o nosso Orí, que significa cabeça. É a Divindade que determina as principais características de raciocínio, bem como a forma que os outros nos enxergam. Assim, foram encontradas semelhanças entre o temperamento forte, mas cuidadoso daquelas mulheres ao responderem às perguntas.

Iansã é representada pelo raio, pelo vento. Iansã se fez presente nas entrevistas, o seu vento adentrando o salão do Ilê comprovou isso. Os seus filhos são valentes e impetuosos, mas defensores e protetores dos que amam. Essas características eram visíveis entre as idosas regidas pela entidade, ao mostrarem-se valentes, à frente do seu tempo e zelosas com os seus filhos.

Todas as entrevistas, com suas peculiaridades, foram intensas, construídas e vivenciadas através da atenção e gentileza, comportamentos marcantes durante o desdobramento da pesquisa. “Nesse processo, entendemos que não era a literatura previamente definida que daria corpo à teoria, mas o contrário, era o campo que proporcionaria a teoria” (França; Queiroz; Bezerra, 2016).

Voltando à temática da pesquisa voltada à sexualidade e aos comportamentos vulneráveis ao HIV e outras ISTs, o pesquisador precisa ter o entendimento que as falsas crenças e mistificações podem dificultar a abertura e o diálogo franco entre pessoas idosas e o investigador. Estereótipos de que o prazer sexual se destina exclusivamente às pessoas mais jovens comprometem a concepção de um envelhecimento saudável e ativo. Assim, durante toda a coleta, impera a necessidade de comentários que fujam da ideia de que pessoas idosas são assexuadas e inertes ao desejo e prazer, acolhendo-as e as considerando como sujeitos que se relacionam afetiva e sexualmente.

Ainda que em alguns momentos da coleta, fosse possível observar uma timidez inicial com determinados questionamentos, o fato não foi impeditivo para as idosas entrevistadas relatarem suas vivências e comportamentos. Ao relatarem determinados comportamentos de risco na juventude, como a má adesão ao preservativo, as mulheres evidenciaram a desaprovação com essas condutas. Ao mesmo tempo, algumas delas citaram a falta de orientações de profissionais de saúde como justificativa para esses comportamentos de risco. Em vários momentos das entrevistas, observou-se o cuidado daquelas mulheres com as pessoas mais jovens, quanto à adesão ao preservativo, ainda que algumas delas sequer tenham utilizado o insumo em toda a sua vida.

As falas simples, mas permeadas pelo zelo, a preocupação delas em serem úteis à pesquisa estiveram presentes em toda a coleta: “*espero ter ajudado, porque eu sou meia leiga nesse lado, Amanda*”. O ritual de pedir licença ao Sagrado, ao entrar descalço no salão do Ilê, também chamou a minha atenção. Entrar naquele tempo Sagrado, ter a oportunidade de ser ouvida por aquelas mulheres e de escutá-las estava acima de qualquer entendimento acadêmico, foi visceral, ancestral!

Com base Análise Temática Categorical, o processo de construção interpretativa das falas, descritas e analisadas fomentou a definição de quatro categorias temáticas, a saber: Categoria 1 - Entendimento da importância e adesão ao preservativo peniano e vaginal e gel lubrificante; Categoria 2 - O acesso à informação sobre o sexo seguro; Categoria 3 - Os métodos de barreira para ISTs/HIV/aids; e Categoria 4 - Prevenção Combinada.

Categoria 1 - Entendimento da importância e adesão ao preservativo peniano e vaginal e gel lubrificante

Em muitos momentos, na prática assistencial com pessoas idosas, a temática da sexualidade e do sexo seguro é negligenciada. Assim, assuntos voltados ao uso de preservativos e gel lubrificante ficam aquém. Partindo desse pressuposto, mas não somente dele, percebem-se barreiras de informações no acesso aos serviços de saúde, comprometendo práticas de autocuidado e o entendimento de certas situações de risco, como a má adesão a esses insumos.

A partir das falas das idosas do Ilê foi possível perceber que, felizmente, todas entendiam a importância da sua utilização. Reitera-se que os recortes foram de mulheres idosas que nunca fizeram adesão aos preservativos.

[...] É o único método que previne doenças transmissíveis. (Nanã)

Sei que o preservativo previne não só uma gravidez indesejada, como doenças. (Obá)

[...] É importante usar, não só as mulheres que não são casadas, mas as casadas também, as que têm um único companheiro, porque é um tipo de prevenção de doenças. (Obá)

Não! Eu nunca usei camisinha, mas é positivo, isso eu estou de acordo de usar. Sobre isso aí (uso do preservativo), como se diz... previne muitas coisas, principalmente para essa juventude de agora; evita uma gravidez absurda. Isso aí eu acho muito positivo. (Iansã)

Eu sei que era importante usar, mas nem eu não usava, nem ele (esposo). (Nanã)

Pra mim, não tem como prevenir a doença sem usar camisinha, tanto como feminina, como masculina. Tem que sempre usar, é um método que deve evitar doenças. (Oxum)

Como eu só tive um parceiro só, aí eu nunca cheguei precisar usar, mas eu sei que é muito importante, que previne doenças, para não causar outros danos piores, pra evitar gravidez. (Oxum)

Ao serem indagadas sobre o entendimento sobre o preservativo vaginal e peniano, uma entrevistada conceituou que “camisinha” seria aquela destinada às mulheres e preservativo peniano aos homens, contrariando o senso comum majoritário de que camisinha

é o termo utilizado para representar esses dois tipos de preservativos, não somente o feminino. Para ela, a camisinha refere-se exclusivamente ao preservativo destinado às pessoas com vagina, não às pessoas com pênis.

Pelo que eu entendo, o preservativo peniano é o masculino, e o preservativo feminino é o que chamamos de camisinha. (Nanã)

Nos relatos seguintes, observa-se que algumas idosas só terem tido uma parceria sexual em sua vida, a adesão ao preservativo era opcional. Nesses relatos, sobre a não adesão, a fidelidade foi apontada em 100%, como um dos critérios para essa decisão:

Pra quê segurança?! Era só ele que eu me relacionava. (Iansã)

Como eu só tinha ele (esposo) de parceiro, eu nunca achei necessário usar (preservativo). Eu confiava. (Nanã)

Na realidade, eu não fui mulher assim, de muitos parceiros, não tive vários parceiros, só foi o meu marido. Daí, eu não nunca cheguei a usar preservativo. (Nanã)

Como eu só tive um parceiro na minha vida, talvez por isso, eu não tinha tanta noção na época. Tinha essa situação de fidelidade. Por conta dessa situação, de só ter tido um parceiro, eu não usava frequentemente. (Iemanjá)

Como eu só tive um parceiro, aí eu nunca cheguei a precisar usar. (Oxum)

De acordo com um estudo realizado com 210 mulheres idosas, 79,4% não utilizava nenhum método de prevenção durante as relações sexuais, e a justificava se deu pelo fato de possuírem apenas um parceiro (Moreira *et al.*, 2012).

Ainda que seja notório que todas as entrevistadas saibam da importância do uso do preservativo, os relatos evidenciaram a má adesão ao insumo durante a vivência do ato sexual. Um dos vários motivos para as pessoas idosas com pênis não o utilizarem é por acharem que o preservativo pode diminuir o prazer e prejudicar a ereção. Já as pessoas idosas com vagina, não pedem para seus maridos usarem, por confiarem na fidelidade deles (Melo *et al.*, 2012).

Na ocasião, uma das entrevistadas, ao deixar entendido que o fato de ter exclusivamente um parceiro seria o motivo de não utilizar o preservativo, em outro momento, afirma que, essa exclusividade não deveria ser tomada como critério para desencorajar a adesão ao preservativo, pela questão da infidelidade do seu companheiro, por associar que as relações extraconjugais poderiam contribuir com a transmissão de ISTs.

Agora nessa parte aí (a utilização do preservativo), eu devia ter consciência, porque ele era muito “cachorro”! Não só era a gente de casa, o “cara” era infiel, eu tinha que me prevenir, mas mesmo assim eu não usava. (Iansã)

A infidelidade pode ser compreendida como uma ruptura de negociações, limites e acordo preestabelecidas dentro de qualquer relacionamento (Schussler; Lomado, 2019). Um dos maiores embates na educação sexual em idosos, quando se trata da negociação do uso do preservativo entre parceiros, é a denotação de que, a decisão pelo seu uso assume um sentido pejorativo da possibilidade de infidelidade conjugal (Silva; Silva; Ferreira, 2019), assim, ao expressar o desejo pelo uso, a parceria sexual pode interpretar que a vontade retrata uma desconfiança ou até infidelidade.

A gente (a entrevistada e o companheiro) nunca chegou a negociar não. (Naná)

Esse tipo de comportamento que leva à situação de vulnerabilidade, como a falta de adesão ao preservativo, precisa ser modificado urgentemente, pois a prática do sexo desprotegido dissemina o HIV, aumentando a contaminação nesta faixa etária (Aguiar *et al.*, 2020). No País, o número de idosos infectados pelo HIV vem aumentando ano após ano. Dados do Ministério da Saúde mostram que, entre os anos de 1980 e 2000, o número de casos de HIV notificados em pessoas com 60 anos ou mais era de 4.761, enquanto entre 2001 e 2016 foram confirmados 28.122 casos (Ministério da Saúde, 2016).

Análises estatísticas de um estudo concluíram que existe um comportamento de risco elevado para aquisição do vírus HIV/aids entre mulheres idosas, por não associarem à prática sexual à adesão ao preservativo, ainda que muitas delas tivessem o conhecimento sobre os riscos de transmissão do vírus (Silva; Silva; Ferreira, 2019).

É mandatório que trabalhadores da saúde, ao abordarem a temática da sexualidade “compreendam as causas e motivos do uso ou não de preservativos entre os parceiros sexuais, como uma importante janela de oportunidades de discussão e intervenção” (Oliveira *et al.*, 2013, p. 89).

Ao retomar a análise das entrevistas, o fragmento da fala: “*Hoje a consciência é outra*” pode ser analisado mais detalhadamente. Compreende-se que, na fase adulta da entrevistada, período em que vivenciava o ato sexual, o entendimento da importância da proteção era insuficiente, a ponto de não considerar o uso rotineiro do preservativo. Estabelecida a velhice, felizmente, o entendimento dessa usuária mudou, julgando importante a sua utilização, agora, não mais pontualmente. Essa conclusão pode ser visualizada também nestes fragmentos:

Utilizava a camisinha, mas não com a consciência que eu tenho hoje.
(Iemanjá)

[...] *Não é só para a saúde da mulher, do homem também, de todos que precisam usar. Qualquer pessoa que estiver em atividade sexual, que namore, “né”, que se relacione, precisa usar (preservativo). Hoje, eu acho que precisa.* (Iemanjá)

Outra constatação ao analisar as falas foi a preocupação de algumas idosas com as pessoas mais jovens na adesão aos preservativos durante o ato sexual. Ainda que algumas delas nunca tivessem utilizado-o em sua vida, notou-se o incentivo delas quanto à adesão entre os mais jovens:

[...] *Mas eu dava conselho e ainda dou a essas “pirraia” de hoje em dia, pra usarem (preservativo), para se cuidarem “tudinho”. É o que eu digo a elas.* (Iansã)

Tu acredita que as vezes eu pegava no posto pra dá as “pirraia” e não usava?! Dava (o preservativo) às meninas, aos meninos, e eu não usava. Eu dizia: - “Tá” aqui, tome, pra vocês se cuidarem. (Iansã)

O cuidado com os adolescentes não se limitou às ISTs, ao considerar também a possibilidade de uma gestação não planejada, pelos desdobramentos negativos que esse evento pode desencadear aos jovens. “*evita uma gravidez absurda. Isso (uso do preservativo em jovens) aí eu acho muito positivo*”

Quando questionadas sobre o porquê da pouca, ou nenhuma adesão aos preservativos, um dos relatos chamou-me a atenção por suscitar a resistência do parceiro. O fragmento dessa fala pode ser lido abaixo:

A negociação chegava a ser tranquila, mas às vezes ele (esposo) tinha mais resistência. Como eu só tinha ele, ele não gosta muito de usar isso (preservativo), daí, eu não usava muito com ele. Por mim, eu usava, mas nem sempre usava por causa dele. (Iemanjá)

A negociação entre as parcerias sexuais sobre a utilização de preservativos nem sempre é harmoniosa. Considerando o fato da sociedade machista e patriarcal, em muitas das relações heterossexuais, principalmente, as mulheres acabam cedendo à vontade do parceiro em não utilizarem preservativos, por medo e/ou vergonha. O que se tem na prática, na verdade, não é uma negociação, mas sim, uma solicitação que depende do consentimento do homem.

Uma das razões da pouca adesão das mulheres idosas ao preservativo pode ser a dificuldade de negociação com o parceiro (Garcez *et al.*, 2010). A questão de dominância e diferenças de poder deve ser considerada na negociação entre as parcerias. Historicamente, a mulher assume um papel de subalternização ao homem, ou seja, o homem exerce maior poder de decisão em relação à mulher. Estas, por vez, são silenciadas culturalmente e não apresentam poder de negociação. Essa relação desigual respinga e influência diretamente na negociação em relação ao uso de preservativo. Dessa maneira, fatores culturais influenciam na tomada de decisão sobre o uso ou não do preservativo com o parceiro (Campos *et al.*, 2016).

Em casos de parcerias sexuais fixas, negociar a utilização do preservativo pode representar um obstáculo para esses casais, considerando que, a não utilização do preservativo pode configurar-se como um sinal de confiança em muitas relações, onde, a adesão ao preservativo pode gerar desconfiança e desconforto no relacionamento (Cremin; Hallett, 2015; Taylor *et al.*, 2017).

Outros trechos reportam a decisão conjunta das entrevistadas e dos seus companheiros, na época, em não recorrerem ao preservativo.

Isso (a decisão conjunta de não usar o preservativo) era acordo entre eu e o pai dos meus meninos. A gente nunca gostou de usar, a gente

sempre fez sem! Nem eu, nem ele, “queria” usar; aí pronto, não era um que queria e o outro não. Os dois que não queriam mesmo. (Iansã)

Eu e meu esposo não “usava. A gente nunca chegou a negociar isso, mas foi algo dos dois não usarem mesmo. (Oxum)

Eu nunca negocieei nada com meu esposo. A gente nunca quis usar por escolha da gente mesmo, e também eu não sabia da importância naquela época. (Obá)

Em relação ainda à adesão aos preservativos, especificamente ao vaginal, a resposta foi unânime: nenhuma (n=5 100%) das entrevistadas afirmou que já o utilizou. O motivo, para uma delas, foi a vergonha.

Então, minha filha, eu não usei nunca. Só quem usava camisinha era meu esposo, na época. Eu não sei nem como é que usa, nunca recebi informação sobre isso. E também eu tinha vergonha de usar a camisinha da mulher. Eu não usaria não, eu achava melhor o meu marido na época usar. Eu ficava com vergonha de usar (Iemanjá).

Eu tinha uma noção de como usar o do homem (preservativo), da mulher não. (Iansã)

Nunca usei, nunca nem vi. (Obá)

Eu não nunca cheguei a usar preservativo de mulher não. Não sei como se usa também. (Naná)

O do homem (preservativo), eu tenho uma ideia, nega, já o da mulher, como eu nunca nem usei, nem fui ensinada. Eu não faço ideia de como se usa. Eu só via mais o do homem (preservativo) no postinho. Acho que é difícil usar. (Naná).

Nada, minha “fia”. Nem isso, eu nunca usei nada disso (preservativo vaginal). Eu era “broca” mesmo nisso aí, “broca” mesmo. (Iansã)

Nestes fragmentos é possível fazer uma análise de dois pontos importantes: a vergonha na sua utilização e a falta de informação dessas mulheres sobre o preservativo vaginal. No Brasil, esse tipo de preservativo vem sendo ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2000, por meio de distribuição via programas e coordenações de Departamentos voltados ao HIV/aids e hepatites (Ministério da Saúde, 2017c).

Apesar de o Brasil ser o país que mais adquire preservativos internos (vaginal) no mundo e o único a disponibilizá-los gratuitamente (Ministério da Saúde, 2017c), questões relacionadas ao desconhecimento e estranhamento desse insumo são comuns entre as mulheres. Para além, questões relacionadas à moralidade da sexualidade feminina podem interferir na adesão desse preservativo, tanto do público, quanto dos próprios profissionais de saúde (Ferrão *et al.*, 2021).

Por muitos profissionais da saúde não validarem a vivência da sexualidade na terceira idade, não são fornecidas informações precisas acerca do sexo seguro, sobretudo, do preservativo para pessoas com vagina. Muitas dessas idosas, sequer, sabem da existência deste recurso. Esse fato configura-se como uma fragilidade assistencial e compromete a possibilidade dessas usuárias experimentarem novas vivências sexuais.

Diferente do preservativo para pessoas com pênis, o vaginal pode ser colocado horas antes da relação sexual, é mais resistente e menos sensível ao calor, pode ser adaptado para o sexo oral, proporcionando mais possibilidades. Além dessas vantagens, pode proporcionar maior segurança contra ISTs, por proteger a porção da vulva, configurando-se como um excelente método para ser estimulado e orientado durante as consultas de rotina às pessoas idosas.

Nesse sentido, o acompanhamento e a avaliação constante da sua adesão são necessários para a criação de estratégias que superem as dificuldades em seu uso, ampliando assim, o uso dos preservativos internos pelas mulheres, assim, reforçar a adesão desse insumo nesse público propicia o aumento da autonomia, do autoconhecimento e da segurança (Ferrão *et al.*, 2021).

Outro recorte de uma das falas evidencia, não somente a não adesão ao preservativo vaginal, como também emblemas comuns do cotidiano de muitas mulheres, como o de nunca ter sido submetida ao citopatológico, ou de recorrer à Atenção Primária à Saúde apenas no período gestacional e ao nível terciário somente durante o trabalho de parto. Essa constatação pode ser observada abaixo:

Eu nunca usei camisinha de mulher, nunca usei nada disso! Nem preventivo nunca fiz (risos). Pra ser sincera, eu só ia mesmo (no serviço de saúde) quando eu “tava” grávida; ia pra fazer o “negócio certinho” (pré-natal), para os “pirraia” não “ter” nenhum problema, era a única coisa. Eu só ia no hospital pra parir. Não usava nada, não

usava uma camisinha. Louca mesmo! Só engravidava de quatro em quatro anos [...] (Iansã).

Durante as consultas nos serviços de saúde, especificamente, nas consultas de pré-natal, como ficou implícito na fala, tem-se a oportunidade de trabalhar a temática do sexo seguro. Durante as prescrições feitas, a recomendação e explicação da utilização do preservativo devem ser fornecidas, não somente às gestantes, mas também aos seus companheiros e companheiras. A consulta que precede a coleta do citopatológico também pode ser um momento estratégico para se trabalhar o empoderamento e a autonomia das mulheres na saúde sexual e reprodutiva, reforçando a adesão ao preservativo vaginal, aconselhando à testagem periódica para HIV/aids e demais IST e incentivando à imunização para as hepatites A e B e HPV.

Quando questionadas sobre o acondicionamento do preservativo, ficou evidente que, ainda que as entrevistadas não usassem ao insumo, algumas delas tinham uma noção do correto armazenamento:

Eu tinha consciência disso, de guardar “num” lugar seguro, tipo no guarda-roupa, separado das outras coisas, pra não estragar. Não colocar perto de bagunça e nem pode ficar perto de coisa molhada. (Iansã)

Se fosse pra eu guardar, seria “num” canto limpo, sem “tá” misturado com outras coisas. (Naná)

O local mais apropriado para guardar os preservativos, segundo elas, era próximo da cama, como estratégia para facilitar o acesso durante o ato sexual:

Nós guardávamos numa mesinha, num local que a gente sabia que tinha, tanto eu, quanto ele (o esposo). A gente guardava no local assim, de fácil acesso para a gente, até pra facilitar na hora lá. (Iansã)
Um canto só para ele (preservativo) e que ficasse perto da cama, para facilitar. (Naná)

Em outro momento, uma entrevistada referiu que não sabia como guardar o preservativo da forma correta “Não sei onde é que se guarda o preservativo”. A falta de

instruções sobre os locais mais apropriados do insumo pode resultar em acidentes no ato sexual.

O mau acondicionamento dos preservativos influencia diretamente na prevenção às ISTs, uma vez que, guardá-los em locais inapropriados pode resultar em maceração ou danificação da embalagem, comprometendo a integridade do produto. Portanto, informações sobre a conservação desse insumo também devem ser repassadas às pessoas idosas.

Ao serem questionadas sobre como adquiriram os preservativos, uma verbalizou:

A gente comprava em farmácia, até porque naquela época, a gente não tinha essa facilidade de acesso que as pessoas têm hoje. Porque existem vários lugares que fazem entrega hoje, como no postinho de saúde. Naquela época não, a gente comprava em farmácia. (Iemanjá)

No leque de ações de combate ao HIV e demais ISTs, têm-se o incentivo e a facilitação do acesso a preservativos, com distribuição gratuita. Assim, encaminhados pelo Ministério da Saúde, grandes volumes de preservativos são encaminhados para distribuição por instituições do sistema público de saúde, sobretudo, às unidades básicas de saúde, como foi mencionado no relato acima, através do termo “*postinho de saúde*”.

Sobre o questionamento da utilização do gel lubrificante, o relato a seguir retrata uma idosa, que nunca fez o uso, mas que o associa, exclusivamente, à lubrificação vaginal natural. Para ela, só em casos de mulheres com queixa de secura vaginal a sua utilização era recomendada.

Eu só tive vida sexual até os meus 45 anos, e nesse período, eu tinha lubrificação, e eu só tive relações com ele, após ele, eu não tive mais com ninguém. Eu cheguei a usar, sim, mas foi uma coisa muito remota, ficava em segundo plano. Eu acho que usam ele quando a mulher “tá” ressecada. (Iemanjá)

Outro fragmento abaixo retrata a incerteza da indicação quanto ao uso deste insumo, mas ainda assim, com uma visão assertiva da sua indicação:

Eu acho assim, que o gel deve ser assim... para não danificar a camisinha e facilitar a relação, “né”, entre os parceiros, mas eu nunca usei gel lubrificante não, nenhuma vez. (Nanã)

Em outra fala, é possível observar a falta de orientação acerca do gel lubrificante e a não adesão ao insumo durante as práticas sexuais. Reitera-se que o relato trata-se de uma idosa que nunca usou o preservativo.

Sobre o gel íntimo, eu também nunca cheguei a usar, nem fui orientada. (Oxum)

Somente o gel lubrificante, à base de água, é considerado um insumo de prevenção, uma vez que não oferece nenhum risco ao látex do preservativo, como o lubrificante à base de óleo. A recomendação do lubrificante apropriada é mandatória, considerando a sua propriedade de reduzir o atrito e a probabilidade de causar micro danos à mucosa genital e anal, considerados porta de entrada aos patógenos (Oliveira *et al.*, 2023).

O reforço ao seu uso e ampliar a distribuição minimizam as possibilidades de rompimento do preservativo ou de lesão no canal vaginal, ou anal. Além disto, o insumo associado ao preservativo representa um incentivo ao seu uso e conduz para pensamento estratégico das campanhas de prevenção ao HIV/aids: a erotização do discurso da prevenção, uma vez que assim, torna-se mais atrativo o seu uso nas diversas práticas sexuais atrelada ao sentido erótico e de prazer (Silva *et al.*, 2021).

Categoria 2 - O acesso à informação sobre sexo seguro

Em diversos momentos das entrevistas com as mulheres idosas, o assunto do acesso às informações sobre o sexo seguro foi levantado. Em linhas gerais, a obtenção de informações confiáveis acerca da temática foi superficial, e apenas na juventude, segundo as entrevistas. Com o estabelecimento da velhice, as poucas informações que recebiam foram reduzidas a nada, segundo elas.

Essas informações que eu tenho é com relação ao que eu acompanho na mídia, leio, mas eu não participo de nenhum grupo e nem recebi

nenhuma informação “num” programa de saúde, mas eu sei da importância que é pra saúde da gente. (Iemanjá)

Eu não vou mentir, eu nunca fui no posto de saúde para isso, também porque a gente, na época, não tinha esse acesso que a gente tem hoje, existem esses lugares que têm palestras sobre isso hoje. Era uma coisa muito rara antes. A mídia não divulgava muito isso, mas de todo jeito saía alguma “coisinha”, eu aprendi um pouco. Eu acompanhava muito as meninas (filhas) quando foram entrando na adolescência, até antes mesmo eu já sabia de algo, porque eu gostava de ler enciclopédias. Então, eu procurava muito ler essas coisas assim. Na minha casa mesmo não tinha abertura com nossos pais sobre esse assunto. (Iemanjá)

O que eu sabia sobre isso, eu via na televisão, o povo fazendo, dando aquela instrução. As informações que eu tinha era vendo campanha no posto. Aí, alguma coisa foi ficando na minha mente, aí é justamente o que eu passo para as meninas, para minhas netas. (Iansã)

Na minha época, não se falava muito disso de sexo seguro, camisinha. (Naná)

Na minha época, eu não tinha conhecimento, porque eu era do interior. Vim saber depois de muitos anos. (Oxum)

No trecho da fala: “*Na minha casa mesmo não tinha abertura com nossos pais sobre esse assunto*” é possível observar que a falta de informações de muitas pessoas idosas referente ao sexo seguro é resultado, não somente disso, mas na maioria, pela carência de diálogo sobre educação sexual entre os genitores e genitoras.

A construção de barreiras morais entre pais e filhos e a falta de preparo da família em orientar os mais jovens sobre sexualidade respinga na carência de informação entre as pessoas idosas contemporâneas como uma herança intelectual negativa (Garbin *et al.*, 2010). Este fato é importante ser mencionado, não no sentido de culpabilizar os familiares desses idosos, por considerar que na época em que esses idosos eram juvenis, o acesso à informação sobre a sexualidade era ainda mais insuficiente.

Sobre o conhecimento ínfimo acerca do uso de preservativos, sobretudo, o vaginal, a escassez de informações compromete a lógica do sexo seguro. Quando não se tem

orientações sobre as vantagens do seu uso e a forma correta de utilização, é compreensível a falta de adesão a este recurso.

Naquela época, quase não se ouvia falar né, eu nunca usei, eu nunca cheguei a usar o preservativo feminino, então não sabia, nem sei até hoje como utilizar. O povo nem falava sobre isso, nunca fui informada. Como era só ele que usava o dele, eu nunca procurei saber como usar.
(Iemanjá)

Sobre a camisinha feminina, eu também nunca cheguei a usar, também não sei como se usa. Mas sei que é muito bom, que previne doenças.
(Oxum)

Em outra fala, percebeu-se que a idosa já foi instruída sobre práticas de sexo seguro, por meio de orientações fornecidas por profissionais de saúde:

As informações que eu tinha era vendo campanha no posto. Aí, alguma coisa foi ficando na minha mente, aí é justamente o que eu passo pras meninas, para minhas netas. (Iansã)

O pouco que se falava, era no pré-natal e quando ia fazer a prevenção, e olhe lá! (Naná)

O pré-natal e o exame para coleta de citologia oncótica aparecem nas falas, dessa vez, com a ideia de que nesses momentos assistências, a entrevistada em tela, recebeu algumas informações sobre a temática do sexo seguro, mas de forma, insuficiente, ao seu entendimento, ao usar a expressão “*e olhe lá*”.

Segundo o Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, durante a coleta de dados da história clínica, no item sexualidade, o profissional de saúde deverá abordar, entre outros aspectos, o uso de preservativos e a prática sexual na gestação atual ou em gestações anteriores. Conforme o documento, “o uso do preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado” (Ministério da Saúde, 2012, p. 277).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), conhecidas inclusive pelas idosas do estudo como postinho de saúde, não só devem reforçar a adesão e orientar a forma correta do uso do preservativo, mas, disponibilizar em livre demanda, com acesso facilitado e isento de discriminações. Nas consultas, sejam elas individuais ou coletivas, a promoção ao sexo

seguro, com a entrega de preservativo, incentivo à testagem regular para o HIV/aids e outras ISTs, bem como vacinação para hepatite A, B e HPV, devem ser rotineiros, não apenas pontualmente. O sexo seguro deve ser trabalhado na busca pela dupla proteção, com a prevenção das ISTs e gestação não desejada. Ademais, as UBS devem articular ações de prevenção do seu território, sobretudo em locais estratégicos como, casas noturnas e boates.

Em outro momento, algumas das entrevistadas relataram que o acesso à informação se deu por meio, não só dos profissionais de saúde da unidade básica, mas também, pela mídia tradicional (televisão).

É como eu disse, o que eu sabia sobre isso era por causa das instruções que eu recebi nas campanhas do postinho e vendo na televisão. (Iansã)

Poucas vezes, no posto de saúde e na televisão também, já vi algumas informações. (Oxum)

A mídia não divulgava muito isso, mas de todo jeito saía alguma “coisinha”, eu aprendi um pouco. (Iemanjá)

O que eu sabia sobre isso, eu via na televisão, o povo fazendo, dando aquela instrução. (Iansã)

Eu não lembro de ter recebido informação nenhuma de médico sobre isso (sexo seguro). O pouco que sei, foi vendo televisão, mas fora isso, não. (Obá)

Os conteúdos temáticos abordados nas mídias, sobretudo nos programas de televisão, maciçamente, direcionam o seu enfoque a determinados grupos de risco de maior incidência, como os adultos-jovens, limitando a possibilidade do conhecimento sobre o assunto para os demais segmentos no ciclo de vida, como pessoas idosas. Assim, os meios de comunicação contribuem na disseminação de informações sobre o HIV/aids, contudo, necessitam de abordagens mais assertivas.

Os achados nessa categoria reforçam a existência de barreiras assistenciais à população idosa, quanto ao acesso à informação na prevenção do HIV/aids. As tímidas ações de combate à infecção, nessa população, refletem no risco aumentado de contaminação. As abordagens empregadas nas ações de educação em saúde devem ser alinhadas à realidade de cada público-alvo, assim, diferem entre jovens e pessoas idosas. Mulheres idosas não são alvos de campanhas educativas, tampouco, são orientadas durante assistência à saúde, assim,

como alternativa, infere-se a relevância da utilização de materiais educativos, a exemplo de cartilhas, para informação e prevenção do HIV/aids (Brito *et al.*, 2016; Cordeiro *et al.*, 2017).

A abordagem sobre sexo seguro entre pessoas idosas, sobretudo, a mulheres, é rodeada de tabus, negando a possibilidade de existir vida sexual plena. A incipiência de abordagens assertivas e respeitosas compromete as recomendações das políticas públicas voltadas à temática.

Ressalta-se que o acesso às informações direcionadas às pessoas idosas acerca da prevenção do HIV/aids deverá ser qualquer tipo de discriminação ou conduta desrespeitosa, infringindo os preceitos éticos e morais. Dito isto, independentemente do arranjo familiar que esses indivíduos estejam inseridos, família tradicional, homoafetiva; paralela ou simultânea, poliafetiva, entre outros arranjos, o acesso à informação deverá ser alcançado sem qualquer impedimento.

A disseminação e difusão de informação sobre essas infecções é amplamente referenciada como método com grande potencial de chances de sucesso na efetivação das medidas preventivas (Liol, 2023).

Categoria 3 - O desconhecimento dos métodos de barreira para ISTs/HIV/aids

Esta categoria sustenta-se em vários relatos que associam à prevenção ao HIV/aids exclusivamente ao uso do preservativo. Todas as idosas entrevistadas negaram o conhecimento acerca de qualquer outro método de barreira, que não fosse o códom.

Nenhum outro (método de barreira), nem sabia que “existia” outros meios de prevenir doença, tirando a camisinha. (Iansã)

Pra mim, não tem como prevenir a doença sem usar camisinha, tanto como feminina como masculina. Tem que sempre usar, é um método que deve evitar doenças. Sem ser esse método, ou não conheço. (Oxum)

Não. Eu pensei que se evitava doença com camisinha, nem sabia que tinham outros modos. (Obá)

O desconhecimento da existência de outros métodos de barreira ao HIV e demais ISTs pode corroborar para um aumento do risco de contaminação durante as relações entre as pessoas idosas.

Um estudo transversal cujo objetivo foi descrever a atuação dos médicos de família e comunidade (MFC) e dos generalistas na prevenção primária e secundária em relação à infecção pelo HIV na população idosa, atendida pela Atenção Primária à Saúde (APS), em Porto Alegre-RS, demonstrou que 73,7% desses profissionais de saúde relataram não orientar/ensinar com frequência os idosos sobre os métodos de barreira (Mahmud *et al.*, 2020).

Em outro fragmento, é confirmada, não somente a má adesão quanto ao uso do preservativo, como já mencionado, mas a ausência de informações sobre os demais métodos de barreira ao HIV/aids.

Não, “fia”. Se nem a camisinha eu usava, quem dirá outro método, “né” (risos). Deve ter outro meio de se prevenir dessas doenças, mas eu nem sei como. (Nanã)

Em outro depoimento, um detalhe chamou-me atenção ao reportar o coito interrompido durante os atos sexuais, na juventude, como conduta preventiva à gestação, quando questionada sobre o entendimento acerca dos métodos de barreira.

Antes do meu esposo falecer, eu tinha feito histerectomia, aí existia a situação dele ejacular fora quando a gente não usava a camisinha, porque tinha a possibilidade de engravidar, mas sobre esses outros métodos, eu nem sabia que existiam, pra mim, era só a camisinha mesmo. (Iemanjá)

O coito interrompido consiste na interrupção do ato sexual, com a retirada do pênis do canal vaginal, antes de ejacular, evitando assim, que o sêmen entre em contato com a vagina. Uma das poucas vantagens quanto à adesão ao método anticoncepcional é o fato de ser natural, não envolvendo nenhum procedimento cirúrgico, dispositivos, hormônios ou medicamentos.

Ressalta-se que a prática, além de não garantir uma contracepção eficaz, em razão do líquido pré-ejaculatório conter espermatozoides, não promove a prevenção de IST, configurando-se como uma prática perigosa e deletéria. Além disso, exige autocontrole, experiência e confiança ao desejar adotar o método.

O aumento de casos de infecção do HIV/aids e demais ISTs entre pessoas idosas relaciona-se ao fato também desse público não ter adquirido o hábito de lidar com métodos de prevenção e não se sentirem vulneráveis às infecções.

Em um estudo descritivo, transversal e quantitativo, que teve como objetivos verificar o conhecimento e ocorrência de ISTs e o acesso ao tratamento entre mulheres de uma Unidade de Atenção ao Idoso e o entendimento, uso e acesso aos métodos preventivos, evidenciou que o preservativo (80,5%) e o coito interrompido (n=79 37,6%) foram os principais métodos relatados entre as mulheres idosas (Moreira *et al.*, 2012). Outro estudo com mulheres idosas, no município de Cianorte-PR, constatou que 57% das entrevistadas tinham conhecimentos dos métodos preventivos, entretanto, duas (14%) não conheciam as formas de evitar o HIV/aids, além disso, apenas três (21%) idosas responderam que já tinham utilizado algum método preventivo (Frugoli; Magalhães-Júnior, 2011).

Em um estudo exploratório, com abordagem quantitativa dos dados, composto por 24 pessoas idosas do Centro de Convivência do Idoso, em João Pessoa-PB, 87% dos entrevistados alegaram conhecer os meios de transmissão do vírus HIV/aids, elencando o preservativo como principal meio de prevenção. Ainda assim, em contrapartida, alegaram que não faziam a utilização deste recurso de forma assídua, limitando seu uso apenas nas relações sexuais com desconhecidos ou em casos de desconfiança quanto a fidelidade do parceiro (Silva; Silva; Ferreira, 2019).

Outro estudo, descritivo e de natureza qualitativa, com o mesmo público-alvo (pessoas idosas), evidenciou semelhanças. Ainda que a maioria dos entrevistados tenha mencionado o preservativo como método de barreira às IST/HIV, grande parte deles não aderiu ao insumo como forma de prevenção. Além disso, foi evidenciado que 20% dos entrevistados não souberam informar sobre as medidas preventivas. Ainda foi possível observar neste estudo que 29,2% dos entrevistados verbalizaram como medidas preventivas às infecções: não sair com profissionais do sexo, não beijar a boca de uma pessoa infectada, não compartilhar do mesmo banheiro/assento, evitar contato físico com pessoas que vivem com HIV/aids (Brito *et al.*, 2016).

Uma publicação, ainda que antiga, reforça o que foi observado neste estudo. Com objetivo de avaliar o conhecimento de pessoas idosas e a percepção do grau de risco quanto às IST/HIV/aids e a adesão ao preservativo, o estudo demonstrou que a maioria dos entrevistados não usava o insumo, principalmente as mulheres idosas (Garcez *et al.*, 2010).

Semelhante ao que foi observado neste estudo, onde o público-alvo entendia a necessidade da utilização do uso do preservativo, mas de forma muito pontual fazia o seu

uso, outro estudo, agora com jovens mostrou semelhança. Nele, quase 100% dos adolescentes citaram o preservativo como método de barreira mais eficiente para evitar o contágio com IST, contudo, uma grande parcela não o utilizava durante o ato sexual (Castro *et al.*, 2020), mostrando a necessidade de reforçar as orientações sobre o sexo seguro em vários ciclos de vida.

Uma pesquisa qualitativa de natureza interpretativa e exploratória evidenciou que algumas das pessoas idosas entrevistadas afirmaram que a confiança na parceria sexual, a fidelidade e hierarquização do papel masculino nas décadas passadas foram cruciais na pouca ou nenhuma adesão ao uso de métodos de barreira, especialmente o preservativo masculino (Cunha; Maciel, 2019).

Estudos sobre o conhecimento de HIV/aids em pessoas idosas enfatizam que os idosos não se reconhecem como vulneráveis à infecção e atribuem essa possibilidade apenas aos mais jovens, aos usuários de drogas, aos homossexuais e aos profissionais do sexo (Bittencourt *et al.*, 2015).

Por associarem que o preservativo é o único método de barreira contra as ISTs, e ainda assim, por não fazerem o uso do insumo, percebe-se uma contradição entre o entendimento dos benefícios do preservativo e a sua utilização, na prática.

Pessoas idosas precisam ser orientadas quanto à existência e importância dos demais métodos de barreira, não somente do preservativo. É necessário serem ofertados, de forma facilitada, métodos de prevenção nos serviços públicos de saúde.

Categoria 4 - Prevenção Combinada: conhecimentos sobre a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP)

Esta categoria ancora-se nos relatos das mulheres idosas quando indagadas acerca do conhecimento sobre a Prevenção Combinada (PC) e, mais especificamente, conhecimentos sobre a PrEP e a PEP.

Em linhas gerais, notou-se que nenhuma das entrevistadas afirmou com exatidão que tinham noção do que seria a PC. Aquelas que tinham uma noção sobre o tema, declararam que o acesso da informação se deu de forma própria, via leitura ou noticiários.

Não sei nem o que é isso. Não sei nem pra onde vai (risos). Eu nunca ouvi falar sobre isso não. (Iansã)

Nunca ouvi falar de nada disso. (Oxum)

Não, nunca nem ouvi. Não sei nem falar esse nome. (Obá)

Nesse ínterim, uma pesquisa quanti-quali, de métodos mistos, realizada em um Centro Estadual de Convivência do Idoso no município de Manaus/Amazonas, com 98 pessoas idosas constatou que quanto ao termo “Prevenção Combinada”, 81,6% responderam que não sabiam do que se tratava (Nogueira *et al.*, 2022).

Em consonância com Leite, Moura e Berlezi (2019), observou-se que a maioria dos idosos nunca ouviu falar de Prevenção Combinada, PrEP, PEP e carga viral indetectável.

Em outro momento, quando indagada ainda sobre a PC, a entrevistada refere que as informações que têm acerca do tema se deram por meio de recursos midiáticos, como reportagens em TV e livros.

É como eu coloquei, tudo o que eu tenho de informações, são assim, através da mídia, livros, reportagens, coisas que eu leio assim, que me chamam atenção. (Iemanjá)

Para outra idosa, a PC remete ao uso do preservativo com o intuito de prevenir infecções como HIV e sífilis.

E a prevenção combinada, eu acredito que é aqueles parceiros que usam o preservativo para evitar doenças transmitidas, como HIV, sífilis, esses tipos de doenças. (Nanã)

Em 2013 a chamada “Prevenção Combinada ao HIV” foi implementada no Brasil. Considerando o ano do feito, todas as idosas do estudo, durante toda a sua fase adulta, não tiveram acesso a essa estratégia de prevenção às IST.

A prevenção combinada reflete o uso de dois ou mais métodos voltados à prevenção do HIV, que deverá ser empregada conforme critério e preferência de cada indivíduo. Reitera-se que determinadas associações se adequam melhor a certos perfis populacionais, considerando que o meio de inserção individual pode influenciar na escolha da estratégia (Monteiro; Brigeiro, 2019).

A estratégia de prevenção faz uso combinado de intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais aplicadas no nível dos usuários, de suas relações e dos grupos sociais a que pertencem, mediante ações que considerem suas necessidades, especificidades e as formas de transmissão do vírus (Ministério da Saúde, 2017c).

Tratando-se das intervenções comportamentais, tem-se como foco evitar situações de risco baseando-se no comportamento dos indivíduos. Seu objetivo primário é “oferecer aos indivíduos e segmentos sociais um conjunto amplo de informações e conhecimentos, de maneira a torná-los aptos a desenvolver estratégias de enfrentamento ao HIV/Aids” (Ministério da Saúde, 2017c, p.20). As estratégias dessa esfera de prevenção abarcam o incentivo ao uso de preservativos internos e externos; aconselhamento sobre HIV/aids e outras IST; testagem; adesão às intervenções biomédicas; vinculação e retenção nos serviços de saúde; redução de danos para as pessoas que usam álcool e outras drogas; e estratégias de comunicação entre pares (Ministério da Saúde, 2017c; Melo, 2019).

As abordagens biomédicas são aquelas nas quais o foco da intervenção está na redução do risco à exposição dos indivíduos ao HIV, a partir de ações que impeçam sua transmissão mediante a interação entre pessoas portadoras do vírus e demais pessoas que não o possuem (Ministério da Saúde, 2017c). O princípio dessa abordagem é a aplicação de estratégias para evitar diferentes possibilidades de infecção e/ou transmissão do HIV, a partir de situações com potenciais riscos de infecção. Alguns exemplos de intervenções biomédicas são: a testagem regular para o HIV, incluindo o autoteste, o tratamento de pessoas que já vivem com HIV; a prevenção da transmissão vertical; uso da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Profilaxia Pós-Exposição (PEP); o tratamento das IST's e das hepatites virais; e a imunização para as hepatites A e B (Unaid, 2018c).

As intervenções estruturais buscam a mudança das causas ou estruturas centrais que afetam os riscos e as vulnerabilidades ao HIV, visando “evitar que preconceitos, discriminações e intolerâncias se convertam em formas de alienação ou relativização dos direitos e garantias fundamentais à dignidade humana e à cidadania” (Ministério da Saúde, 2017c p. 21).

Nas intervenções estruturais destacam-se os programas de redução de danos, ações de combate ao racismo, sexismo, LGBTfobia e demais injúrias; a promoção e defesa dos direitos humanos; e as campanhas educativas e de conscientização (Ayres, 1996; Abiaids, 2011; Ministério da Saúde, 2017c).

Em função dos resultados positivos obtidos com a distribuição universal de medicamentos antirretrovirais (ARV), a política brasileira de prevenção ao HIV é considerada modelo em outros países (Barros; Silva, 2017).

Apesar dos esforços nacionais, a epidemia da aids continua a se expandir e o número

de pessoas com acesso à Terapia Antirretroviral (TARV) não acompanha as estimativas. No ano de 2020, as diretrizes do Programa das Nações Unidas (UNAIDS) destacam que pelo menos 90% das Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) têm acesso a tratamento especializado. No País esse indicador é menor, representando 73% dos casos, evidenciando a necessidade de estratégias combinadas para prevenção (Unaid, 2021a).

Quando questionadas sobre a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) e a Profilaxia Pós-Exposição (PEP) um dos relatos, as Profilaxias seriam realizadas através de “coquetéis” para evitar a contaminação com o HIV/aids, como é possível visualizar no relato abaixo:

Eu já vi sobre isso (prevenção combinada)... da mesma forma, lendo sobre isso. Não sei muita coisa não, só que se acontecer algo de errado, pode tomar um coquetel pra evitar doenças, mas eu nunca cheguei a usar esses métodos, por ser só eu e o meu parceiro. (Iemanjá)

Outro relato reforça que as profilaxias são direcionadas à redução de risco de infecção, como é possível visualizar abaixo:

Essa palavra profilaxia, acredito que é para reduzir o risco de infecção. Eu nem sei te dizer mesmo, a palavra certa, mas eu acredito que é para reduzir o risco de infecção. (Nanã)

Os demais relatos abaixo são de idosas que desconhecem qualquer informação acerca das profilaxias.

Sei não, fia! Tá aí uma coisa que eu nunca recebi informação (risos).

Iansã

Não sei nem pra onde vai isso, nega. (Oxum)

Não, não, eu não sei não, nega. (Obá)

A PrEP tem ganhado destaque no âmbito da prevenção. Trata-se da combinação de dois antirretrovirais (Tenofovir e Emtricitabina) em um só comprimido de uso diário, devendo ser tomada por 30 dias contínuos, sendo recomendada para profissionais do sexo, mulheres, transexuais, HSH e parcerias sorodiferentes para o HIV, com vistas a minimizar o

risco de contaminação pelo vírus HIV (Ministério da Saúde, 2019). Dessa forma, além dos benefícios voltados à prevenção, essa medida impacta psicologicamente na qualidade sexual e emocional dos usuários que a utilizam (Bertevello *et al.*, 2022).

As evidências científicas demonstram que o uso de PrEP reduz em mais de 90% o risco de infecção pelo HIV (Ministério da Saúde, 2017c). Para além do componente orgânico, o emprego da PrEP está atrelado com uma maior autonomia na tomada de decisão de cunho afetivo e sexual, através do valor simbólico de luta por direitos, equidade e justiça social (Pimenta *et al.*, 2022; Matias, 2019).

Devido ao reconhecimento da Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação ao potencial da PrEP, novos estudos estão em fase de desenvolvimento mundialmente voltados à avaliação da estratégia de prevenção, considerando as peculiaridades de cada lugar (Bezerra, 2017).

A PrEP é indicada principalmente para populações em risco, pessoas com maior possibilidade de ser infectada, assim sendo, pessoas idosas com características de maior risco e todos os que julgam o seu modo de vida como de alto risco para contaminação, são fortes candidatos para o uso dessa medida preventiva (Ministério da Saúde, 2021).

Em relação à PEP, a profilaxia está disponível no SUS desde 1999 e constitui uma tecnologia cujo principal objetivo é ampliar as intervenções para redução do risco da infecção pelo HIV. A duração é de 28 dias e o esquema se dá da seguinte maneira: deve ser tomada em esquema preferencial: um comprimido formulado de tenofovir/lamivudina (TDF/3TC) 300 mg/300 mg + 1 comprimido de dolutegravir (DTG) 50 mg ao dia (Unaid, 2018c; Unaid, 2020d; Ministério da Saúde, 2021a).

A PEP evita a multiplicação do vírus HIV no organismo de uma pessoa, sendo indicada aos usuários que possam ter tido contato com o vírus em alguma situação de risco (Ministério da Saúde, 2017c).

O êxito no emprego das profilaxias reforça a importância de incentivá-las entre as pessoas idosas, contudo, pode-se inferir que essa população não possui uma boa adesão a PEP, como medida urgente, em razão do desconhecimento desse tratamento, como identificado neste estudo.

A partir dos resultados exibidos nas categorias, infere-se que os terreiros das religiões de Matrizes Africanas, enquanto espaço de acolhimento e promoção da saúde, podem ser

considerados locais ricos e altamente facilitadores na promoção do cuidado aos seus adeptos. O uso das práticas de cuidado, incluindo o autocuidado físico e espiritual, podem ser complementados pelos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. As doutrinas religiosas de matrizes africanas são baseadas em conhecimentos e práticas ancestrais, que merecem ser respeitadas e legitimadas.

Sob essas circunstâncias, na atenção à saúde das pessoas idosas negras do terreiro, suas queixas, questionamentos e carências devem ser suprimidos. Na saúde sexual, não pode ser diferente. Correlacionar os cuidados tradicionais com os promovidos nos terreiros é potencializar o escopo de cuidados a esse público. Incentivar o autocuidado, orientar acerca dos métodos de prevenção do HIV/aids, facilitar o acesso ao preservativo, gel lubrificante e testagem rápida, inclusive realizando-os no próprio terreiro, aproxima-se de um cuidado humanizado e dignificante.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Considerando que nenhuma pesquisa está isenta de limitações, sinaliza-se a incipiência de pesquisas voltadas ao estudo de Prevenção Combinada (PC) do HIV com pessoas idosas de religiões de matrizes africanas uma limitação do estudo. Observaram-se no estudo de revisão integrativa deste estudo que as pesquisas voltadas a PC voltadas às pessoas idosas, na sua maioria, os aspectos étnico-racial e religioso não foram abordados como objeto de estudo.

Outra limitação foi o número de 5 participantes que se justifica porque algumas idosas, ainda que atendessem aos critérios de inclusão deste estudo, recusaram-se em participar das etapas da pesquisa pela temática do estudo, enquanto outras, não puderam comparecer aos dias pré-estabelecidos da coleta de dados.

A coleta de dados encerrou-se pela limitação na quantidade de potenciais novas participantes, pelo fato de que as idosas do Terreiro de Culto Afro-Brasileiro Ilê Axé Oxum Ipondá, em sua maioria, tinham uma frequência semanal no terreiro, não havendo maior variabilidade de novas idosas a cada semana. Deste modo, cabe reconhecer a homogeneidade na composição da amostra, como a ausência de parcerias sexuais, o fato de não serem tabagistas, serem de baixa escolaridade e baixa renda.

A dificuldade do levantamento de dados no campo limitou para uma quantidade maior de idosas negras de matrizes africanas.

Considerando que este estudo descreveu o conhecimento de cinco idosas negras de religiões de matrizes africanas sobre a prevenção combinada do HIV, abrangendo estratégias de uso de preservativos e gel lubrificante, não é possível considerar a representação generalizada pelos resultados obtidos para todos os terreiros de matrizes africanas.

Deste modo, este estudo poderá ser aplicado a terreiros de matrizes africanas do município de Olinda-PE, sejam eles de Umbanda ou Candomblé, onde se tenham pessoas idosas como adeptos, complementando o entendimento quanto à prevenção combinada do HIV e uso do gel lubrificante e preservativo. Pesquisas que também analisassem as dificuldades na má aceitabilidade do preservativo, associado ao gel lubrificante, sob um enfoque qualitativo, poderão resultar numa maior compreensão de comportamentos e estados de vulnerabilidade que afetam essa população.

Este estudo também poderá ser replicada em outros terreiros de outros municípios brasileiros como também de países de língua portuguesa, para verificar a existência do mesmo padrão de resultados, implicando, possivelmente, o conhecimento sobre a prevenção

combinada do HIV entre pessoas idosas das religiões de matrizes africanas. Nesta direção, comparações poderão ser realizadas entre terreiros de Candomblé e Umbanda, pessoas idosas negras em comparação a brancas, relacionando-os aos comportamentos vulneráveis e condições socioeconômicas, por exemplo.

À vista disso, ao longo do desenvolvimento deste estudo identificaram-se questões que permitirão o desenvolvimento de outras pesquisas voltadas ao estudo das subjetividades produzidas a partir da cultura do Candomblé.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cartilha educacional << Prevenção combinada do HIV para idosas negras de religiões de Matrizes Africanas >> foi considerada uma ferramenta validada quanto ao conteúdo, aparência e semântica, tanto pelos juízes quanto pelas mulheres idosas negras, deste estudo, endossando seu uso na disseminação de informações acerca da Prevenção combinada do HIV quanto ao uso de preservativos e gel lubrificante.

O processo de avaliação com as idosas do Ilê foi de fundamental importância para evitar resultados imprecisos no que se refere à compreensão, atratividade e aceitação cultural. A avaliação possibilitou verificar se as ideias inseridas na cartilha educacional eram de fácil entendimento, adequadas para aplicação do material no cotidiano, capazes de favorecer a compreensão e elucidar dúvidas externadas nas entrevistas individuais.

Considerando que o conteúdo da cartilha foi elaborado a partir dos levantamentos feitos nas entrevistas com as mulheres, a utilização da linguagem simples e o emprego de ilustrações serviram de recursos didáticos capazes favorecer a compreensão delas. O material mostra a importância do enfoque para o HIV aprofundando elementos educacionais relevantes sobre a infecção e suas relações biopsicossociais.

A cartilha se mostra potencialmente escalável a outros Ilês, não somente de Candomblé, mas de Umbanda, por exemplo, estendendo-se às Unidades de Saúde da Família (cenário privilegiado para se trabalhar a sexualidade entre pessoas idosas). Pelas suas características, exigindo poucos recursos para a sua utilização, sugere-se sua divulgação para uso por profissionais da saúde do SUS, visando ampla utilização, de maneira que, associada a outras medidas assistenciais, possa contribuir na vivência de sexo seguro entre pessoas idosas.

Considerando o aspecto étnico e racial apresentado nesse estudo, profissionais da saúde e pessoas idosas que têm o português como língua oficial falado por mais de 265 milhões de pessoas em todo o mundo, incluindo em Macau, na China, e no Continente Africano (Angola, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial, Moçambique, São Tomé e Príncipe) podem ser beneficiados com a disponibilização e *download* gratuito da cartilha, acessando-a pelo QR Code ou o *link*. Demais países como, Portugal-localizado no Continente Europeu e Timor-Leste - na Ásia, também podem ser favorecidos com a Cartilha, por também terem o português como idioma oficial. Assim, a disponibilização deste material educativo poderá permitir um alcance ilimitado de pessoas através da internet ou de dispositivos Android, ou IOS.

Quanto aos aspectos da coleta de dados com as idosas, foi possível observar que todas elas tinham uma visão acerca de cada questionamento. Com base nas suas experiências, aspectos socioeconômicos, culturais e acesso às informações, foram desenvolvendo comportamentos, alguns deles de risco. As barreiras morais, programáticas e os tabus envolvidos na temática da saúde sexual entre as pessoas idosas problematizam e fomentam estados de vulnerabilidades ao HIV e demais IST.

Almeja-se que os profissionais da saúde, sobretudo os enfermeiros, possam visualizar os terreiros como um espaço fértil para o desenvolvimento de atividades educativas com os praticantes de religiões de matrizes africanas, abandonando práticas discriminatórias e segregantes, lançando mão de uma conduta ética e equânime.

A conclusão deste estudo permitiu suscitar discussões sobre as minorias raciais e étnicas, além de proporcionar maior conhecimento sobre práticas sexuais dessas mulheres idosas.

Em conclusão, para além do sentido metodológico, acima do aspecto da construção da pesquisa, por meio das recomendações científicas, é importante compreender que o estudo só teve seu início e fim, com êxito, porque a Espiritualidade permitiu que assim fosse. A Ela, o maior agradecimento!

REFERÊNCIAS

ABIAIDS - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INTERDISCIPLINAR DE AIDS. **Prevenção Combinada: Barreiras ao HIV**. Rio de Janeiro, 2011.

ALEXANDRE, N.M.C.; COLUCI, M. Z.O. **Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas**. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011Jul;16(7):3061–8.

ALMEIDA, L.; BASTOS, P. R. H. O. **Elderly Self Care: a systematic review of the literature**. Revista Espacios, Venezuela, v. 38, n. 28, p. 3, jan. 2017.

ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A.; ALMEIDA, M. V. G et al. **Desafios metodológicos da abordagem qualitativa: diversidade de cenários, participantes, estratégias e técnicas**. Estudos qualitativos: enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações. Sobral: Edições UVA, 2018.

AWURE. **Mulheres de terreiros, as memórias ancestrais e a resistência pelo sagrado**. (Online) disponível em <https://www.awure.com.br/mulheres-de-terreiros-as-memorias-ancestrais-e-a-resistencia-pelo-sagrado/>. 2020.

AYRES, J. R. C. M. **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas: HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes**. São Paulo: Ed. Eletrônica. Casa de Edição. 1996.

BARBOZA, A. M. J.; COSTA, H. A. A.; ARAUJO, I. J. S. **Prevalência de casos de HIV/AIDS notificados no SINAN, 2007 a 2016 no estado de Alagoas**. 2021

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BARNARD. **Nursing and the primacy of technological progress**. Int J Nurs Stud [serial on the internet]. 1999.

BARROS, S. G.; SILVA, L. M. V. **A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 114-128, 2017.

BATISTA, M. A. L.; VASCONCELOS, C. M. R.; VASCONCELOS, E. M. R., SANTOS, Z. C.; ARRUDA, S. G. B. **Panorama epidemiológico dos idosos acometidos por sífilis adquirida em um município da zona da mata pernambucana**. Revista de Atenção à Saúde. São Caetano do Sul, SP, v.18. n. 65. p. 26-37. jul./set. 2020.

BENEVIDES, J. L. *et al.* **Development and validation of educational technology for venous ulcer care.** Rev Esc Enferm USP, vol. 50, n. 2. P. 309-16, 2016.

BERTEVELLO, D. A. **Avaliação do efeito da PrEP na qualidade de vida sexual e saúde mental de usuários.** 2022. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Faculdade de Medicina, Universidad de São Paulo, São Paulo, 2022.

BEZERRA, V. **Práticas e sentidos da sexualidade de alguns usuários da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV.** CSOnline –Revista Eletrônica de Ciências Sociais, Juiz de Fora, n. 23, p. 140-160, 2017.

BITTENCOURT, G. K. G. D.; MOREIRA, M. A. S. P.; MEIRA, L. C. S.; NÓBREGA, M. M. L.; NOGUEIRA, J. A.; SILVA, A. O. **Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnósticos de enfermagem.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2015Jul;68(4):579–85.

BRITO, N. M. I.; ANDRADE, S. S. C.; SILVA, F. M. C.; FERNANDES, M. R. C. C.; BRITO, K. K. G.; OLIVEIRA, S. H. S. **Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e aids: conhecimento e percepção de risco.** ABCS Ciências da Saúde, [S. l.], v. 3, 2016.

CARVALHO, J. M. (org.) Cartas de Erasmo / José de Alencar. **Coleção Afrânio Peixoto**; v. 90. Rio de Janeiro: ABL, 2009.

CASTRO, A. T. V *et al.* **O papel da atenção primária à saúde no controle de infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 12, p. e4908, 31 dez. 2020.

COELHO, D. M. B. **Mulher negra e(n)cena: Performances encontros e utopias.** Dissertação. Universidade Federal de São Carlos. 2019.

CORDEIRO, L. I *et al.* **Validation of educational booklet for HIV/Aids prevention in older adults.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2017Jul;70(Rev. Bras. Enferm., 2017 70(4)):775–82.

CONCEIÇÃO, A. S.; MIRANDA, E. O. **Terreiro de candomblé como espaço de saberes educacionais: memória de criança.** Semana de Educação da Pertença Afro-Brasileira, p. 190-196, 2022.

COSTA E SILVA, A. **História do Brasil Nação – 1808-2016.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

COUTO, M. T. **Acesso, uso e significados da profilaxia pós-exposição (pep) ao HIV entre homens brasileiros: análise interseccional de orientação sexual, geração e raça/cor.** Em:

Anais do 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde; João Pessoa. Paraíba. Brasil. Campinas: Galoá; 2019.

CUNHA, J. P. A.; MACIEL, R. F. **Um estudo sobre a percepção de idosos diagnosticados com IST acerca do autocuidado: letramento em saúde.** Revista Philologus, v. 25, n. 75 Supl., p. 3011-32, 2019.

DUARTE, R, V. **Cartilhas educativas digitais para promoção da saúde da mulher e da criança.** 2018. 61 f. Monografia (Graduação em Farmácia) - Escola de Farmácia. Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2018.

ESTATUTO DO IDOSO. **Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003.** Brasília: DF, 2003h.

FERRÃO, C. L. M.; FIGUEIREDO, R.; MENEZES, L. J.; PAGANI, M. **Percepções de profissionais e usuários da Atenção Básica sobre preservativo feminino /interno.** BIS. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 125–139, 2021.

FERREIRA, L. R.; DONATO, I. K. B. **A ambiguidade da condição da mulher idosa dos terreiros de candomblé alagoano.** REVEXT - Revista de Extensão da Universidade Estadual de Alagoas - UNEAL, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 33–47, 2017.

FREITAS, N. S.; SILVA, I. G.; FILGUEIRAS, K. F. **The body and the guilt: the building of female sexuality under the influence of Christian religions.** Rev Bras Sex Humana. 2022;33:994-8

FRY, P. H.; MONTEIRO, S.; MAIO, M. C.; BASTOS, F. I.; SANTOS, R. **AIDS tem cor ou raça? Interpretação de dados e formulação de políticas de saúde no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):497-523, mar, 2007.

FRUGOLI, A.; MAGALHÃES-JÚNIOR, C. A. O. **A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para educação sexual.** Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR. [Internet]. 2011.

GARBIN, C. A. S.; LIMA, D. P.; DOSSI, A.P; ARCIERI, R. M.; ROVIDA, T. A. S. **Percepção de adolescentes em relação a doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos.** DST J Bras Doenças Sex Tansm. 2010;22(2):60-3.

GARCEZ, B.S.; GARCEZ, J.S.; PAIXÃO, M. R. P.; FERNANDES, A. C. V.; SANTOS, R. B. **Conhecimento e percepção do grau de risco sobre DST e HIV/AIDS e a utilização do preservativo entre idosos: o autocuidado sadio e a enfermagem neste contexto.** Rev Pesq Cuid Fundam. 2010;2(Ed Supl):654-6.

HAESLER, E.; BAUER M.; FETHERSTONHAYGH D. **Sexuality, sexual health and older people: a systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals.** Nurse Educ Today. 2016;40:57-71.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015** [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Dossiê Mulheres Negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil** / organizadoras: Mariana Mazzini Marcondes. [et al.]. – ISBN 978-85-7811-188-5. Brasília: IPEA, 2013.

JASPER, M. A. **Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing.** J Adv Nurs, v. 20, n. 4, p. 769-76, 1994.

LEITE, M. T.; MOURA, C.; BERLEZI, E. M. **Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 10, n. 3, p. 339-354, 2019.

LIOI, F. M. **Elaboração e validação de um portal de informações sobre prevenção combinada da infecção pelo HIV.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

MAHMUD, I. C.; BEHAR, P. R. P.; BÓS, Â. J. G.; TERRA, N. L. **O HIV em idosos: atuação de médicos da Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre/RS, Brasil.** PAJAR, Porto Alegre, v. 8, p. 1-15, jan.-dez. 2020.

MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. **Candomblé, corpos e poderes.** Perspectivas, São Paulo, v. 43, p. 199-217, jan./jun. 2013.

MANOEL, J. C. C. **A lei dos sexagenários como estratégia para manutenção da precariedade socioespacial no Brasil.** Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN), v. 12, n. Ed. Especi, p. 12-31, 2020.

MATIAS, W. L. P. **Direitos e biopoder na era da prevenção farmacológica ao HIV: A PrEP em João Pessoa e suas implicações ao tecido social.** Sociologia, HIV/AIDS, Prep – Universidade Federal da Paraíba (UFPB), 2019.

MATSUSHITA, R. Y.; SANTANA, R. S. **Uma análise da incidência dos casos de AIDS por faixa etária.** Boletim Epidemiológico AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, v. 14, n. 2, p. 3-5, 2001.

MEDEIROS, R. K. S., JÚNIOR, M. A. F., PINTO, D. P. S. R., et al. **Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem**. Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 4, 2015.

MELO, E. S. **Construção e validação de material educativo digital para redução do risco cardiovascular em pessoas vivendo com HIV**. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2019.

MELO, L. D. ; SPINDOLA, T.; ARREGUY-SENA, C et al. **Sexual behavior according to undergraduate students: perspective of cross-cultural nursing and intersectional framing**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2023;76(6):e20220786.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia Instrucional Viva Melhor Sabendo** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de implantação da Profilaxia Pós-Exposição – PrEP HIV**. Brasília: MS; 2019b ed. 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013d.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012e.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Presidência da República. **Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial**. Brasília; SEPPPIR; 2011f.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília: MS; 2007g.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: MPAS, 1994i.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Decreto n. 9.517, de 14 de novembro de 1885**. Aprova o Regulamento para a nova matrícula dos escravos menores de 60 anos de idade, arrolamento especial dos de 60 anos em diante e apuração da matrícula, em execução do art. 1º da lei n. 3.270 de 28 de setembro deste ano. Coleção das leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro, p. 738, v. 1, 1886j.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coleção de Leis do Império do Brasil - 31/12/1885l - Vol. 1**.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais do Parlamento Brasileiro: Senado (AS)**. Rio de Janeiro: Typographia do Diário do Rio de Janeiro, 1871m.

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. **Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00111318, 2019.

MOREIRA, T. M.; PARREIRA, B. D. M.; DINIZ, M.A, SILVA, S.R. **Conhecimento das mulheres idosas sobre doenças sexualmente transmissíveis, conhecimento, uso e acesso aos métodos preventivos**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 oct/dec;14(4):803-10.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. **Comunicação Escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde**. RevBrasEnferm, v. 56, n. 2, p. 184-188. 2003.

MOUTINHO, G. M.; SERNÉGIO, V. B. **Trabalho escravo: violação dos direitos humanos e perspectivas futuras**. Internationali Negotia diretoria acadêmica área de direitos humanos, 2016.

NABUCO, J. **O abolicionismo**. Brasília: Senado Federal, Conselho Editorial, 2003.

OLHAR DIGITAL. **Aprenda como criar QR Code de três maneiras diferentes**. 2022 (Site). Disponível em: <https://olhardigital.com.br/2021/04/09/dicas-e-tutoriais/aprenda-como-criar-qr-code-de-tres-maneiras-diferentes/>

OKUNO, M. F. P.; FRAM, D.S.; BATISTA, R. E. A.; BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. **Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos portadores de HIV/AIDS**. *Acta Paulista Enfer* 2012; 25(1):115-121.

- NOBREGA, K. B. G.; MARINUS, M. W. L. C.; BELIAN, R. B.; GONTIJO, D. T. **Validation of the educational technology “abuse no more” for young people with intellectual disabilities.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 7, p. 2793-2806, 2021.
- NOGUEIRA, P. O *et al.* **Nível de conhecimento dos idosos de um centro de convivência sobre o HIV: Suas particularidades e atualidades.** *Brazilian Journal of Development*, [S. l.], v. 8, n. 12, p. 80744–80765, 2022.
- OLIVEIRA, A. F. **Saúde da mulher. Entre ganhos e perdas, para onde vamos?.** Núcleo de Acompanhamento de Políticas Públicas–Mulher, p. 13, 2022.
- OLIVEIRA, BMC.; KUBIAK, F. **Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira.** *Saúde em Debate* [online]. 2019, v. 43, n. 122.
- OLIVEIRA, F. A *et al.* **Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas para promoção do autocuidado em saúde.** *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão, Florianópolis*, v. 15, n. 28, p. 137-150, abr. 2018.
- OLIVEIRA, F. A.; SOUSA, F. S.; CAVALCANTE, S. L.; COUTO, A. R. M.; ALMEIDA, A. N. S.; BRANCO, M. F. C. C. **Atividades de educação em saúde realizadas com grupo de idosas para promoção do autocuidado em saúde.** *Extensio: Revista Eletrônica de Extensão, Florianópolis*, v. 15, n. 28, p. 137-150, abr. 2018.
- OUCHI, J. D *et al.* **O papel do enfermeiro na unidade de terapia Intensiva diante de novas tecnologias em saúde.** *Revista Saúde em Foco – Edição nº 10 – Ano: 2018.*
- PERDIGÃO, I. S; OLIVEIRA, R. C. C.; ZAGNOLI, S. B. C.; NEVES, J. A. C. **Susceptibilidade dos idosos ao vírus da imunodeficiência humana: causas, consequências, políticas e intervenções de enfermagem.** *Rev. Enfermagem Revista*. V. 16. Nº 03. Set./Dez. 2013.
- PIMENTA, M. C *et al.* **Barreiras e facilitadores do acesso de populações vulneráveis à PrEP no Brasil: Estudo ImPrEP Stakeholders.** *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2022, v. 38, n. 1.
- POLIT D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** Porto Alegre: Artmed; 2011.
- RABELO, D. F.; SILVA, J.; ROCHA, N. M. F. D.; GOMES, H. V.; ARAÚJO, L. F. **Racismo e envelhecimento da população negra.** *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(3), 193-215, 2018.
- ROCHA, D.; ARAÚJO, R. P.; SANTOS, M. B.; OLIVEIRA, W. V. **O corpo negro dos filhos de santo como “entrelugar” do orixá nos terreiros de candomblé.** *Humanidades & Inovação*, 7.15 (2020): 494-507.

RUFATTO, D. S *et al.* **Cartilha informativa gratuita de promoção à saúde da gestante como instrumento educacional na cidade de Porto Velho/RO.** Mostra de Inovação e Tecnologia São Lucas (2763-5953), v. 1, n. 2, 2021.

SALOMÃO CAMBI, E. A.; LEITE FAQUIM, D. A. C. **Trabalho escravo, direitos humanos e exclusão social.** Revista Direitos Humanos e Democracia. [S. l.], v. 6, n. 11, p. 432–454, 2018.

SAMPIERI, R. H; COLLADO, C. F; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2013.

SANTOS, C. C. M. **Pobreza Menstrual no Brasil: desigualdades e violações de direitos.** Brasília, DF: UNICEF, UNFPA, 2021.

SANTOS, C. A *et al.* **Sexualidade na Terceira Idade: a Percepção dos Idosos Usuários de um Serviço de Apoio a Melhor Idade.** Revista investigação qualitativa em saúde, Coruña, v.2, n.6, p. 1-9, 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Coordenadoria de Controle de Doenças Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids CRT-DST/AIDS-SP. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. **Guia básico de prevenção combinada o que é? Como fazer? Onde saber mais?** São Paulo. 2016

SCHUSSLER, C.; LOMANDO, E. **Negociação sexual conjugal.** Pensando fam., Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 19-33, jun. 2019.

SILVA, D. G *et al.* **Perfil epidemiológico de pacientes internados por HIV/AIDS no Brasil: Revisão integrativa da literatura.** Research, Society and Development, v. 10, n. 9, e19410917976, 2021

SILVA, J. W. S. B *et al.* **Mandala da Prevenção Combinada: ferramenta pedagógica no enfrentamento da epidemia de IST, aids e hepatites virais em Pernambuco.** Revista Saúde em Redes, v. 7, supl.2, p. 1-15, 2021.

SILVA, D. F. S.; SILVA, H. C.; FERREIRA, O. G. L.. **Percepção de idosos independentes na prevenção de hiv/aids.** Anais VI CIEH... Campina Grande: Realize Editora, 2019.

SILVA, T. F. R.; FIGUEIRA, J. M. R.; SILVA, S. R. V. **Racismo institucional e saúde da mulher negra: Reflexões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, os serviços de saúde pública e o serviço social.** Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. 2018.

SILVA, J. M. **Religiões e saúde: a experiência da Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde.** Saúde soc. 16 (2). Ago 2007.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. **Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos.** IV Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade - ENEPO. Brasília – DF, 03 a 05 de 2013.

SILVEIRA, T. M. **Solidão, amor e sexo na mulher de mais de sessenta anos.** Revista da Abordagem Gestáltica, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 15-20, 2008.

SOARES, J. S.; CARDOZO, C. A. F. **Medicina Tradicional e Candomblé: Relato de Experiência.** Scientia Tec. Revista de Educação, Ciência e Tecnologia – IFRS, v. 5, n.2, jul/dez, 2018.

SOUZA, IB.; TENÓRIO, HAA., GOMES JÚNIOR, EL. MARQUES, ES. CRUZ, RAF. SILVA, RGM. **Sociodemographic profile of elderly persons with the human immunodeficiency virus in a state in the northeast of Brazil.** Rev. bras. geriatr. gerontol. (Online) ; 22(4): e190016, 2019.

SOUZA, K. W. S.; CAVALCANTI, L. **A carne mais barata do mercado é a carne negra”:** **Corpos negros e relações de poder no Brasil.** 4º Congresso Internacional de Direitos Humanos (CONIDIH). 2019.

SOUZA, L.C. **Manifestações da Liberdade: A Lei Áurea em Rio Grande, RS.** ARS (São Paulo), [S. l.], v. 17, n. 37, p. 277-289, 2019.

TELES, L. M. R *et al.* **Development and validating an educational booklet for childbirth companions.** RevEscEnferm USP, v. 48, n. 6, p. 977-84, 2014.

TEMÓTEO, R. C. A et al. **Enfermagem na adesão ao tratamento da tuberculose e tecnologias em saúde no contexto da atenção primária.** Esc. Anna Nery 23 (3). 2019.

TORRES, K. R. B.; CAMPOS, M.R.; LUIZA, V. L.; CALDAS, C. P. **Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde.** Physis. 2020;30(1):e300113.

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV and AIDS. **Estatística: Estatísticas Globais sobre HIV 2021.** Brasil, 2021a.

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV and AIDS. **Global aids Update: Seizing the Moment, Tackling entrenched inequalities to end epidemics.** Brasil, 2020b.

UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV and AIDS. **Prevenção Combinada: conheça as novas estratégias de prevenção ao HIV.** Brasil, 2018c.

VASCONCELOS, C. M. A.; BRAZ, R. F.; LIEBIG, S. M. **O arquétipo da mulher negra à figura da bruxa: dupla colonização no poema A lenda da bruxa, de Conceição Lima.** In:

Congresso Nacional Africanidades e Brasilidades, 2021, Vitória. Anais do Congresso Nacional Africanidades e Brasilidades. Vitória: UFES/DLL, 2021. v. 1. p. 1-12.

APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
 ENFERMAGEM



CARTA DE ANUÊNCIA PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Maria Amanda Lima Batista, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **CARTILHA EDUCACIONAL SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS**, que está sob a coordenação/orientação do Prof. Ednaldo Cavalcante de Araújo cujo objetivo principal Construir uma cartilha educacional válida sobre prevenção combinada do HIV para as negras de religiões de matrizes africanas.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Local, em ____/____/_____.

Nome/assinatura e **carimbo** da responsável pelo Terreiro de Culto Afro-Brasileiro Ilê Axé Oxum Ipondá

APÊNDICE B - CARTA-CONVITE PARA OS JUÍZES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARTA-CONVITE PARA OS JUÍZES

Eu, Maria Amanda Lima Batista, enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), estou desenvolvendo um estudo intitulado “**CARTILHA EDUCACIONAL SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS**” no qual uma das etapas refere-se à avaliação por especialistas. Esse trabalho objetiva construir uma cartilha educacional válida sobre prevenção combinada do HIV para as negras de religiões de matrizes africanas.

Considerando sua especialidade, gostaria de convidá-lo (a) a participar da validação de conteúdo, tendo em vista que seus conhecimentos científicos sobre a temática em questão são relevantes para avaliar a tecnologia desenvolvida.

Após sua aceitação em participar desse estudo, enviarei, via *e-mail*, *WhatsApp* ou correio postal, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), juntamente com o produto final da cartilha educacional e o instrumento de avaliação desse recurso que foi construído contemplando sua área de especificidade e apoia-se na literatura pertinente para avaliação dos aspectos envolvidos neste instrumento.

Frente aos seus e sua experiência teórico-prática, reforço a importante contribuição da sua participação para o desenvolvimento deste estudo, considerando as suas sugestões e recomendações ao instrumento, para posteriormente ser utilizado.

Desde já, faço votos de agradecimento.

Atenciosamente,

Enfa. Maria Amanda Lima Batista

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPE

Servidora Pública Municipal pela Prefeitura de Vertentes - PE

Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional de

Interiorização à Saúde do Centro Acadêmico de Vitória - UFPE

Especialista em Gerenciamento em Atenção Básica da Saúde

Especialista em Saúde da Mulher com ênfase em Ginecologia e Obstetrícia

Especialista em Urgência, Emergência e UTI

<http://lattes.cnpq.br/7913319723739192>

Fone: (81) 99759-2858

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(JUÍZES ESPECIALISTAS)
COLETA DE DADOS VIRTUAL**
(Elaborado de acordo com as Resoluções 466/2012 -CNS/CONEP)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **CARTILHA EDUCACIONAL SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora, Maria Amanda Lima Batista, Rua Padre Renato Correia Guedes, n.º 53, CEP 55770-000, Vertentes, Pernambuco. Telefone para contato: (81) 997592858), sob a orientação de Ednaldo Cavalcante de Araújo, Telefone: (083) 98695-6072), e-mail (ednaldo.araujo@ufpe.br).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar desse estudo, pedimos que assinale a opção de “Aceito participar da pesquisa” no final desse termo.

O senhor estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Ø **Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação:** este estudo tem como objetivo geral construir uma cartilha educacional válida sobre prevenção combinada do HIV para as negras de religiões de matrizes africanas. Trata-se de um estudo metodológico, fundamentado por uma revisão integrativa da literatura e pelas recomendações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e da Política Nacional do Idoso, a ser realizado em cumprimento às seguintes etapas: a) Revisão Integrativa da Literatura para fundamentar o conteúdo da cartilha educacional; b) estudo qualitativo, exploratório e descritivo com as idosas negras sobre preservativos e gel lubrificante como estratégias da prevenção combinada do HIV; c) construção da cartilha educacional; d) realização da avaliação de conteúdo, semântica e aparência da cartilha junto aos juízes especialistas; e) realização da

avaliação de conteúdo, semântica e aparência com as participantes do estudo. A seleção dos juízes será realizada por meio de amostragem de rede ou bola de neve, ferramenta empregada para localizar amostras difíceis de serem encontradas (POLIT; BECK, 2011). Essa etapa obedecerá aos critérios de Jasper (1994). Reitera-se que deverão ser atendidos, pelo menos, dois critérios (JASPER, 1994). Será realizada para a verificação dos critérios de elegibilidade, a consulta dos currículos na plataforma Lattes disponibilizado no portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Aos juízes que atenderem os critérios de elegibilidade e os requisitos propostos por Jasper (1994), será enviada uma carta convite via *e-mail*, correio postal ou *WhatsApp*, com informações sobre os objetivos da pesquisa e convidando-os a participarem. A escolha por esse tipo de coleta se deu em razão da possibilidade do maior alcance dos expertises que, porventura, possam morar em locais distantes da casa de candomblé executora da pesquisa. Após a aceitação em participar do estudo, será enviado o TCLE para confirmação da participação e um questionário individual de caracterização dos juízes juntamente com instrumento de validação com escala do tipo Likert. Será disponibilizado um prazo de 15 dias para o preenchimento, análise e considerações. Pensando em facilitar o preenchimento adequado do instrumento, os juízes receberão instruções quanto aos critérios analisados.

- Ø **RISCOS:** Tratando-se de um estudo voltado para a perspectiva da prática sexual, há um risco de as entrevistadas serem submetidas a perguntas que as julguem sensíveis, desse modo, a entrevistadora, além de promover um ambiente acolhedor, com escuta qualificada, deverá ser capaz de reconhecer sinais que indiquem desconforto às perguntas, além de explicitar as idosas a liberdade para não responder questões que julguem constrangedoras. Outro provável risco trata-se da invasão de privacidade durante as entrevistas; dessa forma, deverá ser garantido privacidade e local reservado, sem a presença de terceiros. Somente mediante autorização, serão realizadas fotografias durante as entrevistas. Além disso, no que se refere ao risco de divulgação dos relatos confidenciais, será assegurada a confidencialidade e a privacidade das gravações durante a coleta dos dados, garantindo que essas informações não sejam utilizadas por pessoas que não tenham vínculo com a pesquisa. Considerando que os depoimentos serão armazenados no gravador, será assegurado que esses materiais não serão compartilhados com terceiros. Os dados coletados serão considerados confidenciais como propriedade conjunta das partes envolvidas. As informações pessoais serão excluídas e não serão utilizadas para qualquer fim. Apenas os resultados finais serão inseridos no estudo, estando as voluntárias cientes disto. Os dados da pesquisa ficarão sob cuidado exclusivo da pesquisadora responsável, mantendo em sigilo suas identidades. Todo o material coletado durante a avaliação será guardado, por tempo mínimo de cinco anos. Outro possível risco trata-se da interferência na rotina do público-alvo, para evitar ou minimizá-lo, as coletas de dados seguirão o cronograma de atividades realizadas no Ilê. Para além dos riscos e as suas formas de minimização com o público-alvo, incluem-se os juízes especialistas neste aspecto ético. A pesquisadora assumirá a responsabilidade de dar assistência integral

às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos tanto às participantes do estudo (pessoas idosas) e os experts. Caso, porventura, estes vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, garantida pela pesquisadora, têm direito à indenização. Em hipótese alguma poderá ser exigido, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano, caso ocorra. O formulário de consentimento livre e esclarecido não deverá afastar essa responsabilidade, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais. Portanto, visando reduzir ao máximo os riscos durante a realização da pesquisa, será adotada uma vigilância ética, sendo garantida ainda a suspensão imediata da pesquisa ao constatar danos às entrevistadas. Assim como com o público-alvo, também será assegurada a confidencialidade e a privacidade dos questionários de caracterização dos juízes, sendo garantido que essas informações sejam utilizadas exclusivamente pela pesquisadora. As informações pessoais serão excluídas e não serão utilizadas para qualquer fim. Todo o material coletado durante a avaliação será guardado, por tempo mínimo de cinco anos.

- Ø **BENEFÍCIOS:** Ainda que existam riscos, a realização da pesquisa pode oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento acerca da prevenção combinada em mulheres idosas negras e adepta do Candomblé. Para os juízes especialistas, a realização da pesquisa contribuirá no conhecimento da realidade local para desenvolvimento de possíveis ações de saúde; possibilidade de desenvolvimento de novas habilidades, enriquecimento intelectual, aprimoramento de evidências para apoiar a incorporação de ações em saúde a essas mulheres idosas. A realização da pesquisa permitirá uma visão mais ampliada da saúde sexual, no contexto do sexo seguro, dessas pessoas. Possibilitará o aprimoramento do escopo de práticas assistenciais profissionais de saúde ao atenderem essas usuárias, subsidiando, assim, uma assistência equânime e humanizada. Investigar sobre a saúde das mulheres idosas negras, adepta de religiões afro-brasileiras, trará o conhecimento da sua ancestralidade, da sua percepção e da sua vivência sexual, aspectos até então esquecidos durante a prática de muitos profissionais da saúde. Para a comunidade do terreiro a população no geral, a realização desse estudo poderá contribuir, não só, para orientar sobre a prática sexual segura, ou para possibilitar no empoderamento dessas mulheres por deterem informações importantes ao vivenciar o sexo, mas também para promover o debate sobre temáticas silenciadas e negligenciadas que afetam os grupos minorizados, como os povos adeptos de religiões de matrizes africanas e mulheres negras. Em suma, será mandatório que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se

houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife–PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.**

Eu, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Aceito participar da pesquisa

Não aceito participar da pesquisa

**COMBINADA DO HIV PARA PESSOAS IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE
MATRIZES AFRICANAS >> (JUÍZES ESPECIALISTAS)
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE CATEGORIZAÇÃO DOS JUÍZES ESPECIALISTAS

IDENTIFICAÇÃO	
Nome do avaliador: _____	Idade: _____ Gênero: _____
Profissão: _____	Tempo de Formação: _____
Ocupação Atual: () 1- Assistência () 2- Ensino () 3- Pesquisa () 4- Consultoria ()	
Função/Cargo na Instituição: _____	
Tempo de Trabalho na Área: _____	
Titulação: () 1- Especialização/Residência () 2- Mestrado () 3- Doutorado ()	
Tema	do Trabalho de Conclusão:

Possui título de doutor, mestre ou especialista, com tese, dissertação, TCC, respectivamente, na área de HIV/aids e saúde do idoso: () 1- Sim () 2- Não	
Participação de Grupos/Projetos de Pesquisa com Temática HIV/Aids (ou demais Infecções Sexualmente Transmissíveis) e/ou saúde do idoso: () 1- Sim () 2- Não	
() Se sim, especificar tempo de participação: _____	
Publicação de Pesquisa envolvendo a Temática: () 1- HIV/Aids () 2- Infecções Sexualmente Transmissíveis () 3- Saúde do idoso () Outras:	

Experiência profissional assistencial com infecções sexualmente transmissíveis, HIV: () 1- Sim () 2- Não	
() Se sim, especificar tempo de participação: _____	

INSTRUÇÕES

Avalie minuciosamente a cartilha educacional conforme os critérios pré-estabelecidos. Em seguida, analise o instrumento educativo, classifique-o em consonância com o valor que mais se adapta à sua opinião, de acordo com a valoração abaixo:

1 = Irrelevante	2 = Pouco relevante	3 = Relevante	4= Extremamente relevante
-----------------	---------------------	---------------	---------------------------

Observação: sempre que classificar como 1 ou 2, por favor, descreva a razão pela qual considerou essa opção.

AVALIAÇÃO

1- **OBJETIVOS** – Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização da tecnologia educacional.

Critérios	Valoração				Observação
1 - É adequado para as necessidades das idosas negras de religiões de matrizes africanas.	1	2	3	4	
2 - É adequado do ponto de vista educativo para idosas negras de religiões de matrizes africanas.	1	2	3	4	
3 - Contribui como ferramenta de prestação de cuidados em saúde.	1	2	3	4	
4 – É adequado para o suporte na consulta de enfermagem.	1	2	3	4	
5 – É adequado para prevenção e promoção da saúde.	1	2	3	4	

2- **ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO** – Refere-se à forma de apresentar os itens. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

Critérios	Valoração				Observação
1 - Os itens estão apresentados de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4	
2 - Os itens apresentados estão cientificamente corretos.	1	2	3	4	
3 - O material está adequado ao nível sociocultural do público-alvo proposto.	1	2	3	4	
4 – Os itens estão bem estruturados em concordância e ortografia.	1	2	3	4	
5 - O tamanho do título e dos tópicos estão adequados.	1	2	3	4	
6 - As ilustrações são expressivas e suficientes.	1	2	3	4	
7 - O número de páginas está adequado.	1	2	3	4	
8 - A estrutura está adequada e capaz de chamar a atenção de quem irá utilizar.	1	2	3	4	
9 - O tamanho do conteúdo em cada tópico está adequado.	1	2	3	4	

3- RELEVÂNCIA – Refere-se à característica que avalia o grau de significação da tecnologia educacional.

Critérios	Valoração				Observação
	1	2	3	4	
1 - Os itens retratam aspectos-chave que devem ser observados	1	2	3	4	
2 – A cartilha está adequada para possibilitar a idosa negra de religiões de matrizes africanas adquirir informações relevantes quanto a sua saúde sexual.	1	2	3	4	
3 - A cartilha está adequada para possibilitar a idosa negra de religiões de matrizes africanas adquirir informações relevantes sobre o HIV.	1	2	3	4	
4 – A cartilha promove e encoraja o autocuidado da idosa negra de religiões de matrizes africanas	1	2	3	4	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PÚBLICO-ALVO)

Convidamos a Sr.a para participar como voluntária da pesquisa **CARTILHA EDUCACIONAL SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Amanda Lima Batista (Rua Padre Renato Correia Guedes, n.º 53, CEP 55770-000, Vertentes, Pernambuco). Telefone: (81) 997592858, e-mail: amanda.lbatista@ufpe.br, e está sob a orientação de: Ednaldo Cavalcante de Araújo, Telefone: (083) 98695-6072, e-mail: ednaldo.araujo@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

A senhora estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **DESCRIÇÃO DA PESQUISA:** este estudo tem como objetivo geral construir uma cartilha educacional válida sobre prevenção combinada do HIV para as negras de religiões de matrizes africanas. Trata-se de um estudo metodológico, fundamentado por uma revisão integrativa da literatura e pelas recomendações da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e da Política Nacional do Idoso, a ser realizado em cumprimento às seguintes etapas: a) Revisão Integrativa da Literatura para fundamentar o conteúdo da cartilha educacional; b) estudo qualitativo, exploratório e descritivo com as idosas negras sobre preservativos e gel lubrificante como estratégias da prevenção combinada do HIV; c) construção da cartilha educacional; d) realização da avaliação de conteúdo, semântica e aparência da cartilha junto aos juízes especialistas; e) realização da avaliação de conteúdo, semântica e aparência com as participantes do estudo. Emprega-se a técnica de entrevista semiestruturada

individual com roteiro semiestruturado, com uso de um gravador; em seguida, procedeu-se com a análise das entrevistas transcritas, empregando a Técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática Cateórica, pela operacionalização das seguintes etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material e, 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

- **RISCOS:** Tratando-se de um estudo voltado para a perspectiva da prática sexual, há um risco de as entrevistadas serem submetidas a perguntas que as julguem sensíveis, desse modo, a entrevistadora, além de promover um ambiente acolhedor, com escuta qualificada, deverá ser capaz de reconhecer sinais que indiquem desconforto às perguntas, além de explicitar as idosas a liberdade para não responder questões que julguem constrangedoras. Outro provável risco trata-se da invasão de privacidade durante as entrevistas; dessa forma, deverá ser garantido privacidade e local reservado, sem a presença de terceiros. Somente mediante autorização, serão realizadas fotografias durante as entrevistas. Além disso, no que se refere ao risco de divulgação dos relatos confidenciais, será assegurada a confidencialidade e a privacidade das gravações durante a coleta dos dados, garantindo que essas informações não sejam utilizadas por pessoas que não tenham vínculo com a pesquisa. Considerando que os depoimentos serão armazenados no gravador, será assegurado que esses materiais não serão compartilhados com terceiros. Os dados coletados serão considerados confidenciais como propriedade conjunta das partes envolvidas. As informações pessoais serão excluídas e não serão utilizadas para qualquer fim. Apenas os resultados finais serão inseridos no estudo, estando as voluntárias cientes disto. Os dados da pesquisa ficarão sob cuidado exclusivo da pesquisadora responsável, mantendo em sigilo suas identidades. Todo o material coletado durante a avaliação será guardado, por tempo mínimo de cinco anos. Outro possível risco trata-se da interferência na rotina do público-alvo, para evitar ou minimizá-lo, as coletas de dados seguirão o cronograma de atividades realizadas no Ilê. A pesquisadora assumirá a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos tanto às participantes do estudo (pessoas idosas) e os experts. Caso, porventura, estes vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, garantida pela pesquisadora, têm direito à indenização. Em hipótese alguma poderá ser exigido, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano, caso ocorra. O formulário de consentimento livre e esclarecido não deverá afastar essa responsabilidade, incluindo o direito de procurar obter indenização por danos eventuais. Portanto, visando reduzir ao máximo os riscos durante a realização da pesquisa, será adotada uma vigilância ética, sendo garantida ainda a suspensão imediata da pesquisa ao constatar danos às entrevistadas. As informações pessoais serão excluídas e não serão utilizadas para qualquer fim. Todo o material coletado durante a avaliação será guardado, por tempo mínimo de cinco anos.
- **BENEFÍCIOS:** Ainda que existam riscos, a realização da pesquisa pode oferecer elevada possibilidade de gerar conhecimento acerca da prevenção combinada em mulheres idosas negras e adepta do Candomblé. Para os juízes especialistas, a

realização da pesquisa contribuirá no conhecimento da realidade local para desenvolvimento de possíveis ações de saúde; possibilidade de desenvolvimento de novas habilidades, enriquecimento intelectual, aprimoramento de evidências para apoiar a incorporação de ações em saúde a essas mulheres idosas. A realização da pesquisa permitirá uma visão mais ampliada da saúde sexual, no contexto do sexo seguro, dessas pessoas. Possibilitará o aprimoramento do escopo de práticas assistenciais profissionais de saúde ao atenderem essas usuárias, subsidiando, assim, uma assistência equânime e humanizada. Investigar sobre a saúde das mulheres idosas negras, adepta de religiões afro-brasileiras, trará o conhecimento da sua ancestralidade, da sua percepção e da sua vivência sexual, aspectos até então esquecidos durante a prática de muitos profissionais da saúde. Para a comunidade do terreiro a população no geral, a realização desse estudo poderá contribuir, não só, para orientar sobre a prática sexual segura, ou para possibilitar no empoderamento dessas mulheres por deterem informações importantes ao vivenciar o sexo, mas também para promover o debate sobre temáticas silenciadas e negligenciadas que afetam os grupos minorizados, como os povos adeptos de religiões de matrizes africanas e mulheres negras. Em suma, será mandatório que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas, fotos), ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço Rua Padre Renato Correia Guedes, n.º 53, CEP 55770-000, Vertentes, Pernambuco, pelo período mínimo de cinco anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, a senhora poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(assinatura da pesquisadora)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo **CARTILHA EDUCACIONAL SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA PESSOAS IDOSAS NEGRAS DO ILÊ**, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data:

Assinatura do participante:

Impressã
o digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PERGUNTAS PARA O DIRECIONAMENTO DAS ENTREVISTAS COM AS IDOSAS
NEGRAS DO ILÊ**

Perguntas para Entrevista Semiestruturada
1- Fale-me sobre o uso do preservativo peniano e vaginal. O que você sabe sobre preservativo? Sabe da importância?
2- Como você usa o preservativo vaginal? Caso não use, por que não utiliza? Já usou?
3- Como você usa o gel lubrificante? Caso você não use, mas já usou? Sabe da importância?
4- Caso você use preservativo, onde você adquire os preservativos? Caso não use, mas já tenha usado, como adquiria?
5- Onde você os acondiciona (guarda)? Mesmo que não utilize, sabe como armazenar?
6- Caso tenha usado ou ainda use preservativo, você negocia o uso do preservativo com o parceiro/parceira/parcerias sexuais?
7- Você faz uso de outro método de barreira para Infecções Sexualmente Transmissíveis, além dos preservativos?
8- Você sabe como utilizar os preservativos? Como?
9- Você tem acesso a informações confiáveis sobre o uso dos preservativos e o sexo seguro?
10- Você sabe o que é Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)?
11- Você o que é Profilaxia pós-exposição? Já fez uso?
12- Você sabe o que é prevenção combinada? Já recebeu informações?

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES - Nº

Pseudônimo: _____ Telefone para contato: _____

1. Sexo atribuído ao nascimento:

1-Feminino 2-Masculino

2. Data de Nascimento: / / **Idade:** (IDADE NUMÉRICA)

3. Procedência?

Olinda Outra: _____

4. Escolaridade:

1-Analfabeta 2-Ensino fundamental incompleto 3-Ensino fundamental completo 4-Ensino médio incompleto 5-Ensino médio completo 6-Ensino superior incompleto 7-Ensino superior completo 8-Pós-graduação incompleta 9-Pós-graduação completa

5. Renda:

1-Até um salário mínimo () 2-Mais de 1 a 2 salários mínimos () 3-Mais de 2 a 3 salários mínimos () 4-Mais de 3 a 4 salários mínimos () 5-Mais de 4 salários mínimos

6. Qual o seu estado conjugal?

1-Solteira 2-Casada 3-Vive junto/União consensual 4-Divorciada/Separada 5-Viúva

7. Tem filhos?

1-Sim 2-Não

8. Mora com parceiro (a)?

1-Sim 2-Não

9. Qual é a sua situação de trabalho atual?

1-Servidor público 2-Empregado com carteira de trabalho 3-Empregado sem carteira de trabalho 4-Trabalha por conta própria e não tem empregados 5-Empregadora 6-Não trabalha atualmente 7-Do lar 8-Aposentado

10. Você faz uso de álcool?

1-Sim 2-Não Quais?

11. Você tem hábito tabagista?

1-Sim 2-Não Quantidade?

12. Você tem parceria(s) sexual(is) fixa(s)?

1-Sim 2-Não Quantas?

13. Você tem histórico de alguma ISTs:

1-Sim 2-Não Quais?

14. Qual a sua orientação sexual?

1-Heterossexual 2-Homossexual 3-Bissexual 4-Assexual 5-Pansexual 6-Agênero 7-Intersexo 8-Prefiro não falar

**APÊNDICE H - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E
DEPOIMENTO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO

Convidamos a Sr.a para participar como voluntária da pesquisa **CARTILHA EDUCACIONAL SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS**”, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, a pesquisadora Maria Amanda Lima Batista realizar a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das pessoas idosas (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003).

Local, data de mês de ano,

Participante da Pesquisa

Pesquisadora responsável

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA A CARTILHA EDUCACIONAL PARA
PESSOAS NEGRAS DO ILÊ (PÚBLICO-ALVO)**

Nome da participante:

INSTRUÇÕES

Avalie minuciosamente a cartilha educacional de acordo com os critérios pré-estabelecidos. Em seguida, analise o instrumento educativo, classifique-o em consonância com o valor que mais se adapta à sua opinião, de acordo com a valoração abaixo:

1 = Irrelevante	2 = Pouco relevante	3 = Relevante	4 = Extremamente relevante
-----------------	---------------------	---------------	----------------------------

Observação: sempre que classificar como 1 ou 2, por favor, descreva a razão pela qual considerou essa opção.

AVALIAÇÃO

Critérios	Valoração				Observação
	1	2	3	4	
1 - O texto é fácil de entender.					
2 - Os desenhos facilitam o entendimento e realização dos comandos.					
3 - Teve dificuldade durante o uso da cartilha.					
4 - A cartilha tem tamanho adequado.					
5 - A cartilha fornece informações suficientes sobre HIV.					

**APÊNDICE J - TERMO DE COMPROMISSO E
CONFIDENCIALIDADE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: CARTILHA EDUCACIONAL SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS

Nome da pesquisadora responsável: MARIA AMANDA LIMA BATISTA

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Endereço completo do responsável: RUA PADRE RENATO CORREIA GUEDES, Nº 53, CEP 55770-000, CENTRO, VERTENTES-PERNAMBUCO

Telefone para contato: (81) 997592858 **E-mail:** amanda.lbatista@ufpe.br

Orientador/fone contato/e-mail: EDNALDO CAVALCANTE DE ARAÚJO

Telefone para contato 083-98695-6072 **E-mail:** ednaldo.araujo@ufpe.br

A pesquisadora do projeto acima identificado assume o compromisso de:

Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de cinco anos após o término da pesquisa;

Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;

Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;

Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Os dados coletados nesta pesquisa (gravações, entrevistas, fotos), ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço Rua Padre Renato Correia Guedes, n.º 53, CEP 55770-000, Vertentes, Pernambuco, pelo período

mínimo de cinco anos após o término da pesquisa.

Recife, de de 20.....

Assinatura Pesquisadora Responsável

**APÊNDICE L - CARTILHA EDUCACIONAL << PREVENÇÃO COMBINADA DO
HIV PARA IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS >>**



Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

CARTILHA EDUCACIONAL

<<CARTILHA EDUCACIONAL SOBRE PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA IDOSAS NEGRAS DE RELIGIÕES DE MATRIZES AFRICANAS>>



FICHA TÉCNICA

Cartilha produzida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco – Mestrado em Enfermagem (PPGEnf/CCS/UFPE), como resultado da dissertação << Cartilha educacional sobre prevenção combinada do HIV para pessoas idosas negras do Ilê >>, objetivando contribuir com a disseminação de informações a respeito da prevenção ao HIV/aids e promover a qualidade de vida dessas pessoas.

ELABORAÇÃO:

Maria Amanda Lima Batista

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família (UFPE). Discente do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Ednaldo Cavalcante de Araújo

Enfermeiro. Professor Doutor. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco - Mestrado e Doutorado em Enfermagem (PPGEnf/CCS/UFPE). (Orientador).

ILUSTRAÇÃO/DESIGN

Produção de Maria Amanda Lima Batista na Plataforma on-line de design e comunicação visual Camva®.

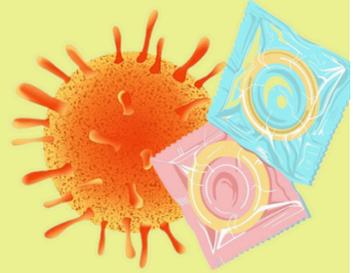


✉ amanda.lbatista@ufpe.br



SUMÁRIO

Sobre o HIV/Aids.....	3
Gel lubrificante íntimo e preservativos peniano e vaginal..	11
Sexo seguro.....	8
Prevenção Combinada (PrEP / PEP)	19
Autocuidado.....	24
Recomendações.....	26
Referências.....	26
Telefones para contato.....	27



APRESENTAÇÃO

Olá, senhoras!

É com grande alegria que lhes apresentamos a nossa Cartilha Educacional - uma reunião de ideias, narrativas, produção de design e textual, norçada pela premissa de que o trabalho acadêmico pode e deve ser acompanhado de uma atitude investigativa, onde não se imagina a possibilidade de fomentar a curiosidade científica, o compromisso político e social, o estudo teórico, a análise crítica e a pesquisa acadêmica!

O intelecto, a sensibilidade e o pensamento, a experiência e a escrita não constituem posições opostas, mas devem caminhar juntos, concorrendo de modo indissociável para a produção de conhecimento científico qualificado no domínio das religiões de raízes africanas predominantemente práticas por nós, mulheres negras! Assim, o cenário ilustrativo é o Ilê Axé Oxum Ipondá - nada melhor para se sentirem em casa, não é mesmo?

Para atender o caráter informativo dessa Cartilha e de assimilação de conteúdo, caracterizamos os seguintes

personagens: Amanda (Enfermeira pesquisadora e filha de Iansã), Inajá Soares (Yalorixá Mãe Iná de Oxum), e duas idosas negras participantes da coleta de dados dessa pesquisa, com pseudônimos Iansã e Iemanjá!

Juntas, adentramos no caminho do autoconhecimento!

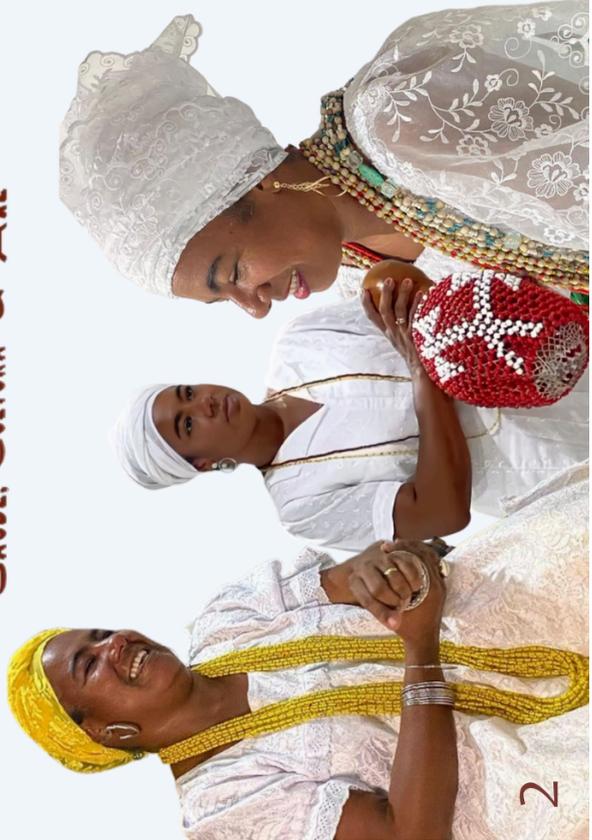
**AXÉ PARA MIM
AXÉ PARA VOCE**

1



TERREIRO

SAÚDE, CULTURA & AXÉ



2

HIV

Dona Inajá, vamos iniciar a nossa jornada do conhecimento! Para a senhora, o que é o HIV? E a Aids?



É uma “doença” transmitida na relação sexual, minha fia. Eu não sei a diferença do HIV e da aids. Não é tudo a mesma coisa?



Na verdade, são diferentes! O HIV é o Vírus da Imunodeficiência Humana que ataca e destrói as células de defesa do nosso organismo.



O HIV causa um conjunto de infecções, chamada “Aids” (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). A aids é o estágio mais avançado do HIV. Vamos entender mais juntas?!



Vamos “simbora”, minha fia!

3

IMPORTANTE

Vamos aprender mais?

No começo da infecção pelo HIV, a pessoa pode apresentar: aumento de gânglios (ínguas), um pouco de fraqueza, febre, manchas escuras pelo corpo.

O quadro não costuma durar muito tempo e se resolve SOZINHO! Se a pessoa não procurar um serviço de saúde para investigar, poderá ficar ANOS sem ter o diagnóstico!

À medida que o HIV ataca mais células de defesa, o nosso corpo fica cada vez mais ENFRAQUECIDO.



4

Filha, muito importante isso. Imagina ter o HIV por anos, sem saber que está infectada. Ufa! Ainda bem que estamos sendo orientadas!

É aí, que o quadro de doenças da aids aparece, com infecção do fígado, tuberculose, infecções dos pulmões, do cérebro, vários tipos de câncer, inclusive o de pele.

Dona Inajá, nas últimas três décadas, os casos de infecção por HIV aumentaram, principalmente, entre as MULHERES IDOSAS (BRASIL, 2019). TODO CUIDADO É POUCO!



Descobrir o quanto antes o diagnóstico de HIV e realizar o tratamento adequado é fundamental para aumentar o tempo de vida e sua qualidade com mais saúde e bem-estar!

Nega, quanta informação! É muito importante sabermos tudo isso. Nossas irmãs e filhas do Axé precisam saber também. You contar tudo à elas!



5

COMO NÃO SER INFECTADA COM O HIV?



Mãe, a senhora poderia me dizer, com base no seu conhecimento, como se transmite o HIV?

Nega, boa pergunta! Até onde eu sei, umas das formas é através da relação sexual sem camisinha. Da mãe para o bebê e já ouvi dizer que se tiver contato com sangue também se pega.



Excelente, Mãe! A senhora falou bem. Vamos agora aprofundar o conhecimento e descobrir como NÃO SER INFECTADA?!



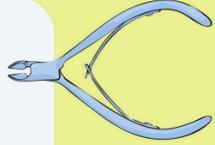
Vamos nessa, Amandinha! 😊



Deve-se usar, principalmente, preservativos, também conhecidos por camisinha, em todas as relações sexuais.



Não se deve compartilhar agulhas, alicates de unhas ou outros objetos que podem causar ferimentos.



Fazer o PRÉ-NATAL para que o bebê NÃO seja infectado com o HIV, inclusive no parto ou durante a amamentação, se a mãe estiver com o HIV.



Agora vamos aprender as fases do HIV, dona lemanjá?

Nega, eu sei algumas coisas do HIV, através da TV e internet, mas não sabia que ele tinha fases! Bora aprender!

1ª FASE (FASE INICIAL)

De 0 a 4 semanas após a infecção é o tempo em que os sintomas da infecção se manifestam, semelhantes aos da gripe: febre, dor-de cabeça, de garganta, dentre outros.

2ª FASE (ASSINTOMÁTICA)

De 4 a 12 semanas é o período em que não se apresentam sinais nem sintomas da infecção, mas o número de vírus do HIV continua aumentando.

3ª FASE (AIDS)

De 8 a 10 anos um conjunto de doenças provocado pela infecção se apresenta: diarreia persistente, perda de peso, infecções na boca, hepatites virais, tuberculose, infecção do cérebro e vários tipos de cânceres.

Mas e se me perguntarem no llê: “como posso saber se tenho HIV, mãe?” o que eu respondo, filha?

Boa pergunta! Vou explicar para a senhora.

Observe alterações no corpo que possam indicar Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs): feridas e lesões na pele, corrimentos e verrugas no ânus/genitais, dor pélvica, ardência ao urinar e aumento de ínguas.

Faça testes após 30 dias da exposição ao HIV em uma unidade básica de saúde ou no Centro de Testagem e Aconselhamento; regularmente, faça o teste para hepatite B e C.

Procurar a unidade de saúde para exames de rotina ou mediante qualquer sinal ou sintoma de infecção.

Menina, perto do llê tem um postinho de saúde. Vou convidar as minhas filhas de santo para fazermos exames de rotina!

9

LUBRIFICANTE ÍNTIMO À BASE DE ÁGUA OU ÓLEO? QUAL ESCOLHER?



Agora vou trazer informações sobre algo que é novidade para muitas idosas do Ilê, mãe. O LUBRIFICANTE. Esse assunto também é SUPER importante!

Menina, até me sentei pra receber essa notícia. Me conta esse babado!

A senhora sabia que têm idosas que acham que o lubrificante só serve para mulheres jovens? Tem ainda quem ache que só é para mulheres com ressecamento vaginal.

Todas podem usar, inclusive as idosas, mãe! A escolha do tipo de lubrificante faz toda diferença e vamos aprender o porquê!



ÁGUA ●

Menor risco de alergia

Não superaquece o preservativo

Menor risco de se romper no ato sexual

-

ENTÃO, É MAIS SEGURANÇA E PRAZER NO ATO SEXUAL

ÓLEO ●

Maior risco de alergia

Promove o superaquecimento

Maior risco de romper no ato sexual

+

RISCO DE ROMPER E HAVER CONTAMINAÇÃO É MAIOR



E se o preservativo se romper, nega?

INTERROMPA O ATO SEXUAL; USE NOVO PRESERVATIVO, SE DESEJAR; ASSIM QUE POSSÍVEL, PROCURE O SERVIÇO DE SAÚDE PARA MEDIDAS CABÍVEIS COM O USO DA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO.



Dona Iansã, sobre o uso do PRESERVATIVO, tenho DOIS recados bem importantes para dar:

“O PRESERVATIVO É O ÚNICO MÉTODO CAPAZ DE PREVENIR, SIMULTANEAMENTE, ISTs E GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA”.

“TODAS AS PESSOAS PODEM E DEVEM FAZER USO DE PRESERVATIVOS E/OU USAR A PREVENÇÃO COMBINADA E USUFRUIR DA SEXUALIDADE SEGURA E PRAZEROSA!”



Por falar em preservativo, o do homem eu até sei algumas coisas, mas o da mulher não sei nada. No meu tempo, ninguém falava disso. Você pode me explicar?



O seu pedido é uma ordem, dona Iansã! Vamos aprender juntas sobre os dois tipos, como utilizá-los e os benefícios?

PRESERVATIVO

PENIANO

É destinado à pessoas com pênis;

É fácil e prático de utilizar;

Pode ser adquirido gratuitamente (SUS);

Sua eficácia é de, aproximadamente, 98%, se utilizado corretamente;

O seu uso é indispensável, quando se busca vivenciar o sexo seguro.



No postinho de saúde aqui perto do nosso Iê temos acesso ao preservativo. É muito importante que os nossos parceiros usem não é mesmo, nega?!

12

13



Agora vou apresentar o **PRESERVATIVO VAGINAL**. Usá-lo, oferece mais proteção e possibilidades no ato sexual.

PRESERVATIVO VAGINAL

É um dos métodos contraceptivos mais eficientes;
 Pode ser colocado horas antes da relação sexual;
 É mais resistente e menos sensível ao calor;
 Pode ser adaptado para o sexo oral e anal;
 Mais seguro contra ISTs, por proteger a porção da vulva.

Muito importante isso. Além do Orí, precisamos cuidar desse aspecto da sexualidade! Nosso corpo é templo dos Orixás e merece cuidado.

15

Esse tipo de camisinha eu sei como usar, Amandinha! Tem que abrir com cuidado, colocá-la em todo pênis e depois de terminar a relação, amarrar e jogar fora.



Show de bola! Abaixo eu trago uma ilustração para facilitar, ainda mais, o entendimento .



- 1** Rasgue cuidadosamente a embalagem com a mão e retire a camisinha
- 2** Desenrole até a base do pênis, segurando a ponta para retirar o ar
- 3** Depois da relação, retire a camisinha do pênis ainda duro, com cuidado para não vaziar
- 4** Use a camisinha uma só vez. Depois de usada, dê um nó e jogue no lixo

14

Também trago uma ilustração do manuseio da camisinha vaginal. Muitas idosas não usam por vergonha ou por falta de informações.



Dona Inajá, listei, para a senhora e as suas filhas de santo idosas, informações importantes sobre os dois tipos de preservativo.



COMO UTILIZAR?



1 Retire o preservativo da embalagem e segure a argola interna com o polegar e o dedo indicador.



2 Com o dedo indicador, certifique-se de que a argola interna esteja bem no fundo da vagina.



3 A argola externa deve ficar para fora da vagina. No momento da penetração, segure a argola externa com uma das mãos.



4 Após a relação, torça a argola externa e retire o preservativo com o cuidado. Jogue no lixo.

NUNCA REUTILIZE O PRESERVATIVO

UTILIZAR LUBRIFICANTE À BASE DE ÁGUA

MANTER LONGE DE CALOR OU UMIDADE

OBSERVAR O PRAZO DE VALIDADE

NÃO PERFURE OU REALIZE QUALQUER PROCEDIMENTO CAPAZ DE DANIFICÁ-LO

SEMPRE OBSERVE A INTEGRALIDADE DA EMBALAGEM

SÓ ABRA A EMBALAGEM NA HORA DO USO E COM CUIDADO



Olhando assim, parece ser até simples, Amanda. Vou experimentar!



GUARDE-O EM UM LOCAL SEGURO

16

17



Mãe, outra pergunta, qual o seu entendimento sobre o conceito do SEXO SEGURO?

Nega, acredito que sexo seguro significa praticar de forma consciente, tomando cuidado para não ficar doente.



Humm, esse assunto eu também não sei, mas quero aprender, Amandinha!

Agora vamos aprender sobre a PREVENÇÃO COMBINADA, dona Inajá.

Esse é um assunto que as idosas do Ilê relataram não saber ainda.

Sexo seguro

É fazer sexo com baixo risco de se infectar com o HIV e outras ISTs.

É ser responsável pela saúde da outra pessoa ao se fazer acordos e negociação para o uso de preservativos com as parcerias afetivas-sexuais.

É prazer e bem-estar no sexo com uso de preservativos e outros insumos: lubrificantes, luvas, objetos sexuais.

Enfim, é o autocuidado e autoconhecimento para se negar a fazer sexo sem preservativos, inclusive.

18



Prevenção Combinada

É uma estratégia de prevenção que surge como ferramenta complementar no combate à epidemia de HIV e outras ISTs.

Faz uso simultâneo de diferentes abordagens de prevenção, associando diferentes métodos.

Busca a redução de novas infecções pelo HIV e demais ISTs.



19



Esse assunto é novidade para mim. Tudo que eu estou aprendendo vou repassar para as minhas filhas de santo.



Mãe, agora vou listar as intervenções da Prevenção Combinada ao HIV/ISTs. Vem comigo!

Uso de preservativo e de gel lubrificante;
Imunização para HPV e Hepatite B;

Oferta de terapia antirretroviral para pessoas com HIV;
Profilaxia Pré-Exposição e Profilaxia Pós-Exposição ao HIV; e
Redução de danos à saúde aos usuários de álcool e outras drogas.

Estabeleça comunicação objetiva e honesta com as parcerias afetivas-sexuais.

Faça o teste anti-HIV e para outras ISTs, sempre.

É importante o tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids.

A transmissão da gestante para o bebê deve ser prevenida.

20

Outro assunto que não é do conhecimento das idosas do terreiro é a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, dona Iemanjá.



Realmente, nega, essa “tal” profilaxia eu nunca nem ouvi falar! No meu tempo não se falava disso.



Então vamos aprender o conceito da PrEP e as suas indicações.



Significado da PrEP

Estratégia de prevenção indicada por um profissional da saúde para pessoa usar comprimidos ANTES da relação sexual para evitar a contaminação com o HIV.

ALGUMAS INDICAÇÕES DA PrEP:

Pessoas que não fazem uso rotineiro do preservativo;

Pessoas com histórico de ISTs;

Trabalhadoras/es do sexo;

Pessoas que fazem sexo sob efeito de drogas.

21

Agora vamos tratar da
 Profilaxia Pós-Exposição ao
 HIV (PEP).



Eita, nega! Esse é outro
 assunto que eu não sei.
 Me explica?!

PEP uma medida de prevenção de urgência;
 Consiste na ingestão de medicamentos, por 28 dias,
 APÓS a relação sexual para reduzir o risco do HIV;
 A PEP deverá ser iniciado até 72 horas após qualquer
 situação que ofereça risco de contágio, como:
 Violência sexual;
 Relação sexual sem o uso de preservativo ou se houver
 rompimento;
 Acidente com instrumentos perfuro-cortantes ou contato
 direto com material biológico (sangue, por exemplo), em
 ambiente hospitalar/clínica.

Pensando bem, lembrei que já
 tinha ouvido falar que vítimas de
 estupro precisavam tomar um
 coquetel para não infectarem
 com o HIV.



22

EM TODOS OS CASOS, OS DOIS TIPOS DE
 PROFILAXIA SÓ TÊM EFEITO PROTETOR AO
 HIV SE FOREM SEGUIDAS CONFORME
 ORIENTAÇÃO DE PROFISSIONAL DA
 SAÚDE!

No meu tempo, a gente não
 tinha acesso a essas
 informações. Tanta
 recomendação importante a
 gente vem aprendendo.



Se eu tivesse tido acesso a
 essas informações antes, teria
 feito muita coisa diferente!



Infelizmente, muitas pessoas idosas não são
 orientadas sobre o sexo seguro, dona lemanjá e dona
 lansã. O acesso às informações sobre as profilaxias,
 por exemplo, ajudaria muito na redução da
 contaminação por HIV.



23

AUTOCUIDADO

ESPIRITUALIDADE

Cuide do seu Orí
Em processo de adoecimento, quando possível, associe às práticas de cura do Ilê, com as dos profissionais de saúde
Siga as orientações dos Sacerdotes do terreiro
Fortaleça a sua fé

Gente, estamos quase finalizando a nossa cartilha, mas antes disso, trouxe algumas informações sobre o autocuidado, que podem ajudar muito a todas vocês!



AUTOCUIDADO

ASPECTOS GERAIS

- 01 Cuide do seu corpo com carinho
- 02 Priorize-se e respeite os seus limites
- 03 Mantenha ao seu lado pessoas que se importem com você
- 04 Permita-se sentir emoções
- 05 Informe-se sobre a sua saúde

24



25

Recomendações

Recomendamos, para leitura, dois documentos importantíssimos que utilizamos para fundamentar todo o nosso trabalho, que por sinal, foi construído com muita **DEDICAÇÃO** e **CUIDADO!**



POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO

Vejam as referências para leitura e aprofundamento sobre Prevenção Combinada do HIV e pessoas idosas.



ESTATUTO DO IDOSO, LEI Nº 1074/2003. ESTATUTO DO IDOSO.

BRASILIA: DF, OUTUBRO DE 2003

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE.

DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. – BRASILIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE HIV E

AIDS. BRASILIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA

POPULAÇÃO NEGRA: UMA POLÍTICA PARA O SUS. SECRETARIA DE

GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À

GESTÃO PARTICIPATIVA. – 2. ED. – BRASILIA: 2013.

E para finalizar, deixaremos alguns contatos de estabelecimentos em Olinda-PE, que podem ser úteis, em caso de dúvidas e cuidados adicionais. Esperamos que tenham aprendido muito, assim como nós aprendemos com todas vocês. Até mais. Axé!



Centro de Testagem e Aconselhamento

Endereço: R. Dr. Justino Gonçalves, s/n Carmo.

Telefone (81)3493 9681

Policlínica da Mulher

Endereço: Av Dr Joaquim Nabuco, 650 - Varadouro

Horário de funcionamento: Abre seg. às 07:00 T

Telefone: (81) 99232-0841

Clínica da Pessoa Idosa

Endereço: Av. Pres. Kennedy, 3533 - Peixinhos

Telefone: (81) 3427-0164



Axé pra mim,

Axé para você,

Axé para todos e todas!

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA ASSINADA



APÊNDICE A - CARTA DE ANUÊNCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
 ENFERMAGEM



CARTA DE ANUÊNCIA PARA DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Maria Amanda Lima Batista, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE A PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA MULHERES IDOSAS NEGRAS DO ILÊ**, que está sob a coordenação/orientação do Prof. Ednaldo Cavalcante de Araújo cujo objetivo principal é construir uma tecnologia educacional válida sobre o uso de preservativos e gel lubrificante na prevenção combinada do HIV para idosas negras do Ilê.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados a pesquisadora deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

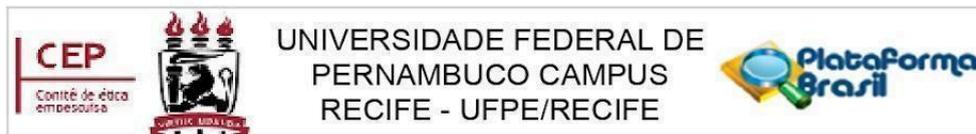
Local, em 26/05/2023.

Inajá B. dos Prazeres Soares
 Nome/assinatura e **carimbo** da responsável pelo Terreiro de Culto Afro-Brasileiro Ilê Axé Oxum Ipondá

**Inajá Barbosa
 dos Prazeres Soares**



ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE A PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA MULHERES IDOSAS NEGRAS DO ILÉ

Pesquisador: MARIA AMANDA LIMA BATISTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 70872723.2.0000.5208

Instituição Proponente: DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/CCS/UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.280.703

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de dissertação TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE A PREVENÇÃO COMBINADA DO HIV PARA MULHERES IDOSAS NEGRAS DO ILÉ da enfermeira MARIA AMANDA LIMA BATISTA, orientada pelo Prof. Ednaldo Cavalcante de Araújo. O projeto pretende validar uma tecnologia educacional sobre a prevenção combinada do HIV para mulheres idosas e negras do ilé e fará o recrutamento dos juízes especialistas. A seleção dos juízes será realizada por meio de amostragem de rede ou bola de neve. O projeto traz metodologia de validação e avaliação de dispositivos e métodos de pesquisa adequadas seguindo os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

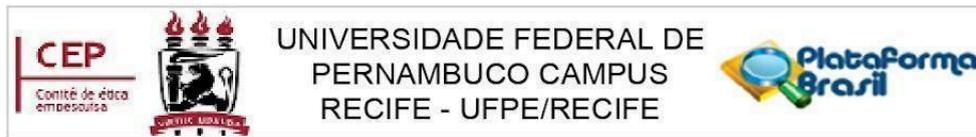
Critério de Inclusão: público-alvo: idosas, autodeclaradas negras e frequentadoras da casa de candomblé que sediará o estudo. Critérios de inclusão dos juízes especialistas: juízes que apresentem conhecimento e habilidade acerca da temática, selecionados a partir dos critérios de Jasper.

Critério de Exclusão: público alvo: idosas que apresentem comorbidades físicas ou intelectuais que impossibilitem a participação na pesquisa. Critérios de exclusão: juízes que apresentem comorbidades físicas ou intelectuais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.280.703

Construir uma tecnologia educacional válida sobre o uso de preservativos e gel lubrificante na prevenção combinada do HIV para idosas negras do Ilê.

Objetivo Secundário:

Realizar uma Revisão Integrativa da literatura sobre a temática em estudo;

Analisar o conhecimento de mulheres idosas negras do Ilê sobre o uso de preservativos e gel lubrificante na prevenção combinada do HIV;

Identificar os conteúdos para o desenvolvimento da tecnologia educacional sobre o uso de preservativos e gel lubrificante na prevenção combinada do HIV para mulheres idosas negras do Ilê;

Construir o Discurso do Sujeito Coletivo de mulheres idosas negras do Ilê sobre o uso de preservativos e gel lubrificante na prevenção combinada do HIV/aids;

Realizar a avaliação de conteúdo da tecnologia educacional junto aos juízes especialistas em prevenção combinada do HIV/aids;

Realizar a avaliação de aparência e semântica da tecnologia educacional junto às mulheres idosas negras do Ilê.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios foram apresentados de forma adequadas para a pesquisa proposta

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto aborda o aumento de pessoas idosas no país e a prevenção das ISTs propondo o desenvolvimento de ações específicas para a redução das diferenças étnico-raciais no que diz respeito ao HIV/aids. O projeto pretende contribuir com a prática dos enfermeiros na abordagem da prevenção combinada do HIV, através de uma tecnologia educacional

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ADEQUADOS

FOLHA DE ROSTO

VÍNCULO COM UFPE

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

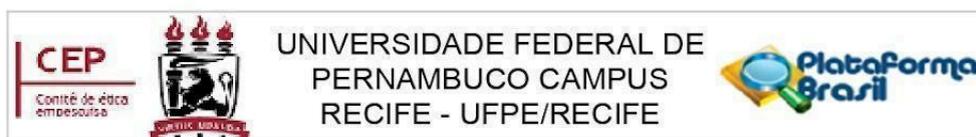
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO

CURRICULO VITAE

TCLE

CARTA DE ANUÊNCIA

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.280.703

PROJETO DETALHADO
FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES BÁSICAS

Recomendações:

Recomenda-se no tópico objetivo secundário retirar Realizar uma Revisão Integrativa da literatura sobre a temática em estudo, visto que não faz é objetivo e assim uma necessidade diante da realização da pesquisa para escrita do projeto, discussão dos resultados e artigo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Documentações foram apresentadas de forma adequadas para a pesquisa proposta

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Conforme as instruções do Sistema CEP/CONEP, ao término desta pesquisa, o pesquisador tem o dever e a responsabilidade de garantir uma devolutiva acessível e compreensível acerca dos resultados encontrados por meio da coleta de dados a todos os voluntários que participaram deste estudo, uma vez que esses indivíduos têm o direito de tomar conhecimento sobre a aplicabilidade e o desfecho da pesquisa da qual participaram.

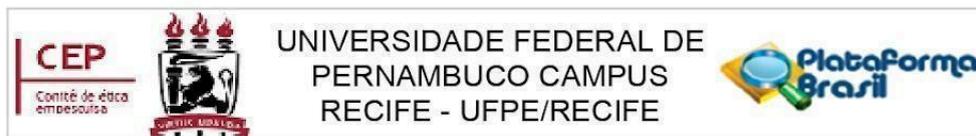
Informamos que a aprovação definitiva do projeto só será dada após o envio da NOTIFICAÇÃO COM O RELATÓRIO FINAL da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final disponível em www.ufpe.br/cep para enviá-lo via Notificação de Relatório Final, pela Plataforma Brasil. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado. Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2152670.pdf	23/08/2023 12:47:44		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.docx	23/08/2023 12:47:14	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETOCORRECOESEMDIST QUE.docx	23/08/2023 12:46:57	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.280.703

Investigador	PROJETOCOMCORRECOESEMDEST QUE.docx	23/08/2023 12:46:57	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	APENDICECTCLEJUIZESESPECIALIS TASVERSAOATUALIZADA.docx	28/06/2023 08:43:22	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICEFTCLEPUBLICOALVO.docx	20/06/2023 09:39:54	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	CurriculoLattesEdnaldoCavalcantedeAra ujo.pdf	20/06/2023 09:34:08	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	TermoConfidencialidadePESQUISADOR A.docx	20/06/2023 09:31:42	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	VINCULOUFPE.pdf	20/06/2023 09:28:52	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	CurriculosLattesMariaAmandaLimaBatist a.pdf	20/06/2023 09:26:54	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	APENDICEJINSTRUMENTODEAVALIA CAO.docx	15/06/2023 12:40:04	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	APENDICEITERMODEAUTORIZACAO DEUSODEIMAGEM.docx	15/06/2023 12:38:13	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	APENDICEHINSTRUMENTODEAVALIA CAOPARAATECNOLOGIAEDUCACION AL.docx	15/06/2023 12:33:19	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	APENDICEGROTEIRODEENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.docx	15/06/2023 12:30:56	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	APENDICEDINSTRUMENTODEAVALIA CAOPARAATECNOLOGIAEDUCACION AL.docx	15/06/2023 12:28:22	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	APENDICEBCARTACONVITEPARAJUI ZES.docx	15/06/2023 12:24:13	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	15/06/2023 11:52:40	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	CARTAANUENCIA.pdf	15/06/2023 11:36:43	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Outros	APENDICEREVISAOINTEGRATIVA.doc x	15/06/2023 11:31:24	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	15/06/2023 10:59:40	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_Maria_Amanda_assinado .pdf	15/06/2023 10:35:45	MARIA AMANDA LIMA BATISTA	Aceito

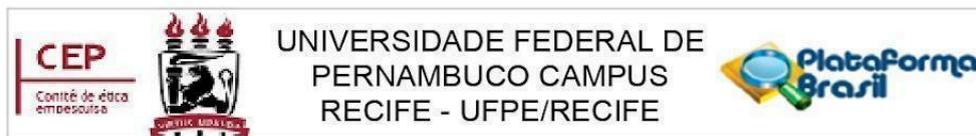
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 6.280.703

RECIFE, 04 de Setembro de 2023

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. das Engenhasria, s/n, 1º andar, sala 4 - Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-3163 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br