



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Elias Gomes de Oliveira

**Aposentando o preconceito:
representação social sobre HIV/Aids entre pessoas no processo de
envelhecimento**

Rio de Janeiro

2009

Elias Gomes de Oliveira

**Aposentando o preconceito:
representação social sobre HIV/Aids entre pessoas no processo de
envelhecimento**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof. Dra. Denize Cristina de Oliveira

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

O48	<p>Oliveira, Elias Gomes de. Aposentado o preconceito : representação social sobre HIV/Aids entre pessoas no processo de envelhecimento / Elias Gomes de Oliveira. - 2009. 105 f.</p> <p>Orientadora: Denize Cristina de Oliveira. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. AIDS (Doença). 2. HIV (Vírus). 3. Envelhecimento. 4. Representações sociais. I. Oliveira, Denize Cristina de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
-----	--

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Elias Gomes de Oliveira

**Aposentando o preconceito:
representação social sobre HIV/Aids entre pessoas no processo de
envelhecimento**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 20 de Março de 2009

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Denize Cristina de Oliveira (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dra. Mirian Santos Paiva
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Sérgio Corrêa Marques
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

À doce Caroline, por se mostrar presente em todas as horas da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela oportunidade oferecida de estar completando mais um grau na minha vida escolar.

À minha noiva Caroline, por acreditar em mim, pela ajuda em todos os momentos de dificuldade e pela possibilidade de vivermos um grande amor.

À minha família, pela força e carinho demonstrados durante todo esse período de estudo.

À professora Denize Cristina de Oliveira, pela orientação, mas acima de tudo, pela forma sábia que me introduziu neste mundo da pesquisa.

E, especialmente, às pessoas que se dispuseram a participar e compartilhar comigo suas histórias de vida e experiências de como é viver com HIV/Aids no processo de envelhecimento.

O tempo não é uma dimensão cronológica medido em dias, meses e anos, mais sim um horizonte de possibilidades do ser

Joel Martins

RESUMO

OLIVEIRA, E.G. Aposentando o preconceito: representação social sobre HIV/Aids entre pessoas no processo de envelhecimento. 2009.105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2009.

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem qualitativa cujo objeto foi a representação social do HIV/Aids entre pessoas no processo de envelhecimento. Os objetivos foram: Identificar e descrever as dimensões e os conteúdos que integram as representações sociais acerca do HIV/Aids entre pessoas acima de 50 anos; caracterizar os fatores que contribuem para o aparecimento do HIV/Aids no grupo específico; analisar as formas de enfrentamento das situações vivenciadas no cotidiano social e as estratégias para a promoção da melhoria da qualidade de vida, a partir das representações sociais construídas. O objeto escolhido permitiu identificar elementos atribuídos pelo idoso ao próprio processo de envelhecer com HIV/Aids e compreender como os idosos, mesmo com a cronicidade da doença, seus desdobramentos e as implicações biopsicossociais do envelhecimento, buscam organizar-se e adaptarem-se as situações vivenciadas, procurando melhores condições de vida e saúde. O estudo de campo foi realizado em um hospital universitário, no município do Rio de Janeiro, durante os meses de março a junho de 2008. Os sujeitos do estudo foram 20 pessoas a partir dos 50 anos. As entrevistas foram gravadas em microcassete portátil e transcritas. A análise dos dados foi feita aplicando-se a técnica de análise de conteúdo temática. Os resultados mostraram 7 categorias reveladoras dos conteúdos representacionais: Definições e Imagens do HIV e da Aids; Infecção e Formas de Contágio do HIV; O Processo de Prevenção: atitudes, práticas e informações de pessoas em processo de envelhecimento; Estigma, Preconceito e Discriminação: sentimentos e comportamentos de pessoas em processo de envelhecimento; Enfrentando a Soropositividade: dificuldades e mecanismos de proteção; (Con) Viver/Estar com HIV/Aids no Processo de Envelhecimento; O Cotidiano de Utilização dos Antiretrovirais no Processo de Envelhecimento. Observou-se que a representação caracterizada engloba não só o aspecto biológico, mas também o aspecto psicossocial do HIV/Aids, bem como influencia as condutas dos atores sociais, seja em relação ao preconceito, estigma, adesão ao tratamento, isolamento, relacionamento interpessoal e no que tange ao funcionamento sexual. A pesquisa mostrou que a Aids vem sendo ancorada como doença crônica e também pelo mecanismo de naturalização da doença, vivenciado por sujeitos soropositivos com longo período de diagnóstico. Logo, a atenção à saúde que o sujeito em processo de envelhecimento com HIV/Aids necessita não se restringe às questões objetivas, mas também subjetivas que envolvem o tratamento e a prevenção em toda sua complexidade. Os resultados sugerem a necessidade de realização de outros estudos neste campo tendo em vista que a Aids entre pessoas no processo de envelhecimento é uma temática recorrente na atualidade e com importância epidemiológica.

Palavras-chave: HIV/Aids. Envelhecimento. Representações sociais.

ABSTRACT

OLIVEIRA, E.G. Retiring prejudice: social representation about HIV/Aids among people in the aging process. 2009.105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2009.

Descriptive research with qualitative approach whose object was social representation of HIV/Aids among ageing people. Objectives were as follows: to identify and to describe the dimensions and contents which integrate social representations concerning HIV/Aids among people over 50 years of age; to characterize factors contributing to the emergence of HIV/Aids in a specific group; to analyze ways of coping with situations in daily social life as well as strategies for upgrading life quality out of social representations constructed. The object chosen allowed for the identification of elements the ageing person uses to characterize ageing with HIV/Aids. In addition, it made it possible to understand how the elderly, despite the chronic nature of the disease, its developments, and the biopsychosocial implications can get organized and adapt to daily situations looking for better life and health conditions. Field work was carried out at a university hospital in Rio de Janeiro, RJ, Brazil, from March to June, 2008. Twenty people above 50 years of age were elected as subjects of the study. Interviews were recorded with the use of a portable micro cassette equipment and transcribed. Theme and content analysis technique was used for data analysis. Results showed 7 revealing categories of the representational contents: Definitions and Images of HIV and of Aids; Infection and forms of HIV dissemination; Prevention process: attitudes, practice, and information of people in the ageing process; Stigma, Prejudice, and Discrimination: feelings and behaviors of people in the ageing process; Coping with serum positivity: difficulties and protection mechanisms; Living with and Having HIV/Aids in the ageing process; Daily utilization of antiretrovirals in the ageing process. It has been observed that representation characterized involves not only the biological aspect of HIV/Aids, but also the psychosocial one. It has also been identified how the representation influences the behavior of social actors, whether in relation to prejudice, stigma, adherence to treatment, isolation, interpersonal relationships, and sexual functioning. The research has shown that Aids has been anchored as chronic disease. This phenomenon stems both from anti-retroviral therapy, which has made it possible to enlist Aids as a chronic disease, and from naturalization mechanisms, triggered by serum positive subjects with long-term diagnosis. Therefore, attention to health required by the subject in the ageing process with HIV/Aids is not limited to objective issues, but also to subjective ones, involving the complexity of treatment and prevention. Adherence to treatment is a continuous process once it involves a sequence of conditions in which intervention must be geared to individuals and to his/her social context, encompassing professionals and work process. Results suggest the need for further studies along this line given the fact that Aids among people in the ageing process is a recurring theme nowadays and has epidemiological relevance.

Keywords: HIV/Aids. Ageing. Social representations.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	A PROBLEMÁTICA DO HIV/AIDS NO PERÍODO DE ENVELHECIMENTO	17
1.1	O Envelhecimento Populacional: conceitos, contextos e derivações para o cuidado em saúde	17
1.2	O Hóspede Inesperado: Aids entre sujeitos em fase de envelhecimento	22
1.3	Representações Sociais: conceitos e sua relação com o objeto de Estudo	30
2	ABORDAGEM METODOLÓGICA	36
2.1	Tipo de Pesquisa	36
2.2	Sujeitos da Pesquisa	37
2.3	Caracterização do Lócus da Pesquisa	38
2.4	Coleta e Análise de Dados	40
2.4.1	<u>Coleta de Dados</u>	40
2.4.2	<u>Análise de Dados</u>	41
2.5	Aspectos Éticos da Pesquisa	43
3	AIDS ENTRE PESSOAS ENVELHECENDO(IDAS): O QUE PENSAM OS PROTAGONISTAS?	44
3.1	Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa	44
3.2	Os Conteúdos da Representação Social do HIV/Aids	46
3.2.1	<u>Definições e Imagens do HIV e da Aids</u>	47
3.2.2	<u>Infecção e Formas de Contágio do HIV</u>	50
3.2.3	<u>O Processo de Prevenção: atitudes, práticas e informações de pessoas em processo de envelhecimento</u>	54
3.2.4	<u>Estigma, Preconceito e Discriminação: sentimentos e comportamentos de pessoas em processo de envelhecimento</u>	60
3.2.5	<u>Enfrentando a Soropositividade: dificuldades e mecanismos de</u>	

	<u>Proteção</u>	65
3.2.6	<u>(Con) Viver/Estar com HIV/Aids no Processo de Envelhecimento</u>	71
3.2.7	<u>O Cotidiano de Utilização dos Antiretrovirais no Processo de Envelhecimento</u>	75
	CONCLUSÕES	79
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICE A – Questionário de Identificação dos Entrevistados	97
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista.....	98
	APÊNDICE C – Quadro das Unidades de Registro.....	99
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105

INTRODUÇÃO

A presença da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids) entre pessoas em processo de envelhecimento inscrevem-se como temática pouco abordada na atualidade, pois introduz a discussão de valores sociais hegemônicos, e também de imagens determinadas culturalmente sobre a figura do idoso em nossa sociedade. No entanto, é um tema que precisa ser mais bem investigado, tendo em vista os indicadores demográficos e epidemiológicos que mostram o aumento da expectativa de vida da população, dos casos de infecção pelo HIV e da incidência da Aids em faixas etárias mais avançadas.

Além desses indicadores, a problemática da pessoa em fase de envelhecimento portadora do HIV é importante para a atuação dos profissionais de saúde e, em principal, a enfermagem.

O Brasil está envelhecendo em ritmo gradual e acelerado. Segundo dados demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) o número de pessoas idosas em 2007 é de 15,5 milhões (9,1% da população), sendo que em 2020 serão aproximadamente 32 milhões, quando o país ocupará a sexta colocação entre os países que possuem o maior número de idosos. Para Andrews (2000), o número de pessoas com 100 anos de idade ou mais aumentará 15 vezes de, aproximadamente, 145.000 indivíduos em 1999 para 2,2 milhões em 2050.

O aumento do número de pessoas em fase de envelhecimento se justifica por vários fatores: (1) tendência crescente da expectativa de vida, estando hoje o nível de esperança de vida por volta de 71 anos; (2) melhoria das condições de saúde e mudança nos padrões de saúde e doença; (3) redução das taxas de mortalidade e (4) diminuição dos índices de natalidade (SILVA, 1996; MOTTA, 2003).

O processo do envelhecimento não é homogêneo, apresentando-se como uma experiência diversificada e sujeita a influência de diversos contextos sociais, históricos e culturais. Cada indivíduo vivencia essa etapa da vida de uma forma, considerando sua história particular e os aspectos estruturais a eles relacionados, tais como classe social,

gênero e etnia, bem como educação, saúde e condições econômicas (BASSIT, 2002; MINAYO, COIMBRA, 2002; NERI, 1995).

A sexualidade na velhice é um assunto negligenciado pelo campo da saúde, pouco conhecido e entendido pela sociedade, pelas próprias pessoas vivenciando o processo de envelhecimento e pelos profissionais de saúde (STEINKE, 1997). A crença de que o avançar da idade e o declínio da atividade sexual estão intimamente ligados, têm sido responsável pela pouca atenção dada a um dos elementos associadas à qualidade de vida - a sexualidade (BALLONE, 2001; ZAMLUTTI, 1996).

A idéia de que as pessoas em faixas etárias mais avançadas possam manter relações sexuais não é culturalmente aceita, preferindo-se ignorar e fazer desaparecer do imaginário coletivo a sexualidade desse grupo social. Tal atitude pode ser vista como uma violência contra as pessoas em processo de envelhecimento, conforme afirma Zimermam (2000), discutindo os maus-tratos e as expressões de preconceito em relação à pessoa idosa e a ausência de atividade sexual na velhice.

Dessa forma, devido ao desconhecimento e à pressão cultural, pessoas em processo de envelhecimento nas quais ainda é intenso o desejo sexual, enfrentam um sentimento de culpa e vergonha, podendo levar a inibição de todos os aspectos relacionados à expressão sexual (BALLONE, 2001; CAPODIECE, 2000).

Apesar da capacidade física e biológica de manter relações sexuais, existe uma diminuição da atividade sexual que acompanha o processo de envelhecimento, relacionada tanto com mudanças físicas associadas à maturidade, como aos aspectos psicossociais, onde atitudes e expectativas impostas pelo modelo social exercem influencia no exercício da sexualidade.

Encarar a sexualidade da pessoa em processo de envelhecimento como algo natural e saudável está longe de representar o modo de pensar da nossa sociedade. O preconceito aliado à falta de informação reforçam a imagem do indivíduo idoso assexuado, acarretando atitudes e comportamentos que podem aumentar a vulnerabilidade desse grupo frente às Doenças Sexualmente Transmissíveis, especialmente a Aids.

Atualmente, pessoas acima dos 50 anos estão cada vez mais ativas sexualmente, principalmente após a liberação do uso de drogas que melhoram o

desempenho sexual (ALCHIERI, 2006). Conforme dados do Ministério da Saúde, 67% da população entre 50 e 59 anos é sexualmente ativa. A média de relações sexuais na parcela da população acima de 50 anos é de 6,3 ao mês.

De forma paralela a esse fenômeno, observa-se que as pessoas com idade entre 50 e 70 anos vêm apresentando crescente aumento na incidência do HIV e da Aids, o que caracteriza uma mudança no perfil epidemiológico da síndrome. Do total de casos registrados no Brasil, 6% era de pessoas com idade acima de 50 anos em 1991, após dez anos o índice havia subido para 11%. Dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde revelam que em 2003 existiam 2.245 homens e 1.261 mulheres com a síndrome acima dos 50 anos, em 1993 esses números eram de 975 e 254, respectivamente. Nos Estados Unidos os casos de Aids na população acima de 50 anos quintuplicaram na última década (BRASIL, 2003).

Entre 1980 e 2008 foram notificados no Brasil 8.039 casos de Aids em homens com 60 anos ou mais de idade e 4.105 casos em mulheres na mesma faixa etária. Existem atualmente, cerca de 40 milhões de pessoas infectadas pelo HIV no mundo. Com o número crescente de idosos no Brasil e no mundo, cresce também o número de infecções pelo HIV/Aids em pessoas com 60 anos ou mais, resultando na mais nova característica da epidemia (BRASIL, 2001).

Essa mais nova característica da epidemia mostra que a vulnerabilidade do grupo de adultos com 50 anos e mais se apresenta como um problema importante de saúde pública a ser enfrentado e estudado, agravado pela exclusão desses sujeitos das políticas públicas de prevenção do HIV.

Para a definição do recorte etário para este estudo foram considerados, além dos fatores de vulnerabilidade acima descritos, a definição de envelhecimento adotada pela OPAS/OMS (2003, p.30) na qual a maturação do processo biológico é determinante:

Um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte.

Corroborando com essa compreensão, Roach (2003 apud CALDAS, 2004) afirma que apenas o critério de idade não é suficiente para caracterizar uma pessoa

idosa ou na terceira idade, impedindo afirmar que há um idoso típico, pois cada indivíduo apresenta particularidades inerentes a tudo na vida.

Os dados demonstram que a epidemia avançou significativamente em grupos sociais mais vulneráveis, tais como crianças, mulheres e idosos. Isto se deve ao fato de que todos estão expostos à infecção, incluindo segmentos da sociedade antes não atingidos de maneira mais nítida, como é o caso de pessoas em processo de envelhecimento. Vale ressaltar que as condições econômicas, sociais, culturais e o acesso aos serviços de saúde, bem como as campanhas de prevenção para o HIV/Aids, interferem na incidência das infecções.

Nóbile (2000) afirma que apesar disso, as políticas públicas de prevenção da síndrome, principalmente as campanhas na mídia, excluem os sujeitos em processo de envelhecimento, o que sugere a hipótese de mitos, tabus e preconceitos estarem associados à sexualidade nesse grupo.

A Aids adquire algumas características na atualidade que servem para entender melhor este processo de mudança do perfil epidemiológico, com novos impactos sobre a saúde pública. O aumento de infecções pelo HIV na parcela pauperizada da população, devido às precárias condições de vida e de saúde e as dificuldades de acesso às informações e aos programas preventivos contra o HIV/Aids, são elementos que contribuem para aumentar a vulnerabilidade do grupo populacional aqui estudado, especialmente aqueles pertencentes às classes sociais mais pobres.

Os processos de feminização e juvenização da Aids são observados na atualidade. A incidência do HIV/Aids em mulheres jovens e em idade reprodutiva e a atividade sexual precoce sem o uso de preservativos são fatores que contribuem para caracterizar os novos casos de HIV/Aids (GOLDANI, 1999; PEREZ; GASPARINI, 2005). Por outro lado, essa mudança também se faz sentir no grupo de mulheres adultas em processo de envelhecimento, que experimentam um processo de mudança de valores e de maior liberdade sexual.

Com o aparecimento de medicamentos que inibem a impotência sexual e com a reposição hormonal, os sujeitos em processo de envelhecimento passaram a ter atividade sexual de forma mais ativa e contínua, sem, no entanto, o uso de métodos preventivos. Segundo Perez e Gasparini (2005), este quadro deve-se a não

assimilação, por parte desse grupo social, de medidas preventivas contra doenças sexualmente transmissíveis e a infecção pelo HIV, assim como o receio de ter o desempenho sexual comprometido, além de descartarem o risco de gravidez. Para Vasconcelos (1994), as pessoas idosas cresceram numa época de puritanismo nas questões sexuais e foram mal informadas, sendo ensinadas a se sentirem culpadas em relação a qualquer forma de excitação sexual e, portanto, aos métodos de prevenção.

Vale destacar que em nossa sociedade muitas pessoas espantam-se ao se ver diante de casos de soropositividade entre sujeitos em fase de envelhecimento, porque se acredita que a pessoa à medida que envelhece, deixa de ter uma vida sexual ativa, tornando impossível um indivíduo com idade mais avançada ser portador de uma doença que foi associada a condutas e comportamentos desviantes ou promíscuos.

Por isso, o tema é complexo e pouco abordado, pois vai de encontro com as representações socialmente construídas sobre o HIV/Aids e, sobretudo, sobre o envelhecimento e a sexualidade (PEREZ; GASPARINI, 2005).

Cabe enfatizar, ainda, a escassez de estudos sobre o HIV/Aids no processo de envelhecimento, na maior parte das vezes enfocando somente o âmbito clínico/biológico, deixando de levar em consideração os aspectos psicossociais e a falta de preparo dos profissionais de saúde, inclusive da equipe de enfermagem no contexto da saúde coletiva, em lidar com a especificidade dessa clientela.

Frente a este quadro, cresce também o desafio de proporcionar a esse segmento, condições dignas de vida, possibilitando acesso aos cuidados básicos de saúde, além daqueles específicos para a síndrome. Percebe-se, na atualidade, uma expectativa de longevidade, especialmente quando a idade avança, preservando a qualidade de vida, incluindo-se aí o exercício da sexualidade segura.

Portanto, torna-se necessário a criação de políticas públicas (assistenciais, previdenciárias e de ciência e tecnologia) voltadas para a promoção integral da saúde do idoso e das pessoas em processo de envelhecimento, especialmente aquelas voltadas para a prevenção e controle da infecção pelo HIV/Aids, promovendo assim a qualidade de vida desse grupo populacional.

Nesse sentido, alguns desafios precisam ser enfrentados, dentre eles, garantir serviços de qualidade para as pessoas em processo de envelhecimento em geral, e

soropositivas em particular; desenvolver simultaneamente conhecimentos e recursos humanos de excelência para lidar com a faixa etária que mais cresce no país (VERAS, 2007). Faz-se importante elaborar ações que não se restrinjam ao tratamento medicamentoso, mas envolvam atividades multiprofissionais, transdisciplinares e intersetoriais, que respondam à problemática vivida pela pessoa infectada na sua integralidade, além de políticas de prevenção, tanto de cunho individual quanto coletivo, que respondam a essa nova problemática.

Por outro lado, ao se considerar que a problemática do HIV/Aids em indivíduos em processo de envelhecimento introduz necessariamente a discussão de valores sociais e também de condutas determinadas culturalmente em relação ao idoso, destaca-se a necessidade de ações que levem à formação e transformação de representações sociais, retirando das subjetividades individuais as posturas de rejeição, de preconceito e de abandono observadas na atualidade. Nessa perspectiva, torna-se importante, para o enfrentamento do problema, a sua abordagem psicossocial, através da Teoria de Representações Sociais, buscando identificar a problemática a partir da ótica do grupo social em processo de envelhecimento.

O aporte teórico das representações sociais permite penetrar no cotidiano dos indivíduos, considerando seus valores e identidade adquiridos. Moscovici (1978), afirma que as representações sociais são uma preparação para a ação, por conduzir os comportamentos, bem como por modificar os elementos do meio ambiente no qual esses comportamentos tiveram lugar.

A análise da representação social do HIV/Aids e da sexualidade associada ao envelhecimento é de importância para a Enfermagem, pois possibilita a identificação de formas compartilhadas de pensar e de atuar em relação a esse processo, ao caracterizar os conhecimentos, as atitudes, as imagens e os significados dos grupos sociais a respeito do mesmo.

A partir dessas considerações, pretende-se desenvolver a presente pesquisa, cujo objeto de estudo é a representação social do HIV/Aids no processo de envelhecimento. O objeto escolhido permitirá identificar os elementos atribuídos por esse grupo social ao próprio processo de envelhecer com HIV/Aids, bem como compreender as formas de organização e de adaptação as situações vivenciadas,

procurando melhores condições de vida e saúde, mesmo com a cronicidade da doença, seus desdobramentos e as implicações biopsicossociais do envelhecimento.

Para a consecução do estudo definiram-se os seguintes objetivos: Identificar e descrever as dimensões que integram as representações sociais acerca do HIV/Aids entre pessoas a partir de 50 anos; discutir os conteúdos das representações sociais acerca do HIV/Aids construídas por pessoas a partir de 50 anos; caracterizar os fatores que contribuem para o aparecimento do HIV/Aids no grupo de pessoas a partir de 50 anos; discutir as formas de enfrentamento das situações vivenciadas no cotidiano social e as estratégias para a promoção da melhoria da qualidade de vida, a partir das representações sociais construídas.

O estudo torna-se relevante, pois conhecer o conteúdo das representações sociais de pessoas em processo de envelhecimento sobre o HIV/Aids trará um melhor entendimento sobre as práticas preventivas necessárias, com vistas à atuação da enfermagem nesse processo, bem como novas formas de pensar a epidemia.

Desta forma, espera-se poder subsidiar e orientar programas de atendimento a pessoa em processo de envelhecimento, em especial, aquelas que convivem com HIV/Aids, a fim de que as necessidades desta população possam ser melhor atendidas. Em consequência, essa contribuição também poderá se estender às práticas dos profissionais envolvidos, com reflexos na qualidade da formação profissional e nas pesquisas realizadas em saúde.

1 A PROBLEMÁTICA DO HIV/AIDS NO PERÍODO DE ENVELHECIMENTO

1.1 O Envelhecimento Populacional: conceitos, contextos e derivações para o cuidado em saúde

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que ocorre tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Dentre os países populosos, o Brasil apresenta um dos processos de envelhecimento populacional mais agudos. Dados do IBGE mostram que a população brasileira na faixa etária de idosos cresce numa velocidade três vezes mais rápida do que a população adulta. Duarte (1996) ressalta que a faixa etária que mais deve crescer é a de 70 anos para cima, significando numa gama de exigências que irá produzir impacto no orçamento das políticas de saúde.

Segundo as estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), as transformações estruturais na composição etária brasileira são de natureza tal que, em 100 anos, entre o período de 1950 e 2050, a proporção da população acima de 65 anos, inicialmente inferior a 3%, chegará a 18% ao final do período. Para Beltrão e Camarano (2002) as mudanças nas estruturas etárias alteram as demandas por políticas sociais, com destaque no campo da saúde e com maior peso nas doenças crônico-degenerativas.

Um importante aspecto em relação à questão do envelhecimento é a feminização da velhice e suas implicações em termos de políticas públicas de saúde. No ano 2000, dos 14 milhões de idosos, 55% eram do sexo feminino. Isto se explica principalmente porque as mulheres possuem uma taxa de mortalidade menor que os homens, permitindo concluir que o mundo dos muitos idosos é formado por mulheres. Em relação ao Brasil, a predominância feminina entre as pessoas em envelhecimento é um fenômeno urbano haja vista que no meio rural predominam os homens. Essa discrepância pode ser explicada uma vez que existe uma maior participação feminina no fluxo migratório da área rural para o meio urbano (CAMARANO, 2006).

Este fato se deve a maior proporção da população envelhecida ser composta por mulheres, viúvas, sem experiência de trabalho e com baixa escolaridade. A maior expectativa de vida faz com que muitas mulheres idosas vivenciem um período maior de debilitação biológica, devido ao aparecimento de doenças crônicas e perda de autonomia, enquanto os homens morrem antes. Existem algumas explicações na literatura para o aumento da expectativa de vida entre as mulheres, tais como: a diferença na exposição a fatores de risco no trabalho, que ocorre na proporção de quatro vezes mais entre homens do que entre mulheres; diferenças no consumo de álcool e tabaco, com índices maiores entre os homens; e, ainda, a diferença de atitude em relação à doença, pois as mulheres são mais atentas ao aparecimento de sintomas, têm maior conhecimento das doenças e procuram mais os serviços de saúde do que os homens (VERAS, 2006).

Essa transformação no perfil populacional já começa a trazer conseqüências sociais, culturais, epidemiológicas e de mercado. Por outro lado, o maior acesso às informações permite mudanças comportamentais com maior conscientização e esclarecimentos entre as pessoas em fase de envelhecimento. Dentre estas mudanças, incluem-se aquelas pertinentes à sexualidade, a desmistificação de que a sexualidade não interessa aos sujeitos, aos conceitos que definem sexualidade não só como o ato sexual em si, mas em contentamento, satisfação e proximidade (CAMARANO, 2006).

Uma grande aliada desses novos conceitos e da maior propagação da sexualidade e da relação sexual tem sido a indústria farmacêutica, voltada inicialmente para as disfunções sexuais e, na atualidade, para a preservação da longevidade da atividade sexual. Esse interesse se dá, sobretudo, pela importância das pessoas em fase de envelhecimento e da sexualidade no mercado de consumo mundial.

O processo do envelhecimento pode resultar também em mudanças socio-comportamentais, tais como moradia, escolaridade, economia e nível de estresse, o que torna os idosos mais vulneráveis do ponto de vista social e de saúde, resultando em doenças e disfunções ou provocando interferências deletérias nas doenças preexistentes (SOARES, 2006).

Existem autores que refutam o mito de que o envelhecimento e a disfunção sexual estão intrinsecamente ligados, após verificarem que uma alta proporção de

homens e mulheres permanecem sexualmente ativos na terceira idade (MESTON, 1997). Já Diokno et al. (1990) constatou que 74% dos homens casados com idade superior a 60 anos permanecem sexualmente ativos e 63% dos homens com idade entre 80 e 102 anos também permanecem sexualmente ativos. Relatou, ainda, que 56% das mulheres casadas com idade superior a 60 anos permanecem sexualmente ativas e 30% das mulheres entre 80 e 102 anos mantêm alguma atividade sexual. Essas constatações nos levam a enxergar os idosos como cada vez mais capazes de manter sua integridade física, psicológica ou sexual, mas não os exime de virem a adquirir doenças infecto-contagiosas, dentre as quais o HIV/Aids.

Na sociedade atual, chegar até uma idade avançada já não é mais privilégio de algumas pessoas. Porém, a preocupação hoje não é com a longevidade apenas, mas sim com a qualidade de vida, alcançada somente por alguns. Paschoal (2006, p.149) conceitua qualidade de vida como “a percepção do bem-estar de uma pessoa, que deriva de sua avaliação do quanto realizou daquilo que idealiza como importante para uma boa vida e de seu grau de satisfação com o que foi possível concretizar até aquele momento”. A manutenção da autonomia e independência, portanto, estão intrinsecamente associadas a esse conceito, sendo tarefa difícil que resulta em conquista social.

Os pesquisadores reconhecem que os avanços biomédicos contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população brasileira, porém a razão para essa ampliação está também associada à elevação da qualidade de vida da população em geral. Cabe ressaltar que existem diferenças individuais entre os idosos, mais que em qualquer outro grupo etário, discrepâncias essas que se expressam em características físicas, psicológicas, socioeconômicas e em condições de saúde que tornam a qualidade de vida e os cuidados necessários altamente especializados. (WILLIAM, 1996).

Esta idéia é compartilhada por Spinola (2000) ao afirmar que “a longevidade desponta como uma conquista no campo da saúde”. Dessa maneira, a pessoa em fase de envelhecimento, enquanto ator social vem ganhando cada vez mais espaço,

(...) redefinindo as relações familiares, construindo a medida de sua participação social; influenciando os rumos da política e, em conseqüência, criando, a partir de si, uma nova imagem e delineando uma preciosa etapa da vida, portadora de uma ética e de uma estética próprias (MINAYO, 2002, p. 21).

Nesta busca por melhor qualidade de vida, o Estatuto do Idoso, instituído pela Lei nº 10.741, de 01/10/2003, institucionalizou uma política de valorização social dos mais velhos no Brasil e trata de várias questões relacionadas à terceira idade, incluindo-se aí formas de prevenção e controle do HIV/Aids (BRASIL, 1996).

Dentre as muitas definições de envelhecimento, a OPAS/OMS (2003, p.30) traz uma concepção particular na qual a maturação do processo biológico tem destaque:

Um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte.

Sobral (1995) entende que a categoria terceira idade restaura a multidimensionalidade do processo de envelhecimento no qual a periodização da vida remete a outras idades: cronológica, biológica, mental, funcional, social e econômica. Portanto, as categorias de idade, enquanto construção social dependem de fatores sociais e econômicos específicos e da hegemonia de grupos sociais envolvidos nas diferentes trajetórias de vida.

As diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso são um exemplo das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, prevenção de doenças, recuperação da saúde daqueles que adoecem e reabilitação das pessoas que tenham sua capacidade funcional comprometida. Vale ressaltar que o Estatuto do Idoso estabelece no capítulo I, do direito à vida, artigo 8º que “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social” (BRASIL, 2003, p. 4).

As pessoas em processo de envelhecimento passam por uma série de transformações em seu corpo que contribuem para o aparecimento de patologias de difícil intervenção por parte dos profissionais, principalmente da enfermagem. Têm-se ressaltado a importância do cuidado a esses clientes no processo do envelhecer, dando-se atenção a aspectos desde a prevenção de doenças peculiares nessa faixa etária, até mesmo a inserção dessas pessoas no seio da sociedade e da família, com a finalidade de modificar a visão de vida não produtiva e sedentária que a sociedade imprime aos idosos.

O processo de envelhecimento, apesar de gerar muitas alterações no organismo físico, pode ser visto de maneira diferente se respeitadas e conhecidas as suas particularidades. Segundo Ribeiro (2002), o envelhecimento não constitui uma doença, mas pode determinar um grande número de transtornos orgânicos e psicológicos. No organismo registram-se muitos transtornos que produzem alterações no sistema nervoso, resultando em perdas funcionais, físicas e psicológicas, acompanhado de diminuição da capacidade mental, reações emocionais e comportamentais, além da perda da atividade metabólica e muscular.

Certamente, o envelhecimento é uma questão que não tem recebido atenção especial por parte dos gestores das políticas públicas de saúde; também são raras as ações de promoção integral da saúde para essa população, apesar da instituição dos direitos desse grupo estar presente no capítulo IV, artigo 10º, parágrafo II, da Política Nacional de Saúde do Idoso, com a garantia da “capacitação de recursos humanos especializados” (BRASIL, 1999, p. 6).

O envelhecimento saudável implica no desenvolvimento de ações e políticas públicas que promovam modos de viver melhor em todas as etapas da vida e favoreçam a prática de atividades físicas no cotidiano, o acesso a alimentos saudáveis e a redução de fatores de risco e de vulnerabilidades, como consumo de álcool, tabaco, entre outros. Para Veras (2006) as práticas de saúde caminham no sentido da pesquisa e da prevenção, na busca de soluções para problemas específicos e de fornecer apoio para que o processo de envelhecimento não se oponha à atividade e independência pelo máximo espaço de tempo.

É relevante estar ciente desse crescimento populacional de idosos e das suas características, pois se constata que os custos da preservação da saúde aumentam com a idade, mas o ritmo e a maneira como isso ocorre depende das condições de saúde da população que envelhece, da organização dos serviços de saúde, dentre outros fatores. Estima-se que o aumento na duração da expectativa de vida seja acompanhado por uma compressão da morbidade em todas as faixas etárias, o que trará conseqüências benéficas para um maior número de idosos (VERAS, 2006).

1.2 O Hóspede Inesperado: Aids entre sujeitos em fase de envelhecimento

A Aids não é apenas uma síndrome, mas um fenômeno social de proporções capazes de causar impacto nos princípios morais, religiosos e éticos, comportamento pessoal e procedimentos de saúde pública, envolvendo questões relativas à sexualidade, ao uso de drogas e a moralidade conjugal (SEFFNER, 2005).

No Brasil, o primeiro caso de Aids notificado foi em 1980 e, até Junho de 2005, foram notificados cerca de 372 mil casos. As taxas de incidência foram crescentes até metade da década de 1990 e, em 1998, chegaram a ser 18 casos de Aids por 100 mil habitantes. Hoje, a taxa é de 19,2 por 100 mil habitantes. Este fato se deve principalmente ao aumento do número de casos entre mulheres, mas também entre os idosos (SOARES, 2006).

Para Paiva (2005, p. 81) “o número de casos entre pessoas com idades entre 50 e 59 anos correspondem a 74,5% do total da faixa etária com mais de 50 anos, tendo sido constatado de 2000 a 2004 um registro de casos confirmados de 50,1% entre os homens e 65,5% entre as mulheres”.

No Brasil, até junho de 2008, foi acumulado nesta faixa etária 47.437 casos, somados aos 23.873 casos de óbitos. Nesse sentido, de 506.499 casos notificados, 9% são de pessoas com 50 anos ou mais, com tendência a aumentar esse quantitativo pelo aumento progressivo de idosos (BRASIL, 2008). Considerando que a subnotificação de casos no Brasil varia de 24 a 65%, pode-se concluir que este número pode ser bem maior (OLIVEIRA E CABRAL, 2004).

Feitoza, Souza e Araújo (2004) ressaltam que a doença nesta população específica apresenta grande relevância epidemiológica, não pelos números absolutos, mas pelas taxas de incidência (7,6 casos p/1.000.000), prevalência (224,9 p/ 1.000.000 hab. no sexo masculino), letalidade (43,9%) e anos potenciais de vida perdidos (em até 15 anos). Entre as causas apontadas estão às notificações tardias, poucas pesquisas na área, confusões no diagnóstico e resistência ao tratamento. Entretanto, segundo Lieberman (2000), a possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV parece ser invisível aos olhos da sociedade e aos dos próprios idosos.

O total de óbitos associados a Aids foi de 172 mil até Dezembro de 2004, com altas taxas de mortalidade até a década de 90, seguidas por estabilidade, e taxas de cerca de 11 mil óbitos anuais desde 1998 (BRASIL, 2004).

Existem muitos fatores atribuídos ao aumento nos índices de contaminação pelo HIV em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos. As rápidas mudanças sócio-culturais, sobretudo nas práticas sexuais, representam um papel de destaque.

Associado aos alarmantes índices, encontra-se a invisibilidade da infecção e da síndrome, uma vez que muitas pessoas desconhecem o seu período de latência, fazendo surgir um tipo de doente inexistente, ou seja, a pessoa em processo de envelhecimento com a soropositividade associada.

A evolução da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana resulta numa gama de apresentações clínicas, que vai desde o estado assintomático da Aids, quando o hospedeiro não perde o controle sobre eventos que causam doença em pessoas imunocompetentes. Um elemento relevante diz respeito à agressividade com que o HIV se comporta entre idosos. Soares (2006) afirma que, apesar das controvérsias, alguns estudos mostram que a idade avançada, além de diminuir a latência entre o portador do vírus e a apresentação da doença, existe uma redução da sobrevida, que diante da doença, torna-se menor.

Por outro lado, o profissional de saúde deve estar atento para as interpretações equivocadas das manifestações clínicas da Aids nesse grupo populacional, pois podem ser confundidas com sintomas atribuídos a outras doenças. Soares (2006) destaca os principais sintomas que podem ser subvalorizados no cuidado destes pacientes, tais como: febre, que pode ser confundida com outros processos infecciosos, pois doenças inflamatórias, neoplasias e uma desidratação podem causar febre em idosos; emagrecimento que é a queixa comum em pacientes idosos, sendo necessário à elaboração de várias hipóteses (dentição, disgeusia, disfagia, diarreia, drogas, doenças crônicas, doenças neoplásicas, demência, depressão e disfunção social); sintomas de perda cognitiva em idosos que estão presentes em 9% a 12% dos pacientes portadores do HIV, podendo ser o primeiro sinal da síndrome instalada, secundário a leucoencefalopatia multifocal e o acometimento da memória que é, muitas vezes, atribuído à Doença de Alzheimer.

Segundo Soares (2006), existem correlações entre Aids e perda do hipocampo associada à gliose; outras manifestações neurológicas incluem toxoplasmose cerebral (30% dos casos), criptococose (20%) e tuberculose (9%). A toxoplasmose pode ser transmitida por via oral, por meio da ingestão inadequada de oocistos de *Toxoplasma gondii*, por via transplacentária e, nos idosos, se dá através da transfusão sanguínea e após doação de órgãos de doadores contaminados. A criptococose, causada pelo *Cryptococcus neoformans*, acomete de 2% a 5% dos pacientes com Aids, provocando sintomas como febre, cefaléia e alterações cognitivas. As dores ósteo-articulares podem ser atribuídas equivocadamente a processos degenerativos, confirmados por achados laboratoriais e radiológicos compatíveis com a doença pulmonar ou até atribuída a alterações na performance cardíaca, comprometida em muitos idosos. Outra causa dos cansaços, pode ser caracterizado por anemia ou linfomas, pois existe uma relação estreita entre esta doença e a Aids. Existe a possibilidade da existência de cânceres, como o Sarcoma de Kaposi e neoplasias pulmonares ou do trato gastrointestinal. Existe, porém, controvérsias, se essas neoplasias são em decorrência do HIV ou do estilo de vida dos sujeitos em fase de envelhecimento.

Deve-se ter cautela para manifestações de doenças oportunistas que acometem indivíduos em processo de envelhecimento com diagnóstico de soropositividade e que podem ser confundidas ou atribuídas a doenças preexistentes. Dentre elas, a doença pulmonar ganha destaque por possuir letalidade maior entre eles. Uma forma de acometimento pulmonar se dá pelo *Pneumocystis jirovecii* (antes denominado *Pneumocystis carinii*), que causa febre, sudorese, fadiga e tosse não produtiva. O acometimento pelo vírus do herpes zoster e as onicomicoses também podem estar presentes em pacientes idosos portadores da Aids. A Citomegalovirose, causada pelo *Cytomegalovírus*, é a doença viral mais freqüente em pacientes infectados pelo HIV e causa da perda da visão por retinite nesta parcela da população. As colites provocadas pelo *Clostridium difficile* podem ser investigadas por existirem outras causas de colite: antibioticoterapia, candidíase, neoplasia, quimioterapia, entre outras (SOARES, 2006).

Diante dos avanços da tecnologia e da atenção à saúde, os indivíduos próximos da terceira idade vivem uma nova realidade nunca experimentada antes em outras épocas. No entanto, mesmo com o avanço tecnológico e a longevidade aumentada, as

peças idosas, quando infectadas com o HIV, tendem a manifestar efeitos da imunodepressão de maneira mais rápida do que as peças mais jovens, porque são acrescidos à síndrome os efeitos de outras patologias que aparecem com o avanço da idade. Além disso, existe a desinformação, o preconceito e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, que possivelmente contribuem para o aumento dos casos de HIV/Aids, sem enfatizar as subnotificações dos casos (BRASILEIRO; FREITAS, 2006).

Uma das dificuldades colocadas para a prevenção da infecção pelo HIV é garantir que as discussões em torno da síndrome estejam presentes no cotidiano da população, procurando alcançar os grupos até então considerados pouco vulneráveis à epidemia, como as peças em processo de envelhecimento.

As campanhas de prevenção contra Aids, portanto, colocam-se como de fundamental importância para esse grupo social, e vêm sendo desenvolvidas em cumprimento ao Artigo 10, do Capítulo IV, da Política Nacional do Idoso, que visa garantir à pessoa idosa assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde, além de proteger contra agravos à saúde, promover e recuperar a saúde do idoso, por meio de programas e medidas profiláticas (BRASILEIRO; FREITAS, 2006). Vale ressaltar que a falta de campanhas direcionadas a Aids em peças em envelhecimento faz com que esta população esteja menos informada sobre o HIV e menos consciente da sua vulnerabilidade.

No que tange à prevenção é importante destacar o conceito de educação em saúde voltada para a mudança de estados de vulnerabilidade e também de comportamentos de risco, estabelecendo uma abordagem integradora na problemática da infecção pelo HIV/Aids. A informação e a sensibilização são também algumas medidas de ação preventiva que se deve procurar implementar em nível da população em processo de envelhecimento. Numa perspectiva global, deve-se estabelecer uma convergência entre uma estratégia preventiva e uma estratégia clínica (DIAS et al., 2005).

Para Zaba (2004), a prevenção da infecção pelo HIV através das campanhas de informação não são eficazes nas peças em fase de envelhecimento, uma vez que os seus conteúdos e abordagens são dirigidos exclusivamente aos jovens. Estas campanhas, de acordo com o contexto social de intervenção, devem ser estruturadas

para públicos específicos, nos quais deve existir uma prévia investigação dos seus padrões de comportamento.

Observa-se que a possibilidade de aumentar a frequência e melhorar o desempenho nas relações sexuais não tem sido acompanhada por incentivos à prática do sexo seguro, o que requer um olhar mais atento nos investimentos na educação deste grupo populacional. Embora o Ministério da Saúde reconheça a necessidade de incluir indivíduos com mais de 50 anos nas campanhas de prevenção da Aids, o que se observa é que as estratégias educativas continuam sendo direcionadas para o jovem, à gestante, ao usuário de droga, aos homossexuais e aos profissionais do sexo (BRASIL, 2001). Dessa maneira, este grupo social que viveu uma juventude sem a necessidade de utilização de preservativos, não incorpora o hábito de fazer uso dele.

Existem muitos obstáculos ao uso do preservativo masculino, pois muitos homens temem perder a ereção e/ou não possuem habilidades para colocar a camisinha, e acreditam que o cuidado só é necessário nas relações extraconjugais ou com profissionais do sexo. Por outro lado, a cultura machista enaltece o homem por ter a capacidade de gerar descendentes em qualquer idade, no qual o uso do condom os priva desta possibilidade (SILVA, 2005).

Paiva (2005) acrescenta que as mulheres com mais de 50 anos, a possibilidade de já terem família constituída, de estarem laqueadas ou de não engravidar podem levá-las à falsa impressão da inutilidade do preservativo em sua vida sexual. Por estas razões, estas pessoas se expõem cada vez mais a situações de vulnerabilidade.

De acordo com Lieberman (2000), parece ser impossível aos olhos da sociedade a possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV. O estudo do autor reflete a manutenção de concepções errôneas sobre como o idoso se comporta. Entre essas crenças difundidas na sociedade, destacam-se: os indivíduos idosos não estão mais interessados em sexo; se eles fazem sexo é num contexto de um relacionamento heterossexual e monogâmico; eles não são usuários de drogas.

Percebe-se, ainda, a negação do risco de infecção pelo HIV nesse grupo, tanto por parte dos profissionais de saúde que atendem aos idosos, quanto dos usuários dos serviços. As pessoas, em geral, tendem a só perceberem o risco e a gravidade de uma enfermidade quando são acometidas por ela e, se não havia risco identificável de

adoecimento, o risco é visto como sendo de morte. Dessa maneira, as atitudes das pessoas frente a uma doença grave, mesmo que seja uma pandemia, nem sempre vêm acompanhadas da percepção de ser susceptíveis à infecção, o que leva à negligência quanto às formas de prevenção (BRASILEIRO; FREITAS, 2006). A Aids percebida como “doença do outro” é também uma realidade na população idosa.

Conforme Lieberman (2000), alguns fatores podem elevar o risco para contaminação pelo HIV entre pessoas idosas, tais como: a consideração de que os jovens recorrem mais aos serviços de prostituição do que os idosos; a visão de que a relação de muito tempo é monogâmica, eliminando a possibilidade do parceiro ter atividades sexuais desprotegidas com outra pessoa; a intervenção farmacológica tornou possível aumentar a atividade sexual em idosos; a atividade sexual da mulher idosa se faz de forma desprotegida porque não apresenta mais medo de engravidar; as mudanças fisiológicas ocorridas nas mulheres idosas em função da menopausa, aumentam os riscos de contaminação.

Existem muitas causas atribuídas ao aumento nos índices de contaminação pelo HIV em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos. As mudanças sócio-culturais, sobretudo na sexualidade, representam um papel de destaque. Para Lemos (2003, p. 69): “transitamos numa época de mudanças, sendo que a visão da sexualidade têm-se alterado rapidamente nas últimas décadas”. A autora considera que os meios de comunicação, principalmente a televisão, têm contribuído para acelerar a transformação de valores que mudavam devagar.

Existem, ainda, fatores associados ao conhecimento científico e aos serviços de saúde, responsáveis pelo aumento da incidência do HIV na população em processo de envelhecimento, que também podem ser enumeradas: as notificações tardias; o número de pesquisas insuficientes na área; as dificuldades no diagnóstico e a resistência dos idosos para aderir ao tratamento (LIEBERMAN, 2000).

Para Saldanha (1999, p. 3):

A percepção de risco é realmente um assunto complexo sendo necessário analisar não somente os comportamentos apresentados, mas também os sentidos e significados de ser portador do HIV, além de buscar a compreensão dos comportamentos de risco e sua interação com os fatores da vida cotidiana (modos de vida, situação sócio - econômica, situação familiar, situação conjugal, etc.), assim como os determinantes histórico-sociais que embasam o pensamento sobre Aids e a saúde de uma maneira geral.

Por estas razões, esse grupo social se torna exposto, cada vez mais, a situações de risco e de vulnerabilidade, que se estendem desde as atitudes e comportamentos individuais, até as dificuldades em diagnosticar o HIV precocemente nesta faixa etária. Azambuja (2000) considera um grande desafio diagnosticar pacientes soropositivos por se tratar de mais um diagnóstico diferencial para um grupo já exposto a múltiplas patologias. Outro fator importante na infecção pelo HIV/Aids nas pessoas em envelhecimento está relacionado com outras doenças crônicas próprias do envelhecimento que mascaram os sintomas da Aids e que induzem a um diagnóstico indevido ou inconclusivo (STOFF et al., 2004).

Os indivíduos soropositivos em fase de envelhecimento possuem necessidades de atenção médica e psicossociais peculiares à sua faixa etária. Estudos mostram que, em comparação com os jovens, eles experimentam um sentimento maior de isolamento, vergonha e culpa; falam menos sobre sua situação ou orientação sexual com familiares e amigos; sabem pouco sobre os progressos da doença, da importância e eficácia dos tratamentos atuais o que os leva a uma menor adesão a estes (STROMBECK, LEVY, 1998; LINSK, 1994).

Uma vez que a infecção do HIV é uma problemática atual, a educação para saúde justifica-se pela urgência em vários pressupostos, tais como: informar, aconselhar, orientar e educar a população, em particular a terceira idade, para saúde e para uma sexualidade feliz e responsável, cabendo aos profissionais de saúde torná-la objeto de preocupação e decisão de todos (DIAS et al., 2005).

Para Soares (2006), o tratamento da Aids possui como objetivo combater o HIV, prevenir as infecções oportunistas que se instalam a partir da imunodepressão que ocorre nestes indivíduos. O tratamento do sujeito em processo de envelhecimento é dificultado por alterações fisiológicas, pela associação com medicações para doenças pregressas e por ter pouca adesão ao tratamento proposto, acarretando a evolução da doença e piora clínica nos idosos infectados.

É importante observar que com o surgimento dos antiretrovirais, a partir de 1996, a Aids passou para o grupo das doenças crônicas, contribuindo para o envelhecimento de indivíduos soropositivos que contraíram o vírus na fase adulta e, passam a fazer parte do quadro epidemiológico da Aids no período de senilidade (RIBEIRO, 2005).

As dificuldades de adesão ao tratamento são causadas pelo número e apresentação de comprimidos a ingerir, pela diminuição do metabolismo orgânico, dentre outros fatores. O importante é a necessidade de criar equipes multidisciplinares e interdisciplinares treinadas para proporcionar cuidados especializados dirigidos à terceira idade, sob pena de se recair em modelos ultrapassados de atendimento que apenas medicalizam problemas.

Para Remor (2000), o atendimento psicossocial se faz necessário, pois o atendimento médico e a prescrição de medicamentos não são suficientes para uma pessoa aderir ao tratamento, já que percepções negativas são responsáveis por uma suspensão voluntária do tratamento ou uma ingestão do coquetel em doses descontroladas.

O fato de existirem crenças de que as pessoas em processo de envelhecimento estão menos expostas à infecção pelo HIV e muitos deles não apresentarem sintomas nos períodos iniciais da síndrome, pode resultar em diagnósticos tardios diante da doença e de suas complicações. Conforme Soares (2006), a literatura alerta os profissionais para a pouca atenção que têm sido dada, não só aos idosos adoecidos com Aids próximos à terceira idade, mas aos que adquirem Aids na idade adulta e envelhecem, devido aos antiretrovirais que prolongam a vida dos pacientes soropositivos.

O processo do envelhecimento com o HIV representa um desafio a ser enfrentado pelas pessoas, como também por profissionais de todas as áreas, principalmente da enfermagem, para os quais são exigidas mudanças de paradigmas consolidados, que vão desde atendimentos mais adequados às necessidades dos idosos, alocação de recursos até investimentos na educação para transformar as ações que excluem essa parcela de indivíduos da sociedade (BUTIN, 2002).

1.3 Representações Sociais: conceitos e sua relação com o objeto do estudo

Toda pessoa se desenvolve em uma realidade social, com significados e necessidades culturais que moldam seus valores. Esses se expressam no cotidiano por meio das representações sociais construídas no senso comum, nas interações que fazem, nas ideologias e nas formas de viver dos indivíduos.

O primeiro autor a trabalhar explicitamente o conceito de representação foi Durkheim. Usado como representação coletiva, o termo se refere a categorias de pensamento por meio das quais as sociedades elaboram e expressam suas realidades. Essas categorias não eram algo a priori ou universais na consciência, mas surgiam ligadas a fatos sociais, modificando-se, elas próprias, em fatos sociais passíveis de observação e de interpretação (MINAYO, 2000).

Para Moscovici (1978 apud SÁ, 1993), o termo representações sociais diz respeito à noção de processos psicossociais que determinam a produção do comportamento e das relações com o meio ambiente. Elas são entidades que circulam, se cruzam e se cristalizam através da comunicação social no universo cotidiano.

Para Jodelet (1984),

as representações sociais remetem-nos ao conhecimento do senso comum, do pensamento natural, em contraposição ao pensamento científico. São formadas por meio de nossas experiências e de informações, conhecimentos e formas de pensamentos que recebemos e transmitimos por meio da tradição, da educação e da comunicação social. São modelos práticos de pensamento, orientados pela consciência, pela compreensão e pelo domínio do meio social, materializados e idealizados que se destacam em nível de organização de conteúdos e dos processos mentais e da lógica.

A mesma autora afirma que são imagens as quais formam um conjunto de significados e de sistemas de referência que nos permite interpretar o que acontece conosco, dando sentido ao inesperado. Podem ser compreendidas como categorias que servem para classificar as circunstâncias, os fenômenos e as pessoas com as quais nos relacionamos, constituindo teorias que permitem estabelecer opiniões. (JODELET, 1998)

Desse modo, as representações sociais são:

Essencialmente, fenômenos sociais que, mesmo acessadas a partir de seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do contexto de produção. Ou seja, a partir das funções simbólicas e ideológicas a que servem e das formas de comunicação onde circulam. (SPINK, 1993, p. 300)

Para Sá (1998) as representações sociais correspondem às próprias definições de objetos sociais e as relações que se formam entre estes e um determinado grupo de indivíduos, através do conteúdo presente nas informações, nas imagens, nas opiniões e nas atitudes, em função do contexto cultural e social. Assim, para esse autor, os fenômenos de representação social estão na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais e são difusos, multifacetados e estão em constante movimento e interação social. As opiniões verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e coletivos são os materiais de estudo das representações sociais, ou seja, fazem parte de uma ótica consensual da realidade.

Ainda conceituando as representações sociais, Arruda (2000, p. 72) destaca que “constituem uma forma de metabolizar a novidade transformando-a em substância para alimentar nossa leitura de mundo e assim incorporar o que é novo”.

As representações sociais fazem parte de um sistema simbólico que produz conhecimento sobre o mundo, isto é, confere significados à realidade. Por meio dessa rede simbólica de sentidos, é possível pensar o mundo e algumas práticas sociais. As representações sociais manifestam-se em palavras, gestos, sentimentos, condutas e se institucionalizam. O problema que se destaca é saber em que medida e de que maneira esse sistema simbólico se articula com os conflitos sociais e os modifica (AGUIAR, 2005).

As representações sociais possuem como fundamento o indivíduo, considerando que os grupos sociais só podem ser construídos a partir deles, enquanto estes grupos vivenciam a tensão entre sua objetividade e a subjetividade, vivencia essa realidade contextualizada num determinado meio histórico e social (GOMES, 2002).

As representações são consideradas como sociais porque elas são instrumentos de ação e de apreensão do real de um indivíduo que é, em última instância, um sujeito social. Desta forma, ao se estudar as representações sociais toma-se o indivíduo como um sujeito social. Assim...

(...) não é um indivíduo isolado que é tomado em consideração, mas sim as respostas individuais enquanto manifestações das tendências do grupo de

pertença ou da afiliação à sociedade na qual os indivíduos participam. O sujeito social, enquanto membro de um grupo é definido pelos valores, modelos, tradições de saber, normas do grupo. Desta forma, ele age como porta-voz e às vezes até como defensor do grupo (...) (JODELET, apud SPINK, 1993, p. 35).

É interessante destacar a interação entre objeto-sujeito na teoria das representações sociais de um saber praticado, ancorado na realidade e resultante de construções diárias do indivíduo e do grupo. Portanto, este saber não é percebido, mas detectável em processos de comunicação e nos comportamentos (SÁ, 1998).

O significado de um objeto para um indivíduo ou grupo possui uma estrutura complexa, multifacetada, cheia de sentidos interligados com todo o contexto de vida dos sujeitos em questão. O que identifica uma determinada representação não é apenas o fato do grupo se posicionar em relação a algum objeto. Em relação a este aspecto, Sá (1998, p. 50) afirma:

As representações são formadas a partir das articulações e combinações de diferentes questões, objetos e idéias que são construídas por meio de uma lógica própria, dentro de uma estrutura global de implicações, para qual são essenciais informações e julgamentos do grupo, seu modelo de comportamento e as experiências pessoais e grupais.

Moscovici (1978 apud SÁ, 1993) chama de “sociedade pensante” ao movimento de pensar a realidade, como resultante do complexo processo de interação entre o individual, as instituições estabelecidas socialmente e as crenças e ideologias do grupo social. No entanto, para Sá (1993) a estrutura interna do pensar na sociedade é dividida em dois universos diferentes, que não são opostos, mas possuem características próprias e se alimentam em suas dimensões, quais sejam o universo consensual e o reificado. Para o autor, o universo reificado é conceituado como o conhecimento produzido com a lógica, a objetividade e a metodologia características do pensamento erudito e da ciência. Já o universo consensual é explicado pelas atividades intelectuais da interação social cotidiana, formando nesse contexto as representações sociais.

O propósito de toda representação é o de transformar algo não familiar em familiar, uma vez que o estranho atrai e perturba as pessoas, provocando ansiedade pela possibilidade da perda dos referenciais habituais, do sentido de continuidade e de compreensão mútua. Uma realidade social é criada quando o novo ou o não familiar se torna incorporado aos universos consensuais. (MOSCOVICI, apud SÁ, 1993)

Moscovici (1978 *apud* SÁ, 1993) as representações sociais envolvem dois processos de formação: a objetivação e a ancoragem. De acordo com Sá (1993), o processo de representar socialmente emerge da materialização dos conceitos abstratos, comuns ao grupo, o que é chamado de objetivação, ao mesmo tempo em que cria um espaço inteligível ao objeto representado ou sua integração cognitiva, chamada de ancoragem. A objetivação esclarece como se estrutura o conhecimento do objeto, tornando-o palpável e natural. A ancoragem implica em dar sentido ao novo, ao estranho, trazendo-o para o familiar.

De acordo com Wagner (2000, p. 3), as representações sociais dão uma “impressão da topografia mental de várias culturas e sociedades modernas”, possuindo um conjunto de conhecimentos e atitudes coletivas, compartilhado em crenças, imagens, metáforas e símbolos. Simultaneamente, a representação é resultado de um processo coletivo e público de criação, elaboração e difusão de conhecimentos no grupo social.

Considerando a saúde como um fenômeno de alta significação social, a teoria das representações sociais pode ser útil no diagnóstico psicossocial voltado para essa área. A busca das representações sociais acerca da saúde e doença possibilita: classificar as diferentes formas pelas quais os autores das fontes captam o sentido do que é ser doente e do que é ser saudável; estabelecer vínculos entre os diferentes tipos para que se possa chegar aos modelos sociais da saúde-doença, construídos a partir da relação espaço-tempo, dotando tais modelos de historicidade; e reconstituir a lógica pela qual as representações foram produzidas e socializadas na sua longa duração, fazendo uma “decomposição”, para melhor compreender os acontecimentos dos modelos atuais (CARDOSO; GOMES, 2000).

Neste contexto, o estudo das representações sociais do processo saúde-doença abrange aspectos observáveis universalmente e outros que são peculiares a cada sociedade. O processo saúde-doença constitui metáforas privilegiadas para explicação da sociedade: engendram atitudes, comportamentos e revelam conceitos de mundo. Por meio da experiência desse fenômeno, os indivíduos falam de si, do que os rodeia, de suas condições de vida, do que os oprime e amedronta (MINAYO, 2004).

O quadro de soropositividade em indivíduos em processo de envelhecimento é bastante polêmico, onde os preceitos da ética, da moralidade, da religiosidade e dos padrões de bons costumes deveriam vir à tona para serem discutidos. Esses conceitos de base provocam o afastamento da pessoa idosa do meio social e até mesmo do seio familiar, postura que é adotada pelo próprio paciente, que busca se resguardar das adversidades vivenciadas no mundo social (GORINCHTEYN, 2005).

A investigação das representações sociais sobre o HIV/Aids em pessoas em processo de envelhecimento remete-nos a um conhecimento particular acerca do fenômeno, elaborado a partir das experiências de vida dos sujeitos, num contexto sociocultural determinado. Essa abordagem permite a identificação de elementos comuns na forma de construir a realidade, dos elementos de resistência e inflexões que dificultam a incorporação de novos conceitos e a reconstrução das representações, fornecendo subsídios claros para implementação de ações educativas que valorizem as pessoas em suas singularidades (OLTRAMARI, 2003).

Ressalta-se que as pessoas idosas possuem conceitos sobre os riscos de infecção voltados para o outro, como se a doença não fizesse parte do universo de possibilidades de cada um. Desenvolvem-se, também, sentimentos, como o medo da morte, que acabam por determinar nas pessoas um comportamento ambíguo, de tensão entre prevenção e risco, ao se considerar que o risco, por ser de todos, não é de ninguém.

Uma das funções das representações sociais é a de direcionar a ação, isto é, o modo pelo qual os indivíduos vislumbram a realidade, determinando a sua maneira de estar e os seus movimentos no mundo. Logo, pressupõe-se que os comportamentos preventivos, antes ou após a infecção pelo HIV, são o cerne da subjetividade das pessoas e dos grupos sociais que vivem a experiência de adquirir o HIV/Aids durante a etapa de envelhecimento. Tal fato vem carregado de crenças e valores que organizam os comportamentos face ao vírus e à síndrome. Entretanto, o que se percebe em relação à Aids é que muitos indivíduos, embora tenham incorporado algumas informações sobre a doença, principalmente em relação às formas de prevenção, adotam comportamentos que se contrapõem à utilização do preservativo e a outras formas de prevenção (OLTRAMARI, 2003).

Desta forma, as conseqüências da Aids recaem sobre a sociedade como um problema multifacetado. Do ponto de vista psicológico, a doença se caracteriza por ser a “epidemia do medo”, à qual promove, aos indivíduos identificados como “grupos de risco”, a discriminação (FIGUEIREDO, 2000). A estigmatização do paciente com Aids nos hospitais e nas instituições que o atendem vem sendo um dos grandes entraves para o seu tratamento. O profissional, quando se refere ao cuidado ao paciente com Aids, demonstra defasagem em relação ao preparo, à orientação e aos entraves com relação às questões afetivas (SALDANHA, 2003).

O conhecimento das representações sociais pode subsidiar políticas públicas e ações preventivas voltadas para mudança de comportamentos de risco e situações de vulnerabilidade, tornando esse segmento da população agente de prevenção (FLORES, 2007).

À luz dos conceitos expostos, a Teoria de Representações Sociais foi adotada nesta pesquisa com o intuito de compreender como o HIV/Aids é pensado por um determinado grupo de sujeitos – pessoas em processo de envelhecimento - o que eles pensam sobre este objeto, que saberes circulam, como lidam com o HIV/Aids e como agem para conviver com a síndrome nessa etapa da vida.

2 ABORDAGEM METODOLÓGICA

2.1 Tipo de Pesquisa

Para iniciar a pesquisa há a importância da organização e do direcionamento de idéias e práticas. Desta forma, Minayo (1999, p. 16) refere que método: “é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”. Para Santos (1998, p. 11): “a metodologia indica técnicas de produção científica e fornece os elementos de análise crítica das descobertas e comunicações na comunidade científica”.

A presente pesquisa caracteriza-se por utilizar o método descritivo com abordagem qualitativa. O método descritivo é definido por Santos (1998, p. 12) como sendo “um delineamento da realidade uma vez que descreve, registra, analisa e interpreta a natureza atual ou processos dos fenômenos”. De acordo com o autor, a utilização da abordagem qualitativa na pesquisa permite a captação de dados psicológicos reprimidos e de difícil articulação e pode se colocar como um indicador do funcionamento de estruturas e organizações.

De acordo com Jodelet (2003), a abordagem qualitativa deve ser holística e global, devendo ser levados em consideração não somente as condutas e as representações, mas também o contexto histórico no qual os sujeitos estão inseridos.

A respeito da pesquisa qualitativa na enfermagem, Wood (2001, p. 123) afirma que “a pesquisa qualitativa combina as naturezas científica e artística da enfermagem para aumentar a compreensão da experiência de saúde humana”. Segundo a autora, este tipo de pesquisa é adequado ao estudo da experiência humana sobre a saúde, uma preocupação importante para ciência da enfermagem.

Considerando que o pesquisador que realiza um estudo qualitativo pretende compreender ou interpretar os fenômenos que fazem parte do seu dia-a-dia, Wood (2001, p. 123) enfatiza que:

O pesquisador que usa a abordagem qualitativa acredita que seres humanos únicos atribuem significados a suas experiências e que elas derivam-se do contexto da vida. O contexto da vida é a matriz de relações ser humano- ser humano, ambientes que surgem ao longo do cotidiano.

A pesquisa qualitativa é apontada por Severino (2002, p. 23) como propícia por “tratar-se do senso comum, fundamentando-se na compreensão dos significados atribuídos pelos sujeitos sobre um determinado fenômeno”.

Desta forma, este estudo enfatizará as representações sociais das pessoas em processo de envelhecimento sobre o HIV/Aids, preocupando-se em retratar as perspectivas adotadas por esses sujeitos diante de uma problemática dos tempos modernos.

2.2 Sujeitos da Pesquisa

Em função da temática escolhida para este estudo, foram definidos como sujeitos da pesquisa indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico positivo para HIV/Aids, que fazem acompanhamento em um hospital universitário localizado no município do Rio de Janeiro.

A definição deste recorte etário justifica-se pela vulnerabilidade típica deste grupo social demonstrada pelo quadro epidemiológico dos casos de Aids no Brasil, pela exclusão desses sujeitos das políticas públicas de prevenção do HIV e também pela definição de envelhecimento apoiada na maturação do processo biológico e não em uma faixa etária específica.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão dos sujeitos no estudo: possuir idade igual ou superior a 50 anos; saber da sua condição sorológica; estar em acompanhamento médico ambulatorial no campo escolhido; apresentar condições físicas e psíquicas para realização das entrevistas; aceitar o convite de participação.

Conforme Minayo (1992, p. 102), em pesquisas qualitativas a representatividade amostral não é numérica, isto é, “uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, privilegiando os sujeitos sociais que detém os atributos que o investigador pretende conhecer”.

Sendo assim, para definição do número de sujeitos incluídos nesta pesquisa, foi utilizado o critério de “saturação de dados”, o que significa dizer que se encerrou a fase

da coleta de dados conforme o delineamento do quadro empírico, quando este já se mostrava suficiente para elucidar o objeto e atender aos objetivos da pesquisa.

Desta maneira, participaram da pesquisa 20 sujeitos, sendo 13 do sexo feminino e 7 do sexo masculino.

2.3 Caracterização do Locus da Pesquisa

O cenário de pesquisa escolhido foi o Ambulatório de Imunologia e de Doenças Infecto-parasitárias de um hospital universitário, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Essa instituição faz tratamento e acompanhamento de pacientes com HIV/Aids de todas as idades, inclusive de pessoas em processo de envelhecimento.

O campo de estudo foi inaugurado no ano de 1950, fazendo parte da rede de hospitais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Em 1962, tornou-se Hospital-Escola; em 1975, em decorrência do Convênio firmado com o Ministério da Educação e Previdência Social, o hospital adequou suas atividades para atender a realidade sanitária da população da época.

A qualidade dos profissionais e os equipamentos sofisticados de diagnóstico e tratamento oferecidos ocasionaram um aumento progressivo da procura de atendimentos, transformando-se em um dos maiores complexos docente-assistenciais na área de saúde do Rio de Janeiro.

Nos seus 44.000m² de área construída funcionam 600 leitos e 16 salas cirúrgicas, onde são feitas internações e cirurgias em mais de 60 especialidades médicas. Procedimentos e tecnologias mais avançadas como cirurgia cardíaca, transplante renal e transplante de coração também são realizados. No seu ambulatório, com 3.000 m² de área, estão 150 consultórios que concentram o atendimento de todas as especialidades.

Trata-se de um hospital de grande porte, com cobertura assistencial de aproximadamente 1.000.000 de habitantes, considerado Centro de Excelência e Referência para o Estado do Rio de Janeiro na área de Ensino e Saúde. O fato de ser

um Hospital Universitário, que tem o ensino e a pesquisa inseridas no planejamento de suas atividades, favorece o reconhecimento deste hospital como um centro de descobertas e inovações que contribuem para a melhoria da qualidade da atenção oferecida pelas instituições de saúde.

No ano de 1991, foi criado o serviço especializado para o atendimento integral ao idoso, englobando a atenção voltada para os aspectos físicos, sociais, psicológicos, fisioterápicos e emocionais. Foi esse hospital que introduziu no Rio de Janeiro a atuação de profissionais de diversas áreas do conhecimento no combate e eliminação de dores crônicas das mais variadas origens.

A filosofia de atendimento integral ao idoso, nas muitas patologias, adotada pelo hospital determinou em parte a sua escolha para o presente estudo. Ressalta-se a grande dificuldade em delimitar o campo de pesquisa durante a fase de coleta de dados, devido à ausência de instituições especializadas que se dediquem ao cuidado de pacientes soropositivos em fase de envelhecimento.

O Núcleo de Epidemiologia, por intermédio do Serviço de Ginecologia, atende uma clientela de mulheres portadoras do HIV/Aids, com diferentes faixas etárias, constituindo um “grupo operativo”. Este grupo permite que mulheres infectadas com HIV possam refletir sobre os aspectos relacionados à soropositividade, tecendo uma rede de solidariedade e troca de experiências, não apenas objetivas, como informações e dúvidas, mas também subjetivas, como afeto e cuidado.

O “grupo” teve início em junho de 2002, com reuniões mensais, contando o registro de 61 mulheres nessa atividade. A equipe vem observando ao longo do tempo como resultados das suas atividades: as mulheres apresentam melhor adesão ao tratamento e ao uso de preservativos; a ampliação da consciência sobre o processo saúde-doença e a co-responsabilidade sobre o seu tratamento; melhor percepção dos direitos e deveres sociais; fortalecimento da relação equipe de saúde e paciente e socialização dos conhecimentos a partir do aprendizado através da experiência do grupo.

2.4 Coleta e Análise de Dados

2.4.1 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada nos períodos de Março de 2008 a Junho de 2008, no próprio hospital, no Ambulatório de Doenças Infecto-parasitárias, durante o comparecimento desses pacientes para o controle da síndrome.

Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados: um questionário de caracterização dos sujeitos (APÊNDICE A), e um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B). O questionário de caracterização foi destinado à coleta de informações referentes aos dados de identificação e condições socioeconômicas dos sujeitos entrevistados. Este questionário contém perguntas referentes ao sexo, data de nascimento, cor da pele, naturalidade, religião, situação conjugal e funcional, nível de escolaridade, renda e moradia, visando à caracterização do grupo estudado.

O roteiro de entrevista individual foi elaborado contendo questões abertas sobre o HIV/Aids, buscando obter dados que permitam o conhecimento das representações do HIV/Aids, as mudanças ocorridas na vida pessoal após a notícia do diagnóstico, o convívio com a síndrome e as práticas sexuais desenvolvidas antes e depois da doença, bem como as formas de prevenção adotadas e as formas de enfrentamento. Para Minayo (2004), neste tipo de entrevista não há necessidade de uma sequência rígida quanto aos assuntos a serem abordados, porque esta é determinada pelas preocupações e ênfases que emergem da fala dos entrevistados ao se discutir o assunto em questão. De acordo com a autora, suas qualidades consistem em: “enumerar de forma mais abrangente possível às questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação” (MINAYO, 2004, p. 121). Portanto, acredita-se que a entrevista como estratégia de busca de informação ofereceu dados significativos sobre a forma de pensar dos sujeitos estudados sobre o HIV/Aids, razão pela qual foi escolhida para realizar a coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas na primeira quarta-feira do mês, nas reuniões do grupo de idosos realizada na unidade de saúde. De acordo com as orientações de Richardson (1999, p. 95) de que “a escolha de um local adequado de pesquisa e a familiaridade do pesquisador com os membros do grupo são aspectos fundamentais da pesquisa qualitativa”, foi destinada uma sala para realização das entrevistas, possibilitando um ambiente calmo e tranquilo, onde pudesse haver interação entre pesquisador e entrevistado, sem que houvesse interferências externas.

Inicialmente foi realizado o teste piloto do instrumento de coleta de dados com três idosos soronegativos para que o pesquisador pudesse perceber possíveis falhas e adequá-lo ao contexto do estudo. A análise do material produzido durante o pré-teste evidenciou que havia questões repetitivas, algumas poderiam ser aglutinadas e outras precisavam ser reformuladas para serem mais bem compreendidas pelos sujeitos. Ressalta-se que o conteúdo gerado com a realização do teste não foi incorporado ao material analisado na pesquisa, uma vez que eram sujeitos soronegativos.

Para todos os sujeitos foi solicitada, também, autorização para gravação das entrevistas em fita magnética, visando assegurar o fiel registro dos relatos. Destinou-se a seguinte ordem de aplicação dos instrumentos: primeiro foi aplicado o questionário com o perfil sócio demográfico e depois o roteiro de entrevista semiestruturada.

Durante a realização das entrevistas, a única dificuldade encontrada foi a intensa carga emocional desencadeada pelas perguntas, apesar dos sujeitos não terem demonstrado inibição ao responder ao questionário de vida pessoal.

2.4.2 Análise de Dados

Foi escolhida como técnica de análise dos dados a análise de conteúdo temática, conforme conceituada por Bardin, pois essa modalidade de análise é “rápida e eficaz na condição de se aplicar os discursos diretos e simples”. Essa técnica trabalha a palavra, as condições de sua produção e a prática da língua dos emissores. Por isso, usa a

semântica e a lexicologia de forma a codificar a coerência dos significantes e significados presentes no discurso (BARDIN, 2004).

Oliveira (2008, p. 7) afirma que o objetivo da análise de conteúdo é:

Estabelecer uma correspondência entre o nível teórico e o empírico presente no texto, de forma a assegurar ao pesquisador que o corpo de hipóteses, previamente construído ou resultante da própria análise de conteúdo, é verificado pelos dados do texto.

Bardin (2004) define que a análise de conteúdo se estrutura em torno de três etapas: a pré-análise, a exploração do material ou codificação e o tratamento dos dados. A primeira etapa consiste na pré-análise, fase onde ocorre a seleção dos documentos ou corpus de análise, a formulação de hipóteses, dos objetivos da análise e a elaboração dos indicadores que irão basear a interpretação final e a preparação do material para análise.

A segunda etapa é a codificação, nos quais os dados brutos são lapidados sistematicamente e agrupados em unidades de registro, que se inserem em unidades de contexto. Essas permitem compreender o significado das unidades de registro. Por meio da aplicação das regras de contagem, surgem os indicadores para a construção de categorias, que são elaboradas considerando a importância quantitativa e qualitativa dos temas. (OLIVEIRA, 2008)

Na terceira etapa busca-se o tratamento dos dados. Oliveira (2008) destaca alguns critérios para facilitar a construção de categorias empíricas na análise de conteúdo, podendo ser consideradas como características das boas categorias: a homogeneidade, a exaustividade, a exclusividade, a objetividade e a adequação. Além disso, inclui-se também a importância quantitativa e qualitativa dos temas para o objeto de estudo.

Para o desenvolvimento dessa análise, foram adotados os procedimentos e instrumentos definidos por Oliveira (2008) (APÊNDICE C).

2.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

Este estudo está respaldado na resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL) que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital escolhido para a coleta de dados. O projeto de pesquisa foi aprovado em 9 de Abril de 2008, de acordo com o parecer 2037. Desta forma, preservamos o sigilo, o anonimato durante o contato com os participantes, o compromisso de oferecer todas as informações referentes ao trabalho a ser realizado e a liberdade do participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo (BRASILEIRO; FREITAS, 2006).

Aos participantes da pesquisa que atenderam aos critérios de inclusão foram entregues protocolos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), contendo informações sobre a coleta de dados, o termo de responsabilidade do pesquisador e a assinatura do sujeito. Em virtude do nível de escolaridade e da idade de alguns sujeitos, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto com o entrevistado e esclarecidas suas dúvidas a respeito da pesquisa.

3 AIDS ENTRE PESSOAS ENVELHECENDO(IDAS): O QUE PENSAM OS PROTAGONISTAS?

3.1 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

Em virtude da importância da contextualização do grupo estudado para uma pesquisa que se apoia na Teoria das Representações Sociais, esta será apresentada abaixo.

Com relação à faixa etária, a variação foi entre 50 e 70 anos de idade, com predominância da faixa etária de 54 a 60 anos. Dos 20 sujeitos, foram encontrados 12 (60%) na faixa etária de 50 a 55 anos, 6 sujeitos (30%) na de 56 a 60 anos e 2 sujeitos na faixa etária de 61 a 70 anos, o que representa 10% do total.

A distribuição por sexo correspondeu a 13 (65%) sujeitos do sexo feminino e apenas 7 (35%) do sexo masculino. A predominância do número de mulheres neste trabalho merece destaque em virtude da mudança do perfil epidemiológico do HIV/Aids e também da maior procura por serviços de saúde pelo sexo feminino, conforme apontam diversos autores.

Na segunda década (1990-2000), a epidemia passou a apresentar um outro perfil epidemiológico em muitos países, inclusive no Brasil. O HIV avançou entre os heterossexuais, intensificou a feminização e a transmissão vertical e, a atual tendência aponta para um crescimento na população jovem e entre as pessoas com mais de 50 anos. Silveira et al. (2002) relata que as mulheres se mostram mais susceptíveis à contaminação pelo HIV do que os homens, pois além do sêmen apresentar maior concentração de HIV, a superfície vaginal é relativamente extensa.

Em relação ao grau de escolaridade, predominou o ensino fundamental incompleto, com 15 (75%) sujeitos, seguido do ensino médio completo, com 3 (15%) sujeitos e 2 (10%) sujeitos informaram não ter estudado, revelando um grupo social caracterizado pela baixa escolaridade.

Quanto ao local de nascimento, a análise dos dados apontou que 12 (60%) sujeitos são naturais do Rio de Janeiro, 5 (25%) do estado da Paraíba, 2 (10%) do estado da Bahia e 1 (5%) sujeito do estado de Pernambuco.

No que se refere à distribuição dos sujeitos pela pigmentação da pele, 12 (60%) referiram cor parda, 5 (25%) sujeitos como negra e 3 (15%) referiram cor branca, apontando para a grande maioria dos casos entre sujeitos com cor parda ou negra (85%).

Com relação à religião, 11 (55%) referiram ser católicos não praticantes, 6 (30%) dos sujeitos referiram não ter religião, mas acreditar em Deus e 3 (15%) relataram ser evangélicos.

Dos sujeitos entrevistados, 12 (60%) relataram receber auxílio-doença, razão pela qual não podem ser classificados segundo a ocupação, 5 (25%) relataram possuir trabalho de acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho, 2 (10%) sujeitos disseram ser aposentados e 1 (5%) relatou ser autônomo, revelando que nem todos os sujeitos com a síndrome instalada utilizam o recurso do auxílio-doença.

No que se referem à situação conjugal, 7 (35%) sujeitos relataram não possuir companheiro, 6 (30%) não moram com companheiro, 4 (20%) moram com companheiro e 3 (15%) informaram ser viúvos.

Quanto à fonte de contágio, quatorze sujeitos (70%) relataram ter adquirido a doença por relação heterossexual, mas têm dúvidas em relação à soropositividade do parceiro. Dos demais, 5 (25%) relataram ter adquirido por relação homossexual e apenas 1 (5%) por transfusão de sangue, confirmando o perfil epidemiológico atual de crescimento dos casos de transmissão heterossexual.

Doze sujeitos (60%) relataram ser portadores da síndrome no período de 10 a 18 anos e 8 sujeitos (40%) relataram possuir a doença entre 8 meses a 8 anos, revelando que a infecção ocorreu antes do início do processo de envelhecimento, se estendendo por ele.

3.2 Os Conteúdos da Representação Social do HIV/Aids

As entrevistas permitiram oferecer um conhecimento geral da vida de cada um dos participantes, a partir de informações sobre dados de identificação, especialmente no que se refere às suas experiências após ter ciência da soropositividade para o HIV.

Seus depoimentos foram de suma importância, pois mostram os pensamentos em relação aos acontecimentos e fatos da vida, além da forma como cada um a reconstrói. Da análise exaustiva das entrevistas transcritas, derivaram algumas categorias que fundamentam estes resultados.

Compreende-se que as representações sociais elaboradas acerca do HIV/Aids estão ligadas a processos sócio cognitivos, comportamentais, afetivos e normativos, e que essas são orientadoras de condutas, atitudes e das comunicações sobre um maior conhecimento sobre a doença.

A organização do material coletado, produzido a partir dos depoimentos dos sujeitos, determinou a construção de 7 (sete) categorias, que apontam alguns conteúdos e dimensões da representação social do HIV/Aids pelos sujeitos estudados. O conjunto dessas categorias sintetiza a incorporação psicossocial da Aids, revelando dimensões e conteúdos representacionais; fatores que contribuem para o aparecimento do HIV/Aids, ou seja, vulnerabilidades do grupo de pessoas acima de 50 anos; as estratégias de enfrentamento e de promoção da qualidade de vida adotadas por esse grupo social, conforme abaixo.

As sete categorias identificadas são as seguintes: Definições e Imagens do HIV e da Aids; Infecção e Formas de Contágio do HIV; O Processo de Prevenção: atitudes, práticas e informações de pessoas em processo de envelhecimento; Estigma, Preconceito e Discriminação: sentimentos e comportamentos de pessoas em processo de envelhecimento; Enfrentando a Soropositividade: dificuldades e mecanismos de proteção; (Con) Viver/Estar com HIV/Aids no Processo de Envelhecimento; O Cotidiano de Utilização dos Antiretrovirais no Processo de Envelhecimento.

3.2.1 Definições e Imagens do HIV e da Aids

A primeira categoria intitulada de “Definições e Imagens do HIV e da Aids” corresponde a 102 unidades de registro o que equivale a 13% do total do percentual das categorias. Aqui se encontra as representações que as pessoas em fase de envelhecimento têm a respeito do HIV/Aids, destacando a manifestação dos sintomas em virtude da evolução da síndrome e que a convivência com a doença é algo de muito ruim.

A representação que a Aids possui para os sujeitos entrevistados é de uma doença triste, progressiva, terrível, cruel, crônica, uma carga enorme e sem cura, que pode levar à morte, mas que pode ser controlada.

Pra mim muito triste isso. Logo no começo fiquei com depressão. Fiquei 3 noites sem dormir e dias sem dormir por causa disso. Eu não acreditava que eu estava com isso. (Sujeito 14, 50 anos, feminino)

Tudo o que é de ruim, até a própria morte. Porque você ta vendo um colega seu na mesma situação morrer. Então pensa assim: amanhã vai ser eu. (Sujeito 6, 55 anos, feminino)

Diante destes exemplos discursivos, pode-se inferir que existe uma idéia de peso emocional que a Aids provoca nas pessoas. O conceito da Aids como uma vergonha mostra o lado estigmatizante da doença causando afastamento das pessoas que contraíram (FONTES, 2006). Desta forma, ela se configura como algo terrível que, durante certo tempo era direcionado para uma determinada classe social e para um grupo específico, dividindo a população entre aqueles que poderiam adquiri-la e aqueles que estariam não expostos à mesma.

Olha, a doença é pra mim uma coisa ruim, porque agora que eu to com estes problemas de lipodistrofia fico um pouco envergonhada de botar uma blusa de alça. (Sujeito 10, 60 anos, feminino)

De acordo com Tura (1998), a morte causada por esta doença incurável apresenta-se como elemento organizador de várias cognições. Para Saldanha (2003) o vislumbre da morte dá-se em uma fase de profunda ruptura, desordem e desorientação,

trazendo para as pessoas um a percepção de um futuro visto como inexistente, de um presente que é destruído pelo impacto de saber que é soropositivo.

Pra alguns é sentença de morte. Pra mim.. teve aquele impacto na hora, mais aprendi a conviver. Vou tomar vergonha na cara e levar uma vida mais sossegada agora. (Sujeito 8, 50 anos, masculino)

Mas para falar a verdade, eu não desejo isso nem para meu pior inimigo, que é triste. Que na mesma hora que tá de bem com nós mesmo, de repente vem um rebuliço. A gente supera porque tem que superar, mas é triste. Não é felicidade pra ninguém isso não. (Sujeito 2, 70 anos, feminino)

É uma doença que não tem cura, crônica, que a gente sabe que vai passar maior sufoco. Por enquanto eu to bem, mas eu sei que o sufoco pode vir. (Sujeito 3, 54 anos, feminino)

Ela é cruel. Não tenho nada que pensar de bom nela.(Sujeito 6, 55 anos, feminino)

(...) isso é uma praga. Isso é a pior coisa que já podia ter existido. Pra ser sincera é assim que eu vejo, porque é uma doença que não tem cura, entendeu? Não tem cura (...). (Sujeito 1, 50 anos, feminino)

Essa concepção do binômio Aids igual a morte remonta à época da identificação dos primeiros casos no Brasil, em 1982, sendo tema de divulgação pela imprensa, a qual vinculava a informação de que a Aids era uma síndrome que provocava a morte de seus portadores (MARTINI, 2003), informação essa reforçada pela alta mortalidade da doença naquele período.

A morte é apresentada pelos homens envolvendo vários sentidos, ora como morte física, ora como morte social e ora como morte psicológica. Com o passar do tempo e com agregação de novas formas de tratamento da Aids e das doenças oportunistas, a ideia de condenação de uma morte rápida foi sendo diluída.

As falas dos entrevistados apresentam-se como um grande problema de saúde, por trazer muita tristeza e sofrimento devido à visão que a doença apresenta para eles. Malbergier (2000), diz que o sofrimento causado pela Aids pode ser devido a vários fatores, tais como: o diagnóstico, o processo do adoecer, a iminência de morte, a discriminação, as perdas e as limitações. As falas abaixo retratam a representação do HIV ancorada no sofrimento:

Um inferno. Não tem outra, um inferno. Um verdadeiro inferno. (Sujeito 11, 50 anos, feminino)

É tudo ruim, cara. Não tem nada de bom não. É tudo ruim, tudo ruim. (...). Pra mim não dá pra encarar mais nada. Eu tenho medo da morte, realmente, eu tenho medo da morte. Fico apavorada. (...). Não gosto nem de pensar. É muito ruim. (Sujeito 6, 55 anos, feminino)

A ideia de morte iminente está presente no momento do diagnóstico, considerado como um momento de confrontação entre a situação fronteira entre vida e morte, colocando as pessoas em uma situação na qual não conseguem distinguir entre o real e o imaginário. Essa confrontação com uma realidade não concreta gera uma situação de sofrimento, no qual a pessoa não sabe como agir (COELHO, 2006).

A religião pode surgir como um apoio, representando uma rede e suporte emocional, no entanto vale ressaltar que apenas dois sujeitos do estudo relataram situações e crenças ancoradas na religiosidade, objetivado na figura da permissão de Deus para estar com a doença. Segundo Gir (1997), as religiões são criadas para um sistema de crenças, valores, códigos de condutas e rituais e apresentam elementos de fé e esperança. Estudos afirmam que a espiritualidade, além de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, é um importante apoio no enfrentamento de frustrações, sofrimentos e desafios, como também no prolongamento da vida (NEGREIROS, 2003).

O HIV enquanto fenômeno real e concreto pode ser visto como uma síndrome com toda gama de sintomas próprios. O período de latência, em que se é portador de um vírus, mas não da patologia, ocasiona desordens e incertezas referentes a um mal que é real e irreal ao mesmo tempo. Esse fator faz do soropositivo uma categoria especial de indivíduo, que nem é saudável, nem é doente.

Eu passava mal, tinha ânsia de vômito, de vez em quando dava febre, de vez em quando dor de barriga. Ia no médico e nunca descobriram. (Sujeito 2, 70 anos, feminino)

Eu tava com o sintoma do nariz. Eu tive Leshmaniose. Eu não tava sabendo o que tava acontecendo. (Sujeito 5, 53 anos, masculino)

Logo, as representações sobre a convivência da pessoa em processo de envelhecimento com Aids mostram-se ainda baseadas em construções históricas pautadas nos aspectos negativos da doença dificultando a adaptação do idoso na sociedade com mitos e tabus sobre o HIV/Aids.

3.2.2 Infecção e Formas de Contágio do HIV

A segunda categoria “Infecção e Formas de Contágio do HIV” teve 78 unidades de registro e um percentual equivalente a 9,92%. Esta classe foi descrita relatando as incertezas das pessoas em fase de envelhecimento em relação às formas de contágio pelo HIV.

Tronca (2000) elaborou um trabalho de representações da Aids e da Lepra, categorizando três temas em torno das representações sociais. Um dos temas identificados pela autora foi à sexualidade, afirmando existir uma ligação entre homossexualidade, infidelidade, doença e morte, numa sequência de causa e efeito.

Para os entrevistados, a representação da infecção e das formas de contágio está ancorada nas ideias que ligam a doença aos homens que fazem sexo com homens, às pessoas que se relacionam com travestis; doença da promiscuidade, de zona boêmia, de lugares sujos e doença do sexo, do prazer (COELHO, 2006).

A promiscuidade é compreendida como relações sexuais com muitos parceiros, sendo a quantidade de parceiros mais importante do que o fato da relação sexual ter sido desprotegida. Aqui, também pesa o imaginário do sexo pelo sexo, do sexo pelo prazer, do sexo por impulso, conforme observado abaixo:

Eu adquiri a doença por relação homossexual. Aí depois que eu fui conhecendo, tive vários relacionamentos. (...) Tem até uma brincadeira assim: um rala e rola. Tem um parceiro assim: ah vamos brincar, fazer uma brincadeira. Aí um ejacula pra cá outro pra lá. Daí nada de penetração. (Sujeito 7, 56 anos, masculino)

Mas eu tive muitos parceiros sim. Mas também nunca usei camisinha não. Então ficou aquele negócio. Será que foi o cara ou será que não foi? Será que foi será que não foi? Então como a gente foi descobrir isso. (Sujeito 6, 55 anos, feminino)

Pensar em outras formas de infecção, que não seja a sexual, ou não ter certeza com quem e quando adquiriu a doença, parece ser um mecanismo usado para desviar a importância das relações sexuais desprotegidas como mecanismo de transmissão, apesar de saberem sobre essa forma de contágio (COELHO, 2006).

Em relação aos vínculos conjugais estáveis, os indivíduos em processo de envelhecimento que possuem companheiro(a) fixo entendem que não estão expostos à

infecção pelo HIV, uma vez que mantêm um único parceiro(a), não se percebendo portanto vulneráveis à doença ou ao vírus. Nesta condição parece haver uma opção da pessoa idosa pelo não uso de preservativos, pois possuem uma relação de confiança e compartilham da ideia de que é desnecessário adotar qualquer método de prevenção para o HIV/Aids.

Nesse sentido, vale lembrar que muitas mulheres se recusam a adotar o uso do preservativo por crenças religiosas, ou para não entrar em conflito com o parceiro. A exigência pela mulher ou o uso pelo homem do preservativo em uma relação estável, supostamente, implicaria em uma quebra de confiança conjugal, uma vez que revelaria desconfiança do parceiro, constituindo-se em elemento questionador da fidelidade, sentimento importante, definidor e idealizado do casamento (LEITE, 2007).

Nunca fui de ter muitos parceiros. Mais tem muitos que a gente não tem nem contato mais. Não faço a menor ideia de quanto tempo que eu tenho este problema. Porque o vírus da Aids vai minando a tua saúde de uma forma muito silenciosa, até que ele estoura. (Sujeito 3, 54 anos, feminino)

Não sei também quanto tempo. Não sei quanto tempo eu adquiri e fui contaminada. Se foi com namorado ou se foi, digamos 10 anos atrás. Foi em algum acidente. (Sujeito 4, 54 anos, feminino)

Os entrevistados relataram que o aparecimento dos primeiros sintomas não foram associados à Aids, por considerarem não estarem expostos ao risco de adquirir a doença ou iniciaram o tratamento de algum problema clínico e, por acaso, acabaram descobrindo o HIV.

Eu vivia sempre resfriada, mas não ligava. Aí tive febre, tosse. Aí fui no médico fiz os exames e deu. Tomei os medicamentos da Tuberculose por seis meses. Depois foi o olho fiquei internada de olho. Aí teve uma época que eu relaxei com os medicamentos, tive uma recaída, tive pneumonia fiquei internada. (Sujeito 15, 50 anos, feminino)

Foi exame que eu fiz no Hospital de Curicica, quando fiquei internado. Eles achavam que eu tava com Pneumonia. Aí fiquei internado lá uma semana ou duas. Emagreci muito, né. Eles desconfiavam, fizeram o exame e deu positivo. Aí fazer o que? (Sujeito 8, 50 anos, masculino)

Eu adquiri esta doença através de transfusão de sangue, eu não tinha marido. Desde os 35 anos eu não tenho marido. Adquiri através do exame de sangue, creio eu que foi quando fui operar os rins, mas só foi descoberta 10 anos

depois, que eu passava muito mal e, não sabia de que eu passava tanto mal.
(Sujeito 2, 70 anos, feminino)

O diagnóstico costuma ser tardio, uma vez que quando um idoso é internado por causa de uma pneumonia, ninguém suspeita de Aids, já que a pneumonia é vista como uma doença da velhice. Os idosos tendem a ser mais disciplinados. Não é raro que os mais jovens simplesmente deixem de tomar os remédios no fim-de-semana, quando saem com os amigos e bebem. Essas interrupções deixam o vírus mais resistente ao tratamento. O fato das pessoas em fase de envelhecimento muitas vezes terem alguma doença crônica acaba facilitando que o tratamento seja seguido corretamente.

Muitas pessoas não conseguem perceber a manifestação da síndrome em algum momento da vida, mesmo quando pensam na possibilidade de ser portador do HIV:

Não sentia nada. Nadinha, nada. Só o exame mesmo. Só o exame de sangue disse. Mas não sentia nada mesmo. (Sujeito 9, 59 anos, feminino)

As mulheres assumem um sentimento negativo em relação ao parceiro por acharem que eles não seriam capazes de transmitir o HIV para elas, mesmo quando possuem um relacionamento estável antigo:

Fiquei com ódio do meu marido porque é uma coisa assim porque culpo ele porque acho assim quando a gente é casada quando tem mulher na rua se previne mas me culpo também por não ter me prevenido. Não só culpo a ele, mas também a mim porque eu fui muito inocente. Ele falava que era doador de sangue e eu não sabia que existia o conhecimento sobre a doença. Uma vez uma patroa minha comentou comigo: tem uma doença agora que faz não sei o que... Mas eu não procurei saber detalhe. (Sujeito 1, 50 anos, feminino)

Os indivíduos em processo de envelhecimento soropositivos não assumem a total responsabilidade de sua condição clínica, justificando seus comportamentos por alegar não ter informação necessária para prevenção frente ao HIV.

Só ouvia falar. E ouvia falar também que morria muita gente. E eu tenho certeza que se eu falar vou sofrer discriminação. Até hoje eu não conheço a doença.
(Sujeito 4, 54 anos, feminino)

Eu acho que ela representa uma falta de informação que eu não tive na época. Se eu tivesse mais informação, isso não teria acontecido comigo. (...) A pessoa tem que ter mais informação devido à doença. (Sujeito 7, 56 anos, masculino)

Os entrevistados apresentaram respostas que variaram de nenhum a algum conhecimento a respeito da síndrome, quando questionados sobre o conhecimento prévio que tinham sobre o HIV/Aids. Por outro lado, alguns foram enfáticos ao dizer que não sabiam nada sobre a Aids antes de se contaminarem e que quando tiveram informação esta era muito escassa.

O problema foi esse... naquela época se tivesse a informação que se tem hoje, garanto a você que não estaria assim. Agora, num tempo atrás você quase não tinha informação, quase não se ouvia falar de Aids. (Sujeito 19, 50 anos, feminino)

Outros relataram não ter tido acesso a informação e, quando tinham, não davam muita atenção por se considerarem sem risco de contrair a síndrome. Todavia, parece haver distinção entre ouvir falar e ter informações palpáveis sobre a síndrome.

Falava-se muito pouco dessa Aids. Não sabia tanto quanto eu sei hoje. Eu ouvi falar muito pouco. Às vezes a gente ouvia alguém falar, mais não tinha noção do que era a Aids. (Sujeito 1, 50 anos, feminino)

Nesse contexto, pode-se observar a partir dos depoimentos dos entrevistados, que apenas informações sobre formas de transmissão e situações de risco são insuficientes para a adoção de comportamentos protetores. Para Pompidou (1988), não basta ter informação, pois estar informado não significa necessariamente conhecer a doença.

Ressalta-se, ainda, que ter ciência sobre o grau de informação que um indivíduo possui sobre formas de transmissão e situações de risco para a Aids não é suficiente para que se passe a adotar uma mudança de comportamento com vistas à prevenção, pois a falta de informações básicas contribui para aumentar a sua vulnerabilidade (PERUGA E CELENTANO, 1993).

Diante dos resultados obtidos, constata-se que os sujeitos participantes da pesquisa possuem certo conhecimento de que o HIV pode ser transmitido por via sexual ou sanguínea, apesar de não ser suficiente para que as pessoas em fase de envelhecimento possam adotar comportamentos preventivos e protetores para si e para os companheiros (SILVA, 2002).

3.2.3 O Processo de Prevenção: atitudes, práticas e informações de pessoas em processo de envelhecimento

A terceira categoria denominada “O Processo de Prevenção: atitudes, práticas e informações de pessoas em processo de envelhecimento” registra as percepções sobre a prevenção entre as pessoas em processo de envelhecimento, mostrando que estão vulneráveis à infecção pelo HIV. Essa categoria de análise demonstrou 67 unidades de registro, equivalente a 8,54% do total de unidades.

Embora observe um aumento do número de casos de infecção pelo HIV/Aids em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos de idade, não é comum que essa população considere o risco de contrair a doença. Apesar de poder se envolver em sexo desprotegido, não se percebem vulneráveis à infecção pelo HIV. Os temas da prevenção e da sexualidade para a população idosa, que já não tem a preocupação com a anticoncepção, são tratados pela literatura destacando aspectos relativos ao desempenho e às disfunções sexuais, dando menor ênfase à promoção da saúde sexual e à prevenção da Aids (ÓLIVI, 2008).

As ações de promoção da saúde devem considerar o comportamento sexual das pessoas, as informações sobre suas práticas sexuais, além de atentar para quais informações ou o que os indivíduos idosos conhecem sobre o HIV/Aids. Para Ólivi (2008): “a compreensão sobre as práticas sexuais e o conhecimento que as pessoas têm sobre a doença pode acrescentar evidências sobre os fatores de risco e de proteção em relação à doença”.

Um importante resultado do presente estudo, relativo ao comportamento sexual, foi quanto à prática do sexo desprotegido. Os sujeitos entrevistados evidenciam que possuíam conhecimento da importância do uso do preservativo na prevenção da Aids, no entanto, não usavam o preservativo nas relações ou interrompiam o uso. Carret (2004) afirma que apesar do conhecimento sobre as formas de transmissão da Aids, são poucos os adultos na maturidade que dizem usar preservativo em todas as relações sexuais.

É, na época eu só tive um parceiro. Aí depois eu fui conhecendo, tive vários relacionamentos. Aí não me preveni. Um que eu não usava preservativo. E outra, que ele não usava. Aí foi nisso que eu acabei pegando a doença.(...) Eu

andava com preservativo, mas na época eu até... aí na hora você até esquece de usar preservativo. (Sujeito 7, 56 anos, masculino)

As vezes usava camisinha. É por isso que depois de eu pegar esta doença eu parei com isso. Não faço mais nada com ninguém. (Sujeito 12, 50 anos, masculino)

Silva (2005) afirma que a maior parte dos idosos reconhece o condom como forma de prevenção, apesar de que para os mesmos o uso não deve ser frequente quando se trata de sexo numa relação estável com um parceiro, confirmando a premissa do uso do preservativo somente nas relações extraconjugais e com pessoas não conhecidas. As falas dos depoentes confirmam isso:

Não porque o meu marido... até aí eu não tinha desconfiança dele tem muitos anos e, ele morreu agora tem pouco tempo com um problema de coração, mas ele não tinha isso não. (Sujeito 2, 70 anos, feminino)

E eu nunca tive aquela preocupação porque ele disse para mim que era doador de sangue, então, já que doa sangue não pode ter uma doença. Eu acreditava! (Sujeito 1, 50 anos, feminino)

Eu jamais iria desconfiar de alguma coisa. Sempre foi ele. Namorei, casei com ele. Não tinha mais ninguém. Não podia imaginar. Eu só soube que ele tinha outras pessoas quando ele faleceu. E depois que foi descobrir isso. Que eu tinha o HIV. (Sujeito 10, 60 anos, feminino)

De acordo com o Programa Nacional de DST/Aids, o percentual de pessoas que possuem entre 50 e 59 anos de idade que usam preservativo é quase nulo. O conhecimento é maior entre as pessoas de 25 a 39 anos, entre os mais escolarizados e entre as pessoas residentes nas regiões Sul e Sudeste.

As pessoas em fase de envelhecimento também não percebem como importante o uso do preservativo, pelo fato de não se sentirem expostos ao HIV/Aids, dificultando a percepção da vulnerabilidade individual (SILVA, 2002).

O uso do preservativo pelas mulheres como forma de prevenção, e não como método anticoncepcional, ainda não é uma prática internalizada. As mulheres com idade acima de 50 anos que participaram deste estudo revelaram pouca percepção do risco, sentindo-se como vítimas ao contrair a síndrome. Essa percepção pode estar relacionada à sensação de proteção, quando as mulheres possuem parceiro fixo e

estável ou se encontram no climatério ou na pós-menopausa (ÓLIVI, 2008). Foram vários os depoimentos a respeito do não uso de preservativo:

(...) então, eu fui inocente sabe, eu fui muito, muito inocente, então eu não tinha aquela preocupação nem noção da doença. Aí depois que eu peguei, que eu fiquei sabendo, aí eu quis me prevenir, aí eu já não aceitava mais. (Sujeito 1, 50 anos, feminino)

Não tinha ideia, não tinha experiência dessa doença. E não levava muito em conta. Inclusive fui chamada atenção até uma vez que eu tivesse, mas cuidado com a minha saúde porque eu podia também me contaminar. Aí não sei. (Sujeito 4, 54 anos, feminino)

O mais triste não é nem a doença em si, que já é, mas a forma que peguei. Eu só tinha ele, era meu marido e foi injusto duas vezes. A forma como foi pego conta muito. A credibilidade que depositei nele. Só que esse tipo pessoa assim. Eu acho que ele deveria pensar mais, quando tivesse o caso dele, sabe que é casado, botar mais na cabeça dele e falar com sua esposa. E não fazer isso na vida de outras mulheres. A maioria das mulheres que estão internadas foi o marido que passou. (Sujeito 11, 50 anos, feminino)

Ressalta-se, ainda, que existe a permanência de representações do início da epidemia que ancoravam a doença em grupos de risco e que dividiam as pessoas em “culpadas” e “vítimas”.

As relações sexuais após o diagnóstico são representadas como perigosas, passíveis de serem motivo de infecção do parceiro, justificando a abstinência ou a diminuição do número de relações sexuais mantidas, mesmo quando admitem o uso do preservativo. Isso aliado à culpa representada pelo risco e insegurança sentida pela pessoa infectada, não só pela possibilidade de infecção de um parceiro, mas em relação a uma nova exposição ao HIV (SILVA, 2002).

Não, nunca mais. Acabou. Se antes eu já não tinha. Depois piorou. Já tinha o que? Uns 10 anos que eu não tinha. Porque aí gelou, deu um nó.. Não dá. Porque eu acho que a preocupação com o vírus é mais forte. A preocupação em transmitir essa doença ou contaminar é mais forte. Fala mais alto. (Sujeito 4, 54 anos, feminino)

O apoio do parceiro é visto como fundamental para o enfrentamento do cotidiano com HIV, porém a manutenção de relacionamentos duradouros explicita representações sobre o casamento, a crença na fidelidade do cônjuge, além daquelas relativas ao risco de transmissão e ao fato de que a Aids é um elemento que pode

determinar a separação do casal e define as condutas com relação às práticas sexuais (COELHO, 2006).

Eu suspeito que foi com esse marido que eu convivo com ele. Por três vezes ele já me traiu. Ultimamente, eu não tenho nada com ele. A gente vive dentro de casa numa boa mas não tenho nada com ele não. (Sujeito 14, 50 anos, feminino)

Eu não adotava nenhum tipo de proteção porque...até aí eu não tinha desconfiança dele. Ele morreu tem pouco tempo com problema de coração, mas ele não tinha isso não. Depois dele, não tive mais homem nenhum. Meu último homem foi ele. (Sujeito 2, 70 anos, feminino)

Depois que ele ficou doente, que a gente tava morando junto três anos, ele começou a ficar doente, doente, resfriado, foi quando descobriram que estava com isso. Eu vim saber que ele tinha uma vida promíscua depois que teve uma entrevista com a médica aqui no hospital. Aí já era tarde. Não estava escrito na cara. (Sujeito 6, 55 anos, feminino)

A Aids é uma síndrome que foi descoberta na década de 80, época em que havia dificuldade de perceber a necessidade do uso do preservativo, pelos idosos mais atuais, pois essa prática não fazia parte de sua cultura, especialmente por aqueles em união estável (ÓLIVI, 2008). Portanto, o perfil da epidemia atual mostra ser imprescindível desenvolver orientações específicas a essa parcela da população.

Além disso, a falta de campanhas destinadas às pessoas em processo de envelhecimento faz com que esta população esteja geralmente menos informada sobre o HIV e menos consciente de como se proteger (FEITOZA, SOUZA E ARAÚJO, 2004). Estes fatores, associados à similaridade dos sintomas da Aids com outras doenças frequentes na velhice, levam a que os profissionais de saúde não solicitem o teste HIV nos exames de rotina, ocasionando diagnóstico tardio, atrasando o tratamento com antiretrovirais e diminuindo a sobrevida dessas pessoas (VIEIRA, 2004).

Ressalta-se que a produção de conhecimentos sobre práticas de prevenção à Aids deve considerar homens e mulheres de maneira singular no que tange a relações e comportamentos. A assimilação da prática de prevenção ao HIV passa também pela conscientização da equipe de saúde que atua nas Unidades Básicas de Saúde, nas Equipes de Saúde da Família e em qualquer outro serviço privado. Os profissionais de saúde apresentam dificuldade em considerar a vida sexual do idoso como realidade, não incorporando na agenda de trabalho as medidas preventivas destinadas a essa

população. O que se observa é a assistência para aquele grupo de pessoas com queixas já estabelecidas.

Por isso, é necessário que os programas de prevenção à Aids produzam recursos audiovisuais para as pessoas com idade superior a 50 anos, reforçando a promoção da saúde, com enfoque em sua sexualidade (ÓLIVI, 2008). Os depoentes afirmaram possuir um maior conhecimento sobre a doença somente a partir do diagnóstico:

Eu leio as revistinhas, eu leio a revista Saber Viver, e conversar muito pouco. Por que eu não me abri pra ninguém, só pra minhas. (...) Eu vim depois que descobri através de revista e conversar com algumas colegas do grupo. Aí eu passei a ter melhor conhecimento. (Sujeito 4, 54 anos, feminino)

(...) informação geral não, mas eu trabalhava em comércio, na época não existia CD era disco mesmo de vinil, então ali a coisa começou a se desenvolver com o Cazuza. Mas a gente não tinha aquela informação que hoje se espalhou por aí. (Sujeito 6, 55 anos, feminino)

Na minha época não havia informação sobre a doença como se tem hoje. A televisão não falava sobre isso muito menos se ouvia alguém dizer a respeito de camisinha. Era muito mais difícil. (Sujeito 9, 59 anos, feminino)

Sabe-se que não é rotina nas atividades de atendimento à pessoa em fase de envelhecimento a verificação do seu comportamento sexual, do conhecimento dos métodos preventivos e do uso do preservativo. Existe consenso de que a pessoa idosa é um ser assexuado, que não pensa em sexo e que não o pratica (POTTES, 2000). A atualização dos profissionais sobre mudanças de comportamento, perfil epidemiológico e contexto histórico da sociedade é de suma importância para melhorar as condições de vida e da saúde dessa população.

A prevenção do HIV/Aids entre pessoas com idade superior a 50 anos depende da conscientização sobre a existência do risco, fazendo com que a percepção de medidas adequadas contribua para a prática preventiva (ÓLIVI, 2008).

Para Silveira (2002), o termo “grupo de risco” foi substituído por “comportamento de risco”. Entretanto, a ideia de “grupo de risco” ainda persiste no entendimento e na percepção das pessoas em relação à transmissão e vulnerabilidade à Aids. Tal percepção foi captada nesta pesquisa quando uma depoente respondeu que alguns grupos de pessoas estariam mais expostos à Aids. Fontes (2006) afirma que a Aids é

vista como proveniente da promiscuidade e que pode causar a morte pois sua representação social está associada à uma doença que se apresenta como um evento social.

A forma como foi pego conta muito. Porque quando a pessoa procura, com prostituição, com drogas, fica com outra mente. Só que eu não procurei. Eu apenas acreditei em alguém. (Sujeito 11, 50 anos, feminino)

Pra mim não tinha mais importância de eu viver não. Eu achava que não merecia isso. Quando a pessoa é farrista, é saía, aí...quando a pessoa aprontou, procurou. Quando a pessoa é exata acho que não merece. (Sujeito 14, 50 anos, feminino)

Os avanços e conquistas em pesquisas e o uso das medicações para o tratamento da Aids são inegáveis. No entanto, no campo da prevenção, os programas precisam ser aprimorados, o que constitui um desafio para o Sistema Único de Saúde atuar com eficiência e eficácia, implementando ações para reverter à ascensão da incidência do HIV/Aids na terceira idade. Ainda são necessários muitos estudos para entender o fenômeno do envelhecimento, como também compreender a contextualização sociocultural dessa parcela da população para que seja contemplada com recursos efetivos para a saúde, a fim de acrescentar qualidade aos seus anos de vida (SILVA, 2002).

Perez e Gasparini (2005) encontraram no estudo sobre a vivência do idoso no processo de envelhecer com HIV/Aids, a importância da criação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde dos idosos e campanhas de prevenção a DST/Aids, promovendo melhora na qualidade de vida das pessoas próximas à terceira idade.

Os serviços e os profissionais de saúde devem potencializar a presença das pessoas em processo de envelhecimento e prestarem um atendimento integral, tanto nos aspectos relacionados à sexualidade, quanto aos comportamentos e conhecimentos sobre HIV/Aids (CALDAS, 2004).

Os resultados desta categoria mostraram que os idosos infectados não souberam informar ao certo como adquiriram o HIV e ficou claro pelas falas, que as mulheres evidenciaram possuir uma visão acerca do casamento, pautada na confiança

em seus parceiros, não fazendo uso do preservativo como deveriam, assumindo um comportamento de risco frente à infidelidade masculina.

3.2.4 Estigma, Preconceito e Discriminação: sentimentos e comportamentos de pessoas em processo de envelhecimento

A quarta categoria, “Estigma, Preconceito e Discriminação: sentimentos e comportamentos de pessoas soropositivas no processo de envelhecimento” foi a segunda maior categoria com 159 unidades de registro com um percentual de 20,28%.

A Aids trouxe à tona, de forma assustadora, os fantasmas construídos no imaginário social sobre a sexualidade e a morte, sobre a desfiguração e enfraquecimento físico, sobre a vulnerabilidade do outro. Mais do que qualquer outra doença crônica na era moderna, a Aids revelou relação ainda não resolvida com a diferença e os diferentes, associando o medo da diferença com a discriminação, o estigma e o preconceito (PARKER, 1994).

A Aids, desde o começo, foi apresentada como uma síndrome incurável e fatal, sem esperança e sem outro destino que não a morte. De acordo com Herbert de Souza, o Betinho (SOUZA, 1992), essa visão fatalista foi responsável pela disseminação de condutas discriminatórias, desumanas e terroristas em relação às vítimas da doença. Muita gente tomou carona na tragédia para expressar todos os seus preconceitos e culpar as vítimas e suas condutas, ao invés de atacar a causa real da doença: o vírus.

Esses fatores passados, ainda estão presentes, gerando associações simbólicas com a doença que atingem profundamente os indivíduos infectados, influenciando-os na percepção de sua doença, como também no comportamento de outras pessoas frente a eles, resultando em sentimentos de ansiedade, motivados pelo medo da rejeição social (SALDANHA, 2003).

Embora se tenha alcançado vitórias em relação ao HIV/Aids, principalmente em relação ao desenvolvimento de novos tratamentos e terapias para pessoas que vivem com HIV, muito menor têm sido o esforço de superar o impacto do estigma e da

discriminação na vida das pessoas afetadas pela epidemia (PARKER E AGGLETON, 2001).

Para Goffman (1988), o estigma é como um atributo profundamente depreciativo e que serve, aos olhos da sociedade, para desacreditar a pessoa que o possui. O autor acredita que o indivíduo estigmatizado é visto como uma “diferença indesejável”. Observa também, que o estigma é visto pela sociedade com base no que constitui diferença ou desvio e que é aplicado por meio de regras ou sanções, resultando num tipo de identidade deteriorada para a pessoa em questão, originando discriminação e preconceito.

Desta maneira, pode-se dizer que a Aids apresenta duas dores, a dor da própria enfermidade e a dor dos olhos dos outros. Assim, o medo da rejeição no ambiente de trabalho e no meio da família, afetam de forma contundente os portadores. Os sentimentos de ansiedade, perseguição e dúvida surgem, podendo constituir-se em elementos estressores no cotidiano de cada um (PROVINCIALI, 2005).

Para Fontes (2006), os estigmas, estereótipos e preconceitos determinam as práticas de discriminação e a falta de integração social, adicionado a perdas afetivas, sociais, profissionais e de saúde que significa uma morte em vida para os sujeitos em fase de envelhecimento soropositivos.

Um dia minha mãe chegou em casa apavorada. Uma prima nossa, tinha dito pra comunidade que eu estava com Aids. Eu senti na minha mãe o pavor do que realmente o que é estar com Aids. (Sujeito 9, 59 anos, feminino)

Desde o início da construção social da síndrome, observa-se a Aids como uma doença excludente, provocando situações de estigma, vivenciadas ou apenas imaginadas. A representação da Aids como uma síndrome que exclui, está relacionada à identificação do indivíduo como pertencente a grupos específicos da população, os homossexuais. Nesse contexto, permanecem crenças de que o portador transmita a síndrome através do toque, do beijo e do convívio social.

Para Jodelet (1998) isso é conhecido como “falsas crenças”, destacando que as mesmas possuem caráter mutável, provêm de vários universos de referência e estão condicionadas a fatores imaginários ou pertinentes. Enfatiza, ainda, que as informações difundidas pelos canais oficiais podem atuar como um moderador das “falsas crenças”,

podendo ser parte dos discursos de indivíduos que possuem um bom nível de informação.

No grupo estudado prevalece a imagem de uma síndrome degenerativa, sendo associada à condição de “aidético”, despertando sentimentos de piedade. Porém, a imagem do doente fraco, caquético e feio está sendo substituída pela imagem do portador saudável, devido aos avanços em relação ao tratamento.

O preconceito foi marcante e contínuo neste sentido, em vista de que este se fez presente em diversos fragmentos discursivos dos nossos sujeitos e em achados de diversos autores. O preconceito e a discriminação, ainda que menores atualmente, continuam a existir na sociedade em relação aos sujeitos soropositivos, nitidamente sob a influência da condição de doença sem cura que a Aids ainda remete.

Alves e Ramos (2002) referem que, ao falarmos de doenças que trazem consigo o preconceito e discriminação social, a Aids é a que traz um estigma maior, pois remete ao sexo, ao sangue, ao homossexualismo, à prostituição e à comportamentos socialmente rejeitados, fazendo fluir nas pessoas pensamentos e sentimentos omitidos. Quando estas dificuldades não são discutidas, são reforçados sentimentos de desconfiança, hostilidade, angústia e até o abandono do tratamento (MALBERGIER; STEMLIUK, 1997).

Para Tunala (2001), o estigma permanece mesmo após o uso da terapia dos antiretrovirais (ARV), pois estaria também ligado aos efeitos adversos do medicamento, que podem trazer mudanças físicas.

Sendo assim, a doença torna-se algo particular, inerente aos indivíduos soropositivos. Eles não a socializam, pois temem, por parte da sociedade, atitudes preconceituosas e discriminatórias, que podem se apresentar de maneira velada ou declarada. Por isso, a necessidade de silenciar-se em relação à sorologia positiva se faz presente, a fim de afastar o preconceito e a discriminação (PROVINCIALI, 2005).

Os entrevistados relataram que vivenciar a discriminação e o preconceito após a descoberta do diagnóstico foi uma experiência com significados.

O mais chato é que a gente não pode abrir a boca e falar pra tudo quanto é colega. O que eu acho ruim é só isso. A gente tem que se resguardar e não comentar devido a preconceito. Isso é o que eu acho mais ruim. Eu acho horrível. (Sujeito 4, 54 anos, feminino)

Essa doença eu não tenho bem base nela porque quando a gente pega este preconceito em cima da doença. A gente sabe responder alguma coisa. Mas quando a gente não tem o preconceito daquilo, então a gente fica meio difícil. Então não dá. Agora que eu vim saber de alguma coisa, então agora que eu vou entrar em opção com ela. (Sujeito 5, 58 anos, masculino)

Os relatos desta pesquisa corroboram para identificar que as concepções dos profissionais de saúde acerca da Aids entre pessoas em processo de envelhecimento também está intimamente associada ao preconceito e aos estereótipos negativos da síndrome.

No hospital mesmo, quando alguém chegava, ah porque tinha vírus, aí eu não falei, eu não cheguei a falar. Até pedi desculpa ao rapaz, que teve que costurar minha cabeça, estava costurando sem luva, mas eu na hora também eu não fiz nem por maldade, porque tava tonta do tombo, tava sentindo uma tonteira muito grande. (Sujeito 1, 50 anos, feminino)

Eu ouvi o conselho de um rapaz que era soropositivo também, era até travesti e disse: ó convive com a doença, você tem que aprender a viver. Aí eu falei assim, não, mas eu to tranquila. E depois com o próprio médico da perícia, aí ele falou pra mim. Chorei muito no dia, falei: doutor não me discrimina não, não desfaz de mim não, porque eu não era uma mulher errada, eu era uma mulher casada e adquirei de meu marido. Eu não sabia porque eu fiz e tô revoltada com ele, não estou mais com ele, e não quero mais saber dele. (Sujeito 20, 50 anos, feminino)

Como pode ser visto nas falas acima, as pessoas idosas com HIV/Aids são discriminadas e isoladas do convívio com outras pessoas, apesar do conhecimento que se tem sobre as formas de transmissão. Essa discriminação ocorre, também, na própria família:

Olha, por incrível que pareça, meu pai, eu passei por uma situação. Depois de uns três anos depois que eu fiquei sabendo, eu resolvi falar pra ele. Eu moro numa casa dele, então, eu tive medo de meus filhos sofrerem. De eu morrer e meus irmãos tomarem a casa. Então eu resolvi falar pro meu pai. Tudo bem, aceitou numa boa, direitinho.(...) Ele virou pra mim e disse assim: minha filha, não leva mal não o que eu vou te falar? Assim, esse beijo que vocês dão, não tem problema nenhum não? Aquilo pra mim foi uma morte. Dali pra frente nunca mais beijei ele. (Sujeito 6, 55 anos, feminino)

Nesse sentido, Brook (1999) diz que o suporte social da família está associado ao bem estar psicológico, e que o suporte dos amigos é útil para a modificação de hábitos de vida, no abandono de comportamentos sexuais de risco e do consumo de

drogas, o que contribui não só para a prevenção, mas para uma maior adesão ao tratamento.

Não escondo não. Que que adianta eu esconder, porque um dia a pessoa vai acabar descobrindo. Na época quando eu descobri era mais reservado, agora, falo mesmo. Eu falo que sou soropositivo, ando com meus medicamentos às vezes. Eu tomo meu medicamento, falei que sou soropositivo mesmo. Aí é normal. As pessoas me aceitam normal. Vou na casa de muita gente conversar sobre isso. Tenho o mesmo tratamento. Sem discriminação sobre isso. (Sujeito 7, 56 anos, masculino)

Saldanha (2003) afirma que o modo como as famílias se adaptam à síndrome é um reflexo do seu relacionamento, de suas histórias e do contexto sociocultural no qual estão inseridas. Quando esse relacionamento é satisfatório, o nível de compreensão e de receptividade é maior, trazendo à pessoa que se encontra fragilizada diante da doença um fortalecimento por meio das relações de ajuda e afeto.

O preconceito atinge os indivíduos, influenciando na percepção de sua síndrome e no comportamento de outras pessoas frente a ela. Como resultado, observa-se sofrimento, conforme as falas abaixo:

Perdi a maioria dos meus amigos. Mas eu não ligo não. Eu não ligo não porque minha mãe não me abandonou, então. Depois que eu contei, ela me ama mais do que antes. Me protege. (Sujeito 13, 50 anos, masculino)

Muitas das vezes me deparo com as pessoas falando de outras pessoas com a doença HIV, mas estou sentada aqui ao lado da pessoa falando: ah, não fica perto daquela não porque ela tem o HIV e, eu to aqui sentando perto dela e... (sorrisos). Quando a gente vê começo a rir. Tudo pra mim é motivo de rir muito. Eles falam: ta rindo, o negócio é sério. Eu digo: eu sei que o negócio é sério. (Sujeito 2, 70 anos, feminino)

Castanha (2006) afirma que:

O preconceito em torno da doença faz com que os portadores se tornem carregados de culpa diante do que não podem reverter. Dessa maneira, contrair o HIV implica numa transgressão que favorece uma estereotipia de acusações e culpa individualizada, cujos comportamentos são representados como ameaça à sociedade por serem portadores de uma doença tão temida.

O julgamento é uma das faces mais sombrias e cruéis do adoecer de Aids, pois cria uma determinada identidade social, fazendo dessas pessoas seres distintos e desiguais. Sousa (2004) diz que o silêncio, o sigilo e o segredo assumem identidade

própria, visto que para uma parcela da sociedade, a doença está associada ao pecado e à vergonha, sendo fruto de comportamentos desaprovados.

O meu irmão que falou quando eu estava internada, mas as pessoas não chegam pra perto de mim e pergunta: olha, você tem isso? Não, as pessoas sabem, mas não falam. Eu sei que sabem. E, eu também não tenho coragem de falar porque eu fico envergonhada. Por isso que eu só venho neste grupo. Até pra pegar o remédio ali, se tiver muita gente eu fico envergonhada. (Sujeito 10, 60 anos, feminino)

O segredo vem acompanhado do receio da morte social, do preconceito, do estigma que impõe para os sujeitos a necessidade de ocultar sua condição. Ser “clandestino” torna-se uma estratégia para o convívio com o HIV/Aids, pois não falar da situação para amigos e familiares é uma forma de afastamento da condição estigmatizante relacionada ao viver com HIV/Aids (COELHO, 2006).

Observa-se nesta categoria, portanto, a permanência de preconceito e discriminação das pessoas em fase de envelhecimento que são soropositivas para o HIV. Essas representações permanecem apesar da evolução dos conhecimentos e das tecnologias.

3.2.5 Enfrentando a Soropositividade: dificuldades e mecanismos de proteção

A quinta categoria, referente às reações das pessoas em processo de envelhecimento frente ao diagnóstico da infecção pelo HIV, apresentou como temática: “Enfrentando a Soropositividade: dificuldades e mecanismos de proteção”. Essa categoria destacou-se das demais por apresentar 167 unidades de registro (UR), o que corresponde a 27% do total de UR.

A descoberta da condição de soropositivo para o HIV ocorre quase sempre no grupo de idosos em função do surgimento de alguns sintomas, não havendo a percepção de risco para o HIV/Aids.

Quando eu tive o diagnóstico fiquei muito surpresa. Eu quase pensei que ia morrer do dia pra noite. Aí fiquei preocupada com minha filha, minha família (...) (Sujeito 1, 50 anos, feminino)

Além disso, os médicos raramente consideram que seus pacientes mais velhos possam ser contaminados pelo HIV, pois muitos os veem como assexuados, e, com isso, dificilmente perguntam sobre a sua vida sexual ou discutem os fatores que reduzem os riscos ao HIV (INELMEN, GASPARINI E ENZI, 2005). Com isso, o teste HIV que deveria ser feito também nos idosos, dificilmente acontece, adiando ainda mais a descoberta do vírus nessa faixa etária

Para Ferreira (1999), a reação das pessoas frente ao diagnóstico de soropositividade surge espontaneamente, como o medo da doença, vivências de culpa ou receios relacionados às respostas sociais.

Foi observado nas falas dos depoentes que o recebimento do diagnóstico positivo para o HIV acarreta, inicialmente, grande impacto, despertando reações e sentimento desestruturantes e acionando mecanismos de defesa para fazer frente aos medos e angústias decorrentes do estar contaminado. Torna-se relevante ressaltar que, apesar do espaço decorrido entre o momento da recepção do diagnóstico positivo e a data das entrevistas, os relatos emergiram carregados de emoção (PROVINCIALI, 2005).

Pode-se notar que a primeira reação do paciente é um estado temporário de choque do qual ele se recupera gradualmente, no entanto, a negação inicial se mostrou evidente nos sujeitos estudados. A naturalização da síndrome é outro tipo de enfrentamento utilizado pelos participantes, ou seja, tornar as coisas as mais normais possíveis, sem procurar informações ou situações que tornem a soropositividade presente no seu cotidiano. Suas energias são despendidas em fatores de resolução imediata do seu dia a dia, e estes ocupam todos os seus pensamentos, relegando a soropositividade para segundo plano.

Normal. Não me desesperarei porque aconteceu, sabe. Na época teve muita gente quando eu descobri. Teve gente que entrou em desespero, sabe. Aconteceu comigo, o que eu posso fazer. As pessoas queriam se matar, sabe. Eu agi normalmente. Eu falei: eu vou me tratar. (...) Agora e vou me tratar até o dia que puder. (Sujeito 7, 56 anos, masculino)

A negação funciona como um para-choque depois de notícias inesperadas, permitindo que o paciente se recupere com o tempo. Geralmente a negação é uma

defesa temporária, sendo substituída por uma aceitação parcial (KUBLER-ROSS, 1998).

A racionalização se apresenta, também, como um importante mecanismo de defesa, podendo auxiliar na sobrevivência e manutenção de uma estrutura psíquica, permitindo a pessoa processar e elaborar sua nova condição de vida (PROVINCIALI, 2005).

Me controlei porque já aconteceu, então não tem mais jeito. Agora é cuidar, tratar e pronto. (Sujeito 5, 53 anos, masculino)

Não boto nem na cabeça que tenho essa doença. Pra mim não tenho nada. Logo, no começo, eu fui pro Psicólogo e chorava muito, mais depois me conformei. Assim, levando uma vida que não tem nem doença. Se eu for botar na cabeça, né, até morre. (...) Tem que viver assim. Só se tratar somente. (Sujeito 9, 59 anos, feminino)

No entanto, reações de descontrole emocional também foram relatadas pelas pessoas entrevistadas ao receberem o diagnóstico. Essas reações foram as seguintes: ficaram desesperadas, tontas, agitadas, apavoradas, chateadas, tristes, o mundo veio abaixo, ficaram sem comer, queriam quebrar tudo, não sabiam o que fazer e choraram muito, como demonstram os depoimentos abaixo.

No início foi duro, mas foi por pouco tempo. Eu chorava muito. Entrei em desespero, fiquei desesperada. (Sujeito 2, 70 anos, feminino)

Quando cheguei no Hospital para me tratar, me disseram que eu tinha HIV. Eu saí dali tonta, andei de cima pra baixo, descobri que tinha o HIV, descobri que tinha o vírus da Aids. (Sujeito 4, 54 anos, feminino)

Depois do diagnóstico eu fiquei revoltada. Eu fiquei apavorada. Fiquei em pânico. Mais assim, eu não demonstrava. Mais o meu eu, nunca aceitava, de jeito nenhum, de maneira nenhuma. Até hoje eu não aceito. Tanto é que eu vivo assim um pouquinho porque tem que viver. (Sujeito 6, 55 anos, feminino)

Fiquei muito triste, chorava muito. Depois eu me conformei. Fiquei quieta. Mais logo no começo, fiquei muito triste. Aí me deram muito conselho, me ensinaram como é. Aí fiquei quieta. Fazer o que mais, né. (Sujeito 9, 59 anos, feminino)

O impacto da notícia do diagnóstico positivo e a convivência com a síndrome são, às vezes, carregados de sentimentos intensos de aniquilação pessoal, angustiantes, onde o desejo de morte está presente como intenção de por fim a um

tormento. Nesse contexto, a presença da Aids também é decodificada como morte simbólica.

Quando eu saí da sala ao saber do diagnóstico, minha vontade era de me jogar pela janela. Eu tive vontade. Mas eu fiquei dois dias sem comer. Fiquei internada sem comer, sem falar com ninguém. (Sujeito 10, 60 anos, feminino)

Eu não conseguia fazer nada. Eu não aceitava aquilo. Isso pra mim foi como morte. Fiquei psicologicamente arrasada. (Sujeito 6, 55 anos, feminino)

No que diz respeito à sexualidade, observam-se dois tipos de comportamentos: os que mantiveram uma vida sexual ativa e os que optaram por abster-se sexualmente, como pode ser observado nas falas abaixo:

Mantenho prática sexual mesmo após o diagnóstico. No começo a gente até adota, fica firme. Mas depois de algum tempo, os maridos não aceitam mais o uso do preservativo. (Sujeito 11, 50 anos, feminino)

Não, nunca mais. Acabou. Se antes já não tinha, depois piorou. Já tinha o quê? Uns dez anos que eu não tinha. Porque aí gelou. Deu um nó. Não dá. Porque eu acho que a preocupação com o vírus é mais forte. A preocupação em transmitir essa doença ou contaminar é mais forte. Fala mais alto. (Sujeito 4, 54 anos, feminino)

Depois do diagnóstico não tive mais nada com ele. Fiquei com trauma mesmo. Pavor, pavor. (Sujeito 6, 55 anos, feminino)

Saldanha (2003) afirma que a revelação do resultado de soropositividade representa, muitas vezes, a ruptura do casamento, a suspensão de investimentos afetivos e sexuais, além do surgimento de uma identidade socialmente desviante.

O isolamento é comum entre os portadores, como resposta ao estigma advindo da sociedade. Manter sigilo quanto à condição de soropositividade parece ser a alternativa considerada mais adequada pelas pessoas soropositivas, podendo resultar na exclusão da vida social e de relacionamentos sexuais (TEIXEIRA, 2000).

O isolamento é retratado na fala abaixo:

Eu não boto a cara no mundo. Meu negócio é me esconder de tudo. Pra mim não dá pra encarar mais nada. Eu não gosto de sair. Me tranquei comigo mesma e não me sinto bem no meio das pessoas. (...) Eu mesmo me afastei de todos os meus amigos. Então, eu procuro me resguardar e ficar no meu

cantinho. Não quero dar trabalho pra ninguém. Então eu fico em casa. (Sujeito 6, 55 anos, feminino)

A Aids em sua evolução como síndrome é associada a transtornos psiquiátricos, sendo o mais comum à depressão. De acordo com Rodin, Craven e Littlefield (1991), observa-se nos clientes com HIV/Aids uma porcentagem de 11 a 30% de prevalência de transtornos depressivos.

O diagnóstico e o tratamento são fundamentais para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, no entanto Malbergier (2001) afirma que 50 a 60% dos casos de depressão não são diagnosticados. Portanto, existem dois dados alarmantes, por um lado está o alto índice de depressão e, por outro, o baixo número de casos diagnosticados.

A depressão, conforme Lafer e Amaral (2000) é uma sensação persistente e constante de que o sujeito não tem valor, o mundo não tem sentido e que não existe esperança para o futuro. As principais causas da depressão em pacientes soropositivos estão associadas a: impacto psicológico da descoberta da infecção; início dos sintomas físicos; evolução da doença e limitações impostas por ela; as complexas questões psicossociais envolvidas; pode estar relacionada à invasão do HIV no sistema nervoso central, por infecções oportunistas ou tumores intracranianos; a infecção por atingir classes de pessoas com maior incidência de quadros depressivos pode precipitar o quadro em indivíduos predispostos.

No contexto da soropositividade, a depressão possui características e implicações próprias por influenciar, dentre outros fatores, na adesão ao tratamento. Para Melchior (2000), muitos são os elementos que podem interferir na adesão ao tratamento, dentre os quais a saúde mental. Segundo o autor, existe uma menor aderência de pessoas com quadros depressivos e ansiedade.

No começo quando eu soube do diagnóstico chorei muito, fiquei muito preocupada, entrei em depressão, não queria tomar os medicamentos, fiquei com Psicólogo, aquela coisa toda. Aí eu resolvi tomar os medicamentos. (Sujeito 1, 50 anos, feminino)

Entre em depressão profunda e me droguei durante quase um mês, mesmo tomando remédio quase morri.(...) Tem dias que dá uma tristeza, uma depressão do caramba. Mas eu pego o meu short, minha cachorra e, vou passear, falo com um, falo com outro, às vezes morrendo de vontade de chorar,

mas não vou dar mole não. Tenho filha, tenho mãe. Ta feito, ta feito. (Sujeito 3, 54 anos, feminino)

Ainda, nesse sentido, Malbergier (2001) coloca que uma pessoa deprimida tende a não aderir ao tratamento, a não tomar as medicações prescritas e a não acatar as orientações médicas, conforme a fala abaixo:

Depois do resultado não quis tomar os remédios. A reação dos medicamentos era muito forte e eu não queria tomar. Só o que vai acontecer se eu não tomar? Eu vou mais rápido, eu pensei. (Sujeito 1, 50 anos, feminino)

Observa-se nesses dados que a Aids está ancorada nas doenças psicoafetivas, principalmente a depressão, no entanto reações positivas podem ser desenvolvidas por alguns sujeitos, como a elevação da autoestima, em resposta aos desafios colocados pela síndrome, conforme as seguintes falas dos sujeitos:

Eu to muito apaixonada por mim.(...) Aí eu fui me olhar no espelho e tinha um décimo de cabelo, porque eu tinha maior cabelão. Tava uma porcaria, magra pra caramba. Me apaixonei por mim e to cuidando disso aí. Eu não quero ninguém na minha vida não. (Sujeito 3, 54 anos, feminino)

Depois que eu fiquei sabendo do diagnóstico, eu procurei me dedicar só a mim mesma, a me cuidar mais, mas não ficar procurando saber mais porque senão eu vou colocar coisa na minha cabeça e entrar em depressão. (Sujeito 1, 50 anos, feminino)

Os atores sociais relataram que após o diagnóstico passaram a dedicar um cuidado maior em relação a si mesmo e a dar mais valor à vida, adquirindo respeito próprio e crescimento pessoal.

Portanto, as principais reações que emergem quando os idosos descobrem que são soropositivos giram em torno da busca de normalidade e aceitação da doença, sem fazerem quaisquer associações com os problemas cronológicos advindos com a idade. Por outro lado, encontra-se um grupo que enfrenta a doença de forma bem emotiva, incluindo sentimentos de raiva, ódio, desespero e outros sentimentos negativos, que apenas depois de decorrido muito tempo chegam à aceitação da condição de soropositividade e das consequências impostas por ela.

3.2.6 (Con) Viver/Estar com HIV/Aids no Processo de Envelhecimento

A sexta categoria refere-se a “(Con) Viver/Estar com HIV no Processo de Envelhecimento”. Essa classe temática possui 125 unidades de registro o que corresponde a 15,91%. Das temáticas apreendidas pelos sujeitos em fase de envelhecimento soropositivos, as que emergiram foram: reconhecer o HIV próximos à terceira idade como normal e ocupar o tempo livre com atividades.

A assistência à pessoa da terceira idade que convive com HIV/Aids deve ser orientada por uma abordagem adequada, a fim de desvendar medos, preocupações e reações psicossociais próprias no enfrentamento da síndrome no cotidiano, levando em consideração a realidade do paciente.

Na convivência com a Aids destacam-se os seguintes conteúdos: estigma e outras dificuldades decorrentes do contágio, referindo às questões de ordem particular e manifesto de desagrado frente às dificuldades materiais, sociais ou afetivas do dia-a-dia; incapacidade para o trabalho devido aos sintomas e sequelas de doenças atribuídas à Aids; dificuldades de reintegração social, na comunidade em geral e nos círculos mais íntimos e na família em particular; baixa autoestima e a culpabilidade; conformismo diante da doença e da morte, decorrente da idade avançada, de crenças religiosas e da transferência do foco da preocupação com a morte para as questões mais concretas da sobrevivência.

Sendo assim, os dados referentes à esta categoria são apresentados, a fim de conhecer um pouco da experiência, de cada pessoa em processo de envelhecimento entrevistados portadores do HIV/Aids.

De acordo com o grupo de sujeitos estudados e seus respectivos discursos, percebeu-se que a Aids e a condição de soropositivo para o HIV foi incorporada à vida destes indivíduos de formas distintas, contudo, afetando-os profundamente.

Para alguns deles, parece não ter havido mudanças drásticas no estilo de vida. A condição de estar com HIV/Aids foi incorporada como mais um aspecto a ser vivenciado, não interferindo no modo de vida anterior ao diagnóstico.

Trabalho normal. Me divirto normal. Rola algumas coisas que é bom evitar: bebida, aquelas farras de noite que eu tinha antigamente. Mas trabalhar e descansar. (...) Fora isso, a mesma coisa como se eu não tivesse nada. Não faz diferença nenhuma. Frequentava academia até meu dinheiro diminuir. (...) Fora isso, não mudou praticamente nada. (Sujeito 8, 50 anos, masculino)

Eu faço o que é normal. Eu não tenho assim, aquela vida de desespero, não tenho não. Porque tem pessoas que não se conformam. Tem aquela vida com desespero. Mas eu não faço a vida de desespero não. Sei que tudo pode acontecer enquanto a gente vive. E quando a gente bota isso na consciência, então, a gente não vive tão desesperada. (Sujeito 2, 70 anos, feminino)

Apesar dos medos e dificuldades de convivência com alguns elementos estressores do dia-a-dia e da própria doença, o desejo de viver e aproveitar a vida ainda são preservados, originando sentimentos de esperança os sujeitos buscam aproveitar o tempo com ocupações e distrações, além de reconstruir uma forma particular de conviver com o HIV/Aids.

Eu quero viver, eu sinto vontade de viver. Eu sinto que sou útil. Eu sinto que faço muita coisa pra alguém. Sinto esse desejo ainda de fazer. Então, eu sinto vontade de viver. Eu não sei se tem outra coisa a mais que me impede, mas eu só sinto vontade de viver. (Sujeito 2, 70 anos, feminino)

Meu negócio é assim: quero fazer o hoje, o agora. Não esperar o amanhã. Eu nunca vou esperar o amanhã. Porque eu sei como é que vai ser o amanhã. (Sujeito 6, 55 anos, feminino)

Tenho o tempo bastante ocupado. Sobra pouco tempo para me preocupar com qualquer coisa. (Sujeito 4, 54 anos, feminino)

Os sujeitos preferem manter em sigilo que são portadores do HIV/Aids por receio de sofrerem discriminação e por sentirem vergonha da sua condição de soropositividade.

Não, eu não falo pras pessoas. O meu irmão que já falou quando eu estava internada, mas as pessoas não chegam perto de mim e pergunta: olha, você tem isso? Não, as pessoas sabem, mas não falam. Eu sei que sabem. E, eu também não tenho coragem de falar porque eu fico envergonhada. (Sujeito 10, 60 anos, feminino)

O cotidiano com a síndrome gira em torno das mudanças ocorridas e pela necessidade de voltar à normalidade anterior ao diagnóstico. Observa-se que a Aids está ancorada nas doenças crônicas, tais como o Diabetes e o Câncer, fenômeno

decorrente da introdução dos antiretrovirais, que permitiu que a doença assumisse um caráter de cronicidade, tornando-se “normal” com o passar do tempo, semelhante a outras doenças (CASTANHA, 2006). Para Saldanha (2003, p. 45) “Trata-se de um tipo de gestão racional da doença, em que as angústias despertadas pelo diagnóstico são canalizadas para as questões do cotidiano”.

Esse processo de cronicidade permitiu aos portadores do HIV/Aids com um maior tempo de diagnóstico, naturalizar a infecção e a síndrome como pode ser observado abaixo:

A doença pra mim é como se fosse um câncer. Eu acho o câncer ainda pior do que o HIV. Porque a Aids você vai tomando os medicamentos, agora, o câncer geralmente. Agora o câncer mesmo a pessoa se tratando ele vai se alastrando. (...) HIV pra mim foi criada em laboratório. (...) Isso é uma coisa pra poder eliminar um bocado da população. (Sujeito 7, 56 anos, masculino)

As falas descritas acima não deixam dúvida de que a vivência da soropositividade ao HIV/Aids é ambivalente. A morte que parecia ser imediata em presença do vírus, agora foi superada, passando a doença e o vírus a fazerem parte da vida cotidiana. Segundo Saldanha (2003), a definição dada à Aids enquanto síndrome é naturalizada ou negada entre os soropositivos com maior tempo de conhecimento do diagnóstico. Dessa forma, parte dos soropositivos que possuem pouco tempo de diagnóstico não vivenciam o processo de naturalização da síndrome.

Nascimento (2003) destaca que esse processo promove uma série de modificações, uma vez que as pessoas reagem de forma particularizada diante da realidade imposta. Alguns reagem de forma positiva, criando novas maneiras de agir adaptada à nova situação. Outros reagem negativamente, mostrando-se inseguros e incapazes de agir, pois não veem sentido para sua vida.

As mudanças no cotidiano percebidas como obrigatórias, estão em torno do tratamento e do enfrentamento da situação. Por isso, alguns encaram a doença como um ritual, afirmando ser necessário um autocuidado e qualidade de vida muito boa para evitar a progressão da síndrome.

Provinciali (2005) afirma que o tratamento médico em presença da soropositividade passa a ser visto como um recurso indispensável à sobrevivência, em

conjunto com os medicamentos e as mudanças de hábitos de vida inseridos no dia-a-dia destes pacientes para alcançar uma melhor qualidade de vida.

Olha, eu estou vivendo com ela, é o caso dessa doença ter que te obrigar. É o jeito que a gente tem de conversar com ela. Então tem que combater ela. Tem que combater. Tem que cuidar da saúde da coisa, porquês e deixar ela vai avançando. Aí o camarada fica ruim e vai avançando. Vou tomar os meus remédios, estes que eu já to usando, pra eu ficar numa boa. Se é que este remédio é pro resto da vida. (...) E, eu tenho que cuidar da minha vida.
(Sujeito 5, 53 anos, masculino)

Os relatos dos entrevistados apontam para um distanciamento da palavra HIV, pois a mesma objetiva o seu estado clínico e a sua condição de soropositivo para o HIV. Este comportamento revela uma maneira de se defender inicialmente frente ao processo de aceitação da síndrome.

Porque eu acho que a preocupação com o vírus é mais forte. A preocupação em transmitir essa doença ou contaminar fala mais forte. Fala mais alto. (Sujeito 4, 54 anos, feminino)

Foi constatada também a auto discriminação, em virtude da diminuição na autoestima e da deterioração da aparência física.

(...) agora que eu to com estes problemas de lipodistrofia fico um pouco envergonhada de botar uma blusa de alça. Agora eu vivo, mas com o corpo coberto porque eu gosto de usar blusa assim, e não consigo. (Sujeito 19, 65 anos, feminino)

Esses resultados expressam que as representações acerca da convivência com o HIV/Aids em indivíduos em envelhecimento estruturam-se na interface da pluralidade e complexidade do funcionamento de elementos comportamentais em busca de viver com qualidade mesmo diante da cronicidade do diagnóstico.

3.2.7 O Cotidiano de Utilização dos Antiretrovirais no Processo de Envelhecimento

A sétima e última categoria de análise, “O Cotidiano de Utilização dos Antiretrovirais no Processo de Envelhecimento” foi uma das menores, com 42 unidades de registro, representando um percentual de 5,35%.

A aceitação do tratamento traz concepções contraditórias. No início, é representado como uma tortura e é usado como meio de enfrentamento, o que favorece o crescimento das dificuldades vivenciadas no cotidiano. Para superação dessas dificuldades, contribui também o fato de que aceitar as normas e tomar os medicamentos com amor contribui para o prognóstico de obtenção de melhor resultado no tratamento (COELHO, 2006).

Os homens e mulheres que vivem com o HIV há mais de uma década, e estão envelhecendo com o vírus, podem possuir a chave para inúmeros questionamentos sobre a Aids. São pessoas que sobreviveram à pior fase da epidemia e conseguiram encontrar um equilíbrio na convivência com o vírus e os medicamentos. Sabem se cuidar exige seus direitos, são bem informados sobre a doença e discutem com os profissionais de saúde os rumos do tratamento.

O conteúdo afirmado aqui retrata um quadro de tratamento muito difícil, porém necessário, como para qualquer doença crônica e, como tal, é possível negociar com as regras definidas pelo médico. Os sujeitos constroem, com suas práticas, a percepção da importância do tratamento, a partir de uma outra mais antiga ancorada em certa ambiguidade frente ao uso de medicamentos: esquecer um horário, pular umas doses, falhar de vez em quando, dentre outras, não trarão um prejuízo grande, pois este negócio é para o resto da vida.

Nesse sentido, pode-se dizer que os entrevistados têm muita esperança nos antiretrovirais para melhorar suas vidas, prolongá-las e dar-lhes a chance de esperar a cura da Aids. Para Coelho (2006), essa confiança não é irrestrita e aparece como um jogo com partidas diárias, medindo-se cada lance como um teste de sobrevivência, mas se encontrando nas formas de esquecimento.

Eu faço tratamento, graças a Deus to bem. Tenho uma vida bem ativa apesar do meu tratamento. Tenho uma vida bem ativa, eu não paro.(...) Não posso me distrair do meu horário. É um ritual por onde eu andar. Quando eu andar, na hora tem que estar ali pra tomar o remédio. Se eu viajo o remédio ta na bolsa. Vou pra lá, vou pra cá o remedinho ta ali. Porque num descuido, a única prejudicada sou eu. (Sujeito 4, 54 anos, feminino)

Meu filho, o remédio eu não esqueço, tomo ele na hora certinha. Meu remédio é uma coisa muito sagrada. (Sujeito 2, 70 anos, feminino)

Nesse contexto, Torres (2006, p. 28), diz que:

a atitude de aderir ao tratamento é constituída pela estrutura da representação social do grupo de soropositivos, independente se esta atitude antecipa ou não a formação da representação social, uma vez que quando a atitude de adesão se antecipa, a representação social é formada para explicar o comportamento advindo dessa atitude.

Para ela, a aceitação é mais comum em tratamentos curativos do que nos preventivos, havendo uma adesão maior em situações sintomáticas, quando a quantidade de medicamentos é menor, quando as alterações propostas nas rotinas dos pacientes são simples e os efeitos colaterais são limitados, o que também foi explicitado na presente pesquisa. A autora afirma:

A Aids foi apontada como uma doença que traz dificuldades para os pacientes, mas que é possível viver e sentir-se bem através da utilização dos remédios antiretrovirais. Uma das maiores dificuldades apontadas pelos pacientes entrevistados foi a obrigação de tomar os remédios. Ter que usar a medicação é definido como um grande problema da doença (TORRES, 2006, p. 57).

Baseado nisso, encontra-se na fala dos sujeitos:

O que prejudica é a quantidade de medicamentos porque até desde o começo que eu comecei a tomar, eu só mudei uma vez, mudei um remédio, porque dava muito enjoo, muito vômito. Eu to pedindo a Deus que o médico suspensa porque ele dá muito sono. O dia que eu tomei eu quase morri, pois tem alucinação que deixa a gente meio tonta. Mas eu já aprendi a conviver a tomar ele, então levo na maior. Minha maior preocupação é ter que mudar os medicamentos. (Sujeito 1, 50 anos, feminino)

Às vezes eu to cansado, com dores nas pernas. Aí eu falo: não posso me entregar. Levanto, tomo meus remédios e vou à luta. (Sujeito 7, 56 anos, masculino)

Com relação aos efeitos colaterais dos medicamentos, a vinculação de estereótipos físicos aos portadores em fase de envelhecimento ao HIV/Aids, como magreza ou deficiência física, aparece nos discursos dos atores sociais:

Eu não precisava tá tomando remédio nenhum, não tava sentindo nada. Eu tava muito bem. E estes remédios pra mim foi a morte, porque não to sentindo nada e, agora to tomando isso aí. Agora to tomando isso, aí to pior. (...) Eu não aceitava tá tomando remédio. Tive uma lipodistrofia e fiquei nisso aqui que eu to hoje. Não posso nem me olhar no espelho mais. (Sujeito 6, 55 anos, feminino)

Eu não tenho problemas com o remédio, de tomar os remédios. Tomo dois de manhã e dois à noite e, graças a Deus eu não sinto nada. Não tenho enjoo, não sinto nada. Mas é ruim porque tá me fazendo lipodistrofia. Agora com estes problemas de lipodistrofia fico um pouco envergonhada de botar uma blusa de alça. Eu vivo mais com o corpo coberto porque eu gosto de usar blusa assim e, não consigo. (Sujeito 10, 60 anos, feminino)

Em estudo sobre os fatores psicossociais que dificultam a adesão ao tratamento de mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde, Tunala (2000), assinala o quão estigmatizante pode ser os efeitos colaterais do coquetel, dentre eles a lipodistrofia, principalmente pelo fato destas mulheres acharem que outros percebem sua condição de ser soropositiva através da aparência física ou pelos defeitos na imagem corporal.

Malbergier (2000) coloca que o portador do HIV apresenta ao longo da evolução de sua doença, alterações em seu corpo, seja pelo estado clínico ou pela medicação, que promovem impacto em sua autoestima.

Ainda nesse sentido, o idoso soropositivo sofre uma série de alterações relacionadas às perdas físicas, psicológicas e sociais, modificando a qualidade de vida. A autoestima diminui e a pessoa fica sem planos futuros, tomada pela tristeza e depressão.

Ressalta-se que a intervenção de enfermagem é de vital importância na tentativa de minimizar o sofrimento, dando suporte à adaptação das mudanças decorrentes da evolução da doença (ARPINELLI et al., 2000).

A Aids acarreta muitos sintomas, dentre os quais transtornos psicológicos e perda da qualidade de vida (MARTIN et al., 2002). Os antiretrovirais, apesar de propiciar uma melhora nos pacientes, não são suficientes, havendo a necessidade de uma abordagem dessas alterações, a fim de promover conforto e alívio para o idoso.

Cardoso e Arruda (2005) destacam que a história dos pacientes que aderiram ao tratamento medicamentoso é uma história de superação das dificuldades relacionadas, sobretudo, a adaptação da medicação ao estilo de vida.

Observou-se, então, que os sujeitos possuem representações sobre o tratamento que parecem ambíguas, mas que justificam atitudes de maior ou menor adesão, dependendo do que estão vivendo, de uma forma mais geral, e não só em relação ao tratamento.

Por outro lado, essas representações são acompanhadas de mecanismos psicológicos de defesa, tais como: negociação, negação, sublimação, dentre outros.

CONCLUSÕES

O presente trabalho teve como objetivo identificar, analisar e discutir as representações sociais das pessoas em processo de envelhecimento que convivem com HIV/Aids, buscando compreender a rede de significados construídos entorno do HIV e da Aids, bem como do compreender-se soropositivo.

Além disso, houve um esforço no sentido de contribuir para a informação da equipe de saúde, em especial a de enfermagem, para atuarem de forma compreensiva na assistência à pessoa em processo de envelhecimento HIV positiva.

A Aids é uma síndrome em que houve o desenvolvimento simultâneo da história médica e da construção do pensamento social em função da sua contemporaneidade, permitindo que os grupos sociais elaborassem representações baseadas na experiência cotidiana, mas também nas informações científicas veiculadas pela mídia e nas suas retraduições. Essas representações estão, portanto, ligadas a sistemas de pensamentos mais amplos, ideológicos e culturais, mas também à vida afetiva e privada dos indivíduos que construíram essas representações. Particularmente no caso deste estudo, os sujeitos trazem uma carga afetiva e vivencial derivada da experiência de viver com o HIV e com Aids, e também de se perceberem em processo de envelhecimento.

A Aids vem se confirmando como uma ameaça à saúde pública e a tendência sugere que, em pouco tempo, o número de idosos e de pessoas em processo de envelhecimento contaminados pelo HIV será ampliado significativamente, principalmente devido à vulnerabilidade física e psicológica, pouco acesso aos serviços de saúde, além da invisibilidade com que é tratada a exposição desse grupo ao risco de contaminação, seja por via sexual ou uso de drogas ilícitas. Além disso, a falta de campanhas destinadas aos idosos faz com que essa população esteja geralmente menos informada sobre o HIV/Aids e menos consciente de como se proteger, tornando-se vulnerável.

Para o desenvolvimento da proposta de estudo se fez necessário uma revisão de literatura relacionada ao tema, incluindo terceira idade e a Teoria das Representações

Sociais. Essa revisão foi essencial na medida em que possibilitou visualizar o envelhecimento e o HIV/Aids como fenômenos cada vez mais relacionados, permitindo levantar questões urgentes sobre a compreensão destes processos no interior da sociedade atual.

O atendimento dos objetivos implicou em compreender: as dimensões e os conteúdos que integram as representações sociais acerca do HIV/Aids entre pessoas em processo de envelhecimento; os fatores que contribuem para o aparecimento do HIV/Aids nesse grupo; as formas de enfrentamento da soropositividade e da síndrome adotadas pelas pessoas em processo de envelhecimento; e as estratégias utilizadas para a melhoria da qualidade de vida desse grupo social.

No que se refere às dimensões e aos conteúdos que integram as representações sociais acerca do HIV/Aids entre pessoas em processo de envelhecimento, observou-se a presença de crenças estereotipadas da Aids, tendo em vista que essa é percebida como uma doença incurável, perigosa, terrível, ruim, resultante do pecado e da irresponsabilidade em lidar com a sexualidade.

A permanência da imagem da morte nessa representação é vista como um momento de confrontação com uma realidade não concreta, pois apesar da queda da mortalidade observada após a universalização dos medicamentos antiretrovirais, ainda é concebida como doença incurável e mortal. A presença da imagem da morte na representação analisada aponta para uma ruptura com a vida presente e futura nesse grupo, porque se encontram em processo de envelhecimento, desenvolvendo a síndrome e sem um horizonte próximo de cura.

Por outro lado, a presença da morte nessa representação também revela uma contradição, uma vez que a síndrome também vem sendo ancorada nas doenças crônicas, tais como o câncer. Esse fenômeno é proveniente da terapêutica antirretroviral que possibilitou colocar a Aids no rol das doenças crônicas, e também pelo mecanismo de naturalização da doença vivenciado por pessoas soropositivas com muitos anos de diagnóstico. Uma hipótese que se pode levantar é a de que entre os sujeitos com menor tempo de diagnóstico a presença da morte ainda seja central na representação, e entre aqueles com maior tempo de convívio com o HIV/Aids esse

conteúdo tenha sido dissipado face ao tempo de sobrevivida vivenciado, demonstrando um mecanismo de práticas determinando representações.

A imagem da Aids como uma síndrome excludente e estigmatizante é ancorada na falsa crença de que ela é restrita a grupos específicos da população e de que a transmissão não ocorre em qualquer tipo de convívio afetivo-sexual. A imagem degenerativa da Aids continua presente e faz despertar no entorno social sentimentos de piedade, acompanhados de preconceito e de estigmatização.

Ao estudar a representação social do HIV/Aids pôde-se ter acesso às crenças, às interpretações e ao conjunto de relações sociais diante do objeto de estudo. Essas representações englobam não só o aspecto biológico, mas também aspectos psicossociais, tais como preconceito, segregação, estigma e dificuldade de inserção social associados à síndrome e ao vírus.

Quanto aos fatores que contribuem para o aparecimento do HIV/Aids percebidos nesse grupo social, identificou-se uma tendência de se considerar a Aids como uma doença que não apresenta risco de contaminação para os sujeitos com idade mais avançada, pois acreditam que são mais precavidos e que a vida sexual do idoso estagnou, mostrando uma contradição com a própria condição de soropositividade.

Uma condição de vulnerabilidade específica desse grupo refere-se à inovação na área medicamentosa, permitindo uma melhora no desempenho sexual e favorecendo o aumento da frequência e qualidade das relações sexuais, tanto entre homens quanto mulheres em processo de envelhecimento. Contudo, essas novas práticas vieram acompanhadas de novas condições de vulnerabilidade caracterizadas pela resistência ao uso do preservativo em função de questões morais e identitárias, e também da falta de incentivo ao sexo seguro em campanhas de conscientização e de educação em saúde. Tudo se passa como no pensamento mágico, já que o exercício sexual era terreno restrito aos jovens até pouco tempo atrás, também as mazelas que o acompanham devem ter ficado restritas àquele grupo.

O grau de informação dos sujeitos sobre as formas de transmissão, vulnerabilidade e situações de risco para o contágio da Aids não é suficiente para a adoção de comportamentos preventivos, pois as relações entre representações e práticas não são diretas e implicam em reciprocidade.

A invisibilidade do grupo de pessoas em processo de envelhecimento como não expostas ao risco de adquirir o HIV, especialmente por profissionais de saúde, apresenta-se como uma importante característica da problemática estudada, que associada à ausência de campanhas educativas direcionadas para a especificidade da transmissão e da Aids nessa faixa etária, apresenta-se como mais um elemento de vulnerabilidade desse grupo social.

A vida afetiva e sexual é um dos aspectos da vida do grupo estudado que sofre maior impacto com a presença da condição de soropositividade. Algumas mudanças impressas ao cotidiano relatadas pelos sujeitos estão relacionadas ao afastamento do parceiro, à diminuição do número de relações sexuais, à abstinência sexual, a diminuição do desejo e a fuga de relacionamentos novos, revelando mecanismos de proteção psicológica derivados do medo e da insegurança frente à síndrome.

O processo de envelhecer conjugado com o viver/estar com HIV/Aids é um fenômeno também marcado pela subestimação de risco, em virtude de crenças e mitos sobre a sexualidade, a falta de informação, o silêncio em relação à soropositividade, além de sentimentos de angústia acompanhados do cotidiano comprometido pela instabilidade emocional e sensibilidade às vicissitudes deste convívio.

As formas de enfrentamento da soropositividade e da síndrome observadas no grupo social estudado referem-se à estruturação da vida após a confirmação do diagnóstico, com destaque para o convívio com a angústia pela infecção e pelo risco de disseminação do vírus, além da perplexidade frente ao futuro com Aids.

As mudanças cotidianas são impostas pelo uso dos medicamentos e pela busca de recuperação da normalidade perdida, normalidade esta característica da vida existente antes do diagnóstico.

O processo de viver com Aids traz consigo situações de discriminação, abandono, segregação, estigma, falta de recursos sociais e financeiros, ruptura nas relações afetivas e dificuldades com a sexualidade. Diante desse quadro, viver com a síndrome torna o seu enfrentamento cada vez mais problemático (GALVÃO, 2000).

Diante do diagnóstico de soropositividade as pessoas portadoras do vírus passam a construir uma realidade de convivência com a futura doença, ainda não manifesta, antevendo as dificuldades que se apresentarão. Essa construção imaginária

foi referida como adesão ao tratamento, obediência às normas ligadas ao uso dos medicamentos e a um vago apelo religioso, como uma chance de obter uma maior sobrevida. Isso é mostrado pela reafirmação da vontade de viver, mesmo com todos os transtornos provocados pela debilidade física de uma pessoa com Aids e em processo de envelhecimento.

Observa-se como parte das representações dos portadores, a esperança de uma cura futura, levando esses sujeitos a travarem uma luta diária contra os empecilhos e dificuldades impostos por sua condição clínica e pelo uso dos medicamentos ARV. A tendência em adotar um estilo de vida mais saudável do que o anterior à síndrome está presente nos discursos como forma de prolongar a vida e talvez obter a cura.

Os elementos acima revelam como essas representações influenciam e orientam as condutas destes atores sociais, seja em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, ao isolamento social, ao relacionamento interpessoal e também ao funcionamento sexual.

Finalmente, as estratégias utilizadas pelos sujeitos para a melhoria da qualidade de vida mostraram-se como um desafio para as políticas de prevenção e promoção da saúde. Coelho (2006) acredita que essas mudanças das estratégias voltadas para a manutenção da saúde consigam fazer aflorar novos valores, como o da vida, o do respeito pelo outro e pelas diferenças de gênero, classe social e dos próprios seres humanos.

Para Cardoso (2005), a qualidade de vida da pessoa em processo de envelhecimento com HIV/Aids é prejudicada também pela existência de disputas de espaços nas políticas públicas com outros grupos excluídos.

Os conteúdos que emergiram da identificação da representação social construída sob a ótica de pessoas em processo de envelhecimento com HIV/Aids permitiram uma reflexão crítica sobre a prática profissional no que se refere à atenção a esse grupo e ao idoso. Nesse sentido, os programas voltados para o atendimento do grupo estudado deveriam estar voltados às questões relativas à sexualidade, ao comprometimento conjugal, às relações de gênero e à estigmatização, além de promover a inclusão do idoso como alguém que possui desejo e planos de vida.

Assim, a atenção que os sujeitos estudados necessitam não se restringe às questões objetivas da atenção à doença, mas também àquelas subjetivas que envolvem o tratamento e a prevenção em toda sua complexidade. Essa subjetividade é aquela que interfere na melhoria da qualidade de vida, sendo necessária a capacitação profissional, de forma a desconstruir crenças enraizadas, acolhendo o sujeito e fortalecendo vínculos.

As campanhas educativas, além da habitual conscientização sobre a epidemia, as formas de transmissão do HIV e a evolução para Aids, devem abordar aspectos relacionados à comunicação com o parceiro, sexualidade saudável em casais sorodiscordantes e encorajamento da aceitação do soropositivo pela família e sociedade. É importante a realização de campanhas educativas específicas para pessoas em processo de envelhecimento, visto que o direcionamento das ações pode levar a uma maior conscientização (BERTONCINI, 2007).

O processo de envelhecimento vem ganhando destaque nos debates sobre políticas públicas, na ciência e na mídia, destacando o sentido das mudanças que esse segmento social, crescente em número, provoca na reorganização do poder público, do trabalho, da economia e da cultura, atribuindo novo sentido ao espaço percebido como o da decadência física e da inatividade (PROVINCIALI, 2005).

A tendência que se apresenta na atualidade é a de rever os estereótipos associados ao envelhecimento, substituindo a ideia de perdas pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas, mesmo quando acompanhado de uma doença incurável. Nesse sentido, percebe-se, na fala de alguns depoentes, que a idade cronológica não é um marcador importante da vida. Outros elementos, relacionados à história de vida, experiências e outros acontecimentos se sobrepõem, evidenciando-os não só como um segmento da sociedade, mas também como indivíduos e seres humanos com vontade de viver.

Os resultados obtidos nesta pesquisa sugerem a necessidade de outros estudos neste campo, tendo em vista que a Aids em pessoas em processo de envelhecimento é uma temática recorrente na atualidade. Oliveira (2006) sugere, também, a realização de investigações futuras que avaliem a capacidade profissional, tanto de estudantes concluintes, quanto de profissionais já formados, com o intuito de analisar de que forma

o conhecimento científico está sendo transmitido e, se está sendo influenciado por valores pessoais ou condicionado ao modelo biomédico tradicional.

Desta forma, além da investigação das representações e compreensão das características biopsicossociais das pessoas em processo de envelhecimento que convivem com HIV/Aids, este trabalho propiciou dar visibilidade a esse grupo colocando-os em evidência, retirando-os de uma situação marginal, a qual muitas vezes são relegados, especialmente no cenário da sexualidade e da Aids. A busca do conhecimento das representações sobre um processo tão complexo e abrangente como é o da pessoa soropositiva, significa acompanhá-la neste percurso.

Assim, mais do que afirmações conclusivas, este estudo proporcionou a aproximação ao objeto de estudo e o contato com óticas diferentes, mas, sobretudo como as pessoas superam a cada dia suas dificuldades decorrentes da idade e os problemas relacionados ao HIV, bem como ao uso dos antiretrovirais, procurando se recolocar no mundo em função do que são e não do estereótipo que a sociedade atribuiu ao processo de envelhecimento e, especialmente, as pessoas que se aproximam ou já se encontram na terceira idade.

Por fim, espera-se que os achados desta investigação possam fornecer subsídios para o debate acerca das práticas existentes frente à soropositividade, de maneira que sejam elaboradas estratégias positivas de atendimento e enfrentamento do HIV/Aids entre pessoas na fase de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, M. G. G; NASCIMENTO, M. A. A. Saúde, doença e envelhecimento: **representações sociais de um grupo de idosos da UNATI** – BA. Textos sobre Envelhecimento. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3. 2005. *Disponível em:* <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151759282004000100004&1ng=pt&nrm>. Acesso em: 27 fev. 2008.
- ALCHIERI, J. C. **E o idoso, qual o seu lugar na prevenção às DST/Aids?** In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO AS DST/AIDS: desafios da prevenção e da assistência no SUS, 2006, Belo Horizonte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006.
- ALVES, E. G. R.; (;) RAMOS, D. L. P. **Profissionais de saúde: vivendo e convivendo com HIV/Aids.** São Paulo: Santos, 2002.
- ANDREWS, G. A. **Os desafios do processo de envelhecimento nas sociedades de hoje e do futuro.** Santiago: CELADE, 2000, p. 247-256
- ARPINELLI, et al. **Health related quality of life in asymptomatic patients with HIV.** Evaluation of the SF 36 health survey in italian patients. *Pharmacoeconomics.* v. 18, n. 1, p. 63-72, 2000.
- ARRUDA, A. **Teoria das representações sociais e teorias de gênero.** Cadernos de Pesquisa. v. 34, n.121, p. 127-147, jan./abr. 2000.
- AZAMBUJA, K. F. **Perfil do paciente HIV positivo com mais de 60 anos no estado do rio de janeiro.** In: 1 CONFERÊNCIA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA HORIZONTAL DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE EM HIV/AIDS e DST; 2000, Rio de Janeiro. Anais...São Paulo: Hospital Universitário Gafreé e Guinle/ UNIRIO, 2000. p. 287-288
- BALLONE, G. J. **O sexo nos idosos.** [Psiqweb Psiquiatria geral, Internet], 2001. *Disponível em:* <http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65.html>. [S.l.: s. n.] 2002. Acesso em: 6 mar. 2008.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Portugal: Edições 70, 2004. 221p.
- BASSIT, A. Z. **História de mulheres:** reflexões sobre a maturidade e a velhice. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, J. R. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. p. 175-189
- BELTRÃO, K. I; CAMARANO, A. A. **A dinâmica populacional brasileira e a previdência social:** uma descrição com ênfase nos idosos. [Referência obtida via base de dados IPEA, 2002]. *Disponível em:*

<http://www.prodepa.gov.br/sespa/variedades_textos_din.htm>. Acesso em: 4 out. 2008.

BERTONCINI, B. Z. Comportamento **sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV**. In: Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. v. 9, n. 2, p. 75-79. 2007.

BRASILEIRO, M; FREITAS, M. I. F. **Representações sociais sobre Aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 14, n. 5, p. 275-279, set./out. 2006.

BRASIL. Lei nº 8.842, sancionada em 04 de Janeiro de 1994, **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 5 jan. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids entre idosos reorienta política de prevenção do Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. **Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Rio de Janeiro, Revista Conselho Federal de Medicina, v. 4, p. 15-25, 1996.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**: Regulamentado pela lei 10.741, de 1/10/2003: Brasília, DF, 2003, p. 1-20

BRASIL. **Política de Saúde do Idoso**. Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<http://www.funasa.br>>. Acesso em: 11 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST/Aids**. 2008. Brasília: DF. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília, DF, ano v, n. 1, jul. a dez. 2003. Programa Nacional de DST e Aids. Rio de Janeiro: jun. 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 7 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília, DF, ano v, n. 1, jul. a dez. 2007. Programa Nacional de DST e Aids. Rio de Janeiro: jun. 2004. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 7 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília, DF, ano v, n. 1, jan. a jun. 2008. Programa Nacional de DST e Aids. Rio de Janeiro: jun. 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 7 mar. 2008.

Brasília, DF, ano v, n. 1, jan. a jun. 2008. **Programa Nacional de DST e Aids**. Rio de Janeiro: jun. 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 7 mar. 2008.

BROOK, D. W. **Coping strategies of HIV positive and HIV negative female injection drug users: a longitudinal study.** Aids education and prevention. v. 11, n. 5, p. 5, 1999.

BUTIN, N. G. **Finitude e envelhecimento:** significados da morte no idoso soropositivo. 2002. 126f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002.

CALDAS, C. P. **A saúde do idoso.** 2. ed. Rio de Janeiro: UERJ, 2004 *apud* ROACH, S. Introdução à enfermagem gerontológica. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003.

CAMARANO, A. A. **Mulher idosa:** suporte familiar ou agente de mudança. Revista de Estudos Avançados. São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35-64, 2006.

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

CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. **Representações Sociais e história:** referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. Caderno de Saúde Pública. v. 16, n. 2, p. 499-506, 2000.

CARDOSO, G. P. **As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. v. 10, n. 1. Rio de Janeiro jan./mar. 2005

CARRET, M. L. V. **Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos:** prevalência e fatores de risco. Revista de Saúde Pública. v. 38, n. 1, p. 76-84, 2004.

CASTANHA, A. R., et al. **Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais.** Psicologia. Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 47-56, jan./abr. 2006.

CASTANHA, A. R., et al. **Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV.** Estudos de Psicologia. Campinas, v. 24, n. 1, p. 23-31, jan./mar. 2007.

COELHO, A. B. **Representação social dos homens infectados por HIV acerca da Aids.** 2006. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2006.

DIAS, A., et al. **A infecção VIH/SIDA na população com mais de 50 anos.** 2005. In: VI CONGRESSO VIRTUAL DE HIV/AIDS. [Trabalho apresentado]. Disponível em: <<http://www.aidscongress.com.br>>. Acesso em: 27 fev. 2008.

DIOKNO, A. C., et al. **Sexual function in the elderly.** Arch Intern Méd, v. 150, n. 1, p.197-200, 1990. Disponível em: <<http://www.hupe.uerj.br/conheca/historic.htm>>. Acesso em: 20 out. 2008.

DUARTE, M. J. R. S. **Cuidadores? Por que e para que? Atenção ao idoso no domicílio.** Revista Enfermagem UERJ, v. 4, n. 34, p. 126-130, 1996

FEITOZA, A.; SOUZA E ARAÚJO. **A magnitude da infecção pelo HIV-Aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE.** In: Jornal do Brasil. Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 16, n. 4, p. 32-37. 2004

FERRARI, D., et al. **Avaliação de enfermagem no atendimento domiciliar de portadores de HIV/Aids.** Revista Enfermagem Brasil. v. 1, n. 1, p. 32-3, nov. /dez. 2002.

FERREIRA, M. P. **Conhecimento e percepção de risco sobre o HIV/Aids:** um perfil da população brasileira no ano de 1999. Caderno de Saúde Pública. v. 9, n. 2, p. 88-91

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J. **Intervenção Comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo,** Revista de Saúde Pública, v. 36, n. 4, ago. 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 18 fev. 2006.

FLORES, E. **The role of father involvement in children's later mental health.** Journal of Adolescence, v. 26, n. 1, p. 63-78. 2007.

FONTES, K. S; SALDANHA, A. A. W. **Representações sobre a Aids em pessoas da terceira idade:** estudo da vulnerabilidade para a formação de competências preventivas. In: SEMINÁRIO ENIC; Universidade Federal da Paraíba; João Pessoa. 2006.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil:** a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIR, E. **A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência humana tipo 1.** 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1999.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da Identidade deteriorada, LTC Ed., 1988.

GOLDANI, A. M. **Mulheres e envelhecimento:** desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: CAMARANO, A. A. Além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. p. 75-114

GOMES, A. M. T. **A autonomia profissional de enfermagem em saúde da criança:** um estudo de representação social. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

GORINCHTEYN, J. C. **Avanço da Aids na terceira idade**. Revista [on line]. Prática Hospitalar. v. 7, n. 38, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2038/paginas/materia%201838.html>>. Acesso em: 27 fev. 2008.

IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000/IBGE**. Rio de Janeiro: Departamento de População e Indicadores Sociais. 2000.

INELMEN, E. M.; GASPARINI, G. (; ENZI, G. **HIV/Aids in older adults**: a case report and literature review. Geriatrics. v. 60, n. 9, 2005.

JODELET, D. **Os Métodos das Ciências Humanas**. In: MOSCOVICI, S; BUSCHINI, F. (Org). Olhares sobre as metodologias qualitativas. Tradução Livre: Marie Annik Bernier. Paris: Presses Universitaires de France: 2003. p. 139-162

JODELET, D. **Representação Social: fenômenos, conceitos e teorias**. In: MOSCOVICI, S. Psicologia Social. Paris: PUF, 1984. p. 357-358

JODELET, D. **Representações do contágio e a Aids**. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. (Org). Aids e representações sociais: à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998, p.17-45

KÜBLER - ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LAFER, B.; AMARAL, C. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. de Almeida. **Técnicas de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 282p.

LEITE, M. T. **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, Rio de Janeiro 2007.

LEMOS, E. F. **Sexualidade na Terceira Idade**. Florianópolis: Ediograf, 2003.

LIEBERMAN, R. **HIV in older americans**: an epidemiologic perspective. Journal of midwifery women's health, v. 45, n. 2, p. 176-182, 2000

MALBERGIER. **Aids e psiquiatria**: um guia para os profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MALBERGIER; STEMPLIUK. **Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV**. Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 23, n. 3, p. 160-167, 1997.

MARTINI, J. G. **Representações associadas à Aids na escola**. Unisinos. Rio Grande do Sul. 2003.

MARTIN, et al. **Mulheres e Aids**: uma abordagem antropológica. 1995. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MELCHIOR, R. **Avaliação da aderência dos usuários do sistema público de assistência ao tratamento de Aids**: uma análise qualitativa. 2000. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MESTON, C. M. **Velhice e sexualidade**. Revista West J Méd. v. 1, n. 167, p. 285-290, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do Conhecimento-Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000.

MINAYO, M. C.; COIMBRA. **Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. de S. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: 1997.

MOSCOVICI, S. A. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **A. Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes. 2003.

MOTTA, A. B; SILVA, C. **Chegando pra idade**. In: LINS DE BARROS, M. M. Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 2003, p. 223-235

NASCIMENTO, A. M. G. **Representação social e vulnerabilidade feminina em tempos de aids**. 2003. 108f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

NEGREIROS, T. C. G. M. **Espiritualidade**: desejo de eternidade ou sinal de maturidade? Revista Mal Estar e Subjetividade. v. 3, n. 2, p. 275-291. 2003

NERI, A. L. **O desenvolvimento integral do homem**. A terceira idade. Revista do SESC, ano VI, n. 2, p. 4-15, 1995.

NÓBILE, L. **A Sexualidade na Maturidade**. São Paulo: Brasiliense. 2000.

OLIVEIRA, D. C. **Análise de Conteúdo Temático-Categorial**: uma proposta de sistematização. Rev. Enfermagem UERJ, v. 16, n. 4, p. 569-76. 2008

OLIVEIRA, E. G. **Longevidade do Cérebro**: prevenção da Doença de Alzheimer e contribuições para o cuidar da enfermagem. 2003. 103f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2003.

OLIVEIRA, I. C. V; ARAÚJO, L. F; SALDANHA, A. A. W. **Percepções dos profissionais de saúde acerca da aids na velhice**. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. v. 18, n. 2, p. 143-147, 2006

OLIVEIRA, M. G. (i) CABRAL, B. E. S. L. **Lazer nos grupos de convivência para idosos**: uma experiência de sociabilidade. 2004. In: Revista dos Pós-graduandos em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba. n. 4, João Pessoa, set. 2003. Recuperado em 16 Fev.: <http://chip.cchla.ufpb.br/paraiwa/04-guia_e_benedita.html>.

ÓLIVI, M. **Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. v.16, n. 4, p. 10-18, jul./ago. 2008.

OLTRAMARI, L. C. **Um esboço sobre as representações sociais da aids nos estudos produzidos no Brasil**. Caderno de Pesquisas Interdisciplinar em Ciências Humanas. v. 2, n. 45, set. 2003.

ORGANIZACIÓN, P. S. **Guia clínica para atención primária a las personas mayores**. 3. Ed. Washigton, DC, 2003.

PAIVA, M. S. **Vulnerabilidade ao HIV/Aids entre homens e mulheres com mais de 50 anos**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

PARKER, R. **A Aids no Brasil**. História Social da Aids. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ, Relume-Dumará, 1994.

PARKER, R. G.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e Aids**. Coleção ABIA. Cidadania e Direiros, n. 1, ABIA: Rio de Janeiro, 46p. 2001.

- PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de Vida na Velhice**. In: FREITAS, E. V. de. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 147-153
- PEREZ, B. F. A; GASPARINI, S. M. **Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará**. *Jornal Brasileiro de Aids*. v. 6, n. 3, p. 93-140, mai./jun. 2005
- PERUGA, A; CELENTANO, D. D. **Correlates of Aids knowledge in samples of the general population**. *Social Science and Medicine*, v. 36, n. 36, p. 509-524, 1993.
- POMPIDOU, A. **National Aids information programme in France**. In: WHO AIDS: prevention and control. United States Pergamon Press, p. 28-31. 1988
- POTTES, G. **Viagra stories: challenging erectile dysfunction**. *Social Science Medicine*. n. 59, p. 489-499. 2000.
- PROVINCIALI, R. M. **O convívio com HIV/Aids em pessoas da terceira idade e suas representações: vulnerabilidade e enfrentamento**. 2005. 126f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- REMOR, E. A. **Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da Aids**. *Psicologia: teoria e pesquisa*, v. 3, n. 18, p. 283-287, set./dez. 2000.
- RIBEIRO, C. G. **Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV**. *Estudos de Psicologia*. Campinas, v. 24, n. 1, p. 23-31, jan./mar. 2002.
- RIBEIRO, C. G; FONTES, K. S; ARAGÃO, T. A; SALDANHA, A. A. W (;) COUTINHO, M.P.L. **Representações sociais da Aids elaborada pelos pacientes soropositivos para o HIV**. (CD). In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA, XXXV, 2005. Anais...
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2003.
- ROCHA, F. M. G. **Política de controle ao HIV/Aids no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória**. 1999. 130f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo 1999.
- RODIN, G; CRAVEN, J; LITTLEFIELD, C. **Depression in the medically ill**. New York: Brunner/Mazel, 1991.

SÁ, C. P. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1992. 206p apud MOSCOVICI, S. A. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SÁ, C. P. **Representações Sociais**: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, J. M. (Org.). *O conhecimento no Cotidiano*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1993 apud MOSCOVICI, S. A. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

SALDANHA, A. A. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. 206f. Tese (Doutorado em Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SALDANHA, A. L; CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 1999.

SALDANHA, A. L; CALDAS, C. P. **Saúde do Idoso**: a arte de cuidar. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SANTOS, I; CLOS, A. C. **Pesquisa Qualitativa e Metodologia**. In: GHAUTHIER, J. H; et al. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 1-17

SANTOS, I. M. M. **Perfil da Aids em indivíduos acima de 50 anos**. *Texto e Contexto – Enfermagem*. v. 6, n. 2, p. 339-344, mai./ago. 1997.

SEFFNER, F. **Cidadania, doença e qualidade de vida**: o caso da aids. In: *Cidadania e Qualidade de Vida*. Canoas, La Salle, 2005. 118p.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002. 335p.

SILVA, L. S. **Representações sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da Aids**. II Conferência Brasileira sobre Representações Sociais: teoria e abordagens metodológicas.. In: IV JORNADA INTERNACIONAL [S. l.: s. n]; João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2005.

SILVA, M. A. M. O. **Velhos de rua no Brasil**: a morte silenciosa. A terceira idade. *Revista do SESC*. São Paulo. Ano IX, n. 13, p. 35-43, 2002.

SILVEIRA, M. F. **Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres**. *Revista de Saúde Pública*. v. 36, n. 6, p. 670-677, 2002.

SOARES, A. M. **Aids no Idoso**. In: FREITAS, E. V. de. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 870-882

SOBRAL, B. **Novos fatos e alguns pontos de vista sobre a terceira idade**. Revista de saúde coletiva. Fiocruz, v. 2, n.1, p. 135-147, mar./jun.1995.

SOUSA, A. S; KANTORSKI, L. P; BIELEMANN, V. **A Aids no interior da família: percepção, silêncio e segredo na convivência social**. Acta Scientiarum Health Sciences. v. 26, n. 1, p. 1-9, 2004.

SOUZA, E. A. **Representações sociais da AIDS, práticas sexuais e preventivas entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais no Rio de Janeiro e em Brasília**. Relatório Bianual, Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. 1992.

SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença**. Saúde e Sociedade. v. 3, n. 2, p. 149-169. 1993

SPINOLA, A. W. P; LOPES, R. G. C. **Atenção ao idoso**. Profilaxia social urbana. In: Anais do VI CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, v. 2, p.179-188, 2000

STEINKE, E. **Sexuality in aging: implications for nursing facility staff**. The journal of continuing education in nursing, v. 28, n. 2, p. 59-63, 1997

STOFF, et al. **Introdução: HIV/Aids and aging**. Revista Aids, v. 18, n. 1, p. 1-2, 2004.

STROMBECK, R; LEVY, J. A. **Educational strategies and interventions targeting adults age 50 and older for HIV/Aids prevention**. Research on aging, v. 20, n. 6, p. 912-936, 1998.

TEIXEIRA, P. R. **Ta difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids, 2000.

TORRES, T. **A representação social da aids e da terapia antiretroviral para soropositivos com adesão ao tratamento**. 2006. 110f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

TRONCA, I. **As máscaras do medo: lepraids**. São Paulo, Ed. Unicamp, 2000, 150p.

TUNALA, L. **Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde**. In: TEIXEIRA, P. R. Ta difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids, 2001.

- TURA, L. F. R. **Aids e estudantes**: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, D. Aids e representações sociais: a busca de sentidos. Natal: EDUFRRN, 1998. p. 121-154
- VASCONCELOS, M. F. O. **Sexualidade na Terceira Idade**. In: Caminhos do Envelhecer. Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Ed. Revinter, 1994.
- VECCHIA, R. D.; et al. **Qualidade de Vida na Terceira Idade**: um conceito subjetivo. Revista Brasileira de Epidemiologia. v. 8, n. 3, p. 246-252, 2005
- VERAS, R. **Atenção Preventiva do Idoso**: uma abordagem de Saúde Coletiva. In: FREITAS, E. V. de. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 655-669
- VERAS, R. **Envelhecimento Humano**: as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. In: NETTO, M. P. Tratado de Gerontologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 140-146.
- VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia**: um manual teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
- WAGNER, W. **Sócio-Gênese e Características das Representações Sociais**. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, D. C. (Org.). Estudos Interdisciplinares em Representação Social. 2. ed., Goiânia: AB ed., 2000. p. 3-26
- WOOD, G. L. B; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação, crítica e utilização. 4. ed., RJ: Guanabara Koogan, 2001.
- WILLIAM, T. F. **Geriatria**: perspectivas na qualidade de vida e cuidado em pessoas idosas. In: SPILKER. Qualidade de vida e farmacoeconomia na clínica. 2. ed. Filadélfia, 1996, p. 803-807
- ZABA, B. **Demographic and socioeconomic impact of Aids**: taking stock of the empirical evidence. Aids, v. 2, n. 18, p. 1-7, 2004.
- ZAMLUTTI, M. E. M. **O mito da velhice assexuada**: um ponto de reflexão. São Paulo: Ed. Maturidade, 1996.
- ZIMERMAM, G. I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas do Sul, 2000.

APÊNDICE A - Questionário de Identificação dos Entrevistados

Nº. Entrevista: _____

1. Dados de Identificação

Iniciais do Entrevistado:

Data de Nascimento:

Cor:

Sexo: Feminino () Masculino ()

Naturalidade:

Bairro onde mora:

Religião:

2. Perfil Econômico

Situação conjugal:

- () mora com companheiro
- () não mora com o companheiro
- () sem companheiro fixo
- () viúvo

Nível de Escolaridade:

- | | | |
|------------------------|--------------|----------------|
| () Ensino Fundamental | () completo | () incompleto |
| () Ensino Médio | () completo | () incompleto |
| () Superior | () completo | () incompleto |
| () Analfabeto | | |

Situação de Trabalho:

- () Trabalhando regularmente
- () Trabalhando esporadicamente (sub-emprego)
- () Desempregado
- () Aposentado

Renda Mensal aproximada: R\$ _____

- () trabalho formal
- () trabalho informal
- () auxílio desemprego
- () aposentadoria
- () pensão do ex-cônjuge

3. Observações

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

1. O que você costuma fazer no tempo livre para lazer? Para onde vai? Com quem? Quantas vezes por semana?
2. Você possui muitos amigos? Possui namorada/o? Encontra-se com eles? Convive com a família? Costuma ter mais de uma pessoa para se relacionar?
3. O que você conhece sobre a doença HIV/Aids? (conceitos, metáforas, atitudes, imagens, opiniões, significados).
4. Como e quando você adquiriu a doença? Qual foi a forma em que você ficou sabendo do diagnóstico? O que você fez após saber do resultado? Como percebeu a doença ou o vírus? Há quanto tempo faz tratamento?
5. Você já sofreu alguma discriminação ou preconceito por ser idoso soropositivo?
6. Você possuía alguma informação sobre o HIV/Aids antes e após ter conhecimento do diagnóstico? (foi sujeito de alguma prática ou ação educativa antes de saber do diagnóstico).
7. Você mantém práticas sexuais ativa após descobrir o diagnóstico? (adota algum tipo de proteção? Quais tipos? Por quê adota ou não? Adotava práticas preventivas antes de adquirir a doença? Quais? Por que não as que temos hoje?

CÓD. UNI. REG	TEMAS/UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO	Entrevistas																		TOT AL UR	TOTA L ENTR EVIST AS		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			19	20
44	Dificuldade com os problemas de saúde e o HIV	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	3
45	Vive com HIV como se não tivesse	1	0	0	0	0	0	3	3	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	10	5	
46	HIV como uma praga	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	2
47	Hiv é a pior coisa	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	5	0	5	3
48	Doença sem cura	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	4	3
49	ARV e os efeitos colaterais	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2
50	Quantidade de ARV é prejudicial	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	2
51	ARV e o sono	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
52	ARV e a tonteira	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
53	Preocupação em mudar os medicamentos	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
54	ARV e dor no estomago	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
55	Preocupação da filha ter HIV	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
56	Somente parte da família sabe	1	0	1	1	0	3	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	9	0	7	7
57	HIV é mudança de vida	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	6	0	6	3	3
58	Alegria diminuída após diagnóstico	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	3	2	2
59	Só uma amiga sabe da doença	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	4	2	2
60	HIV é a perda de algumas coisas	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	5	3	3
61	Doença adquirida por transfusão de sangue	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	1
62	Descobrimto da doença depois de 10 anos	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	2
63	Manifestação da doença por sintomas	0	4	4	1	3	1	1	3	0	1	2	4	1	1	2	1	1	35	1	18	18	18
64	Depois de saber do diagnóstico foi duro	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	2	2
65	Depois do diagnostico desespero	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	2	2
66	Aceitação do diagnostico	0	1	2	0	1	2	0	4	0	0	1	0	0	1	0	2	0	14	0	8	8	8
67	Pânico devido a doença	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	4	3	3
68	Permissão Divina para ficar com HIV	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	2	2
69	Não esquece de tomar os ARV	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	8	0	8	6	6
70	Os ARV são sagrados	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
71	Anda prevenida com os ARV	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
72	Doença triste	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	6	0	6	3	3
73	Doença não desejada para pior inimigo	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
74	Doença não é felicidade	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
75	Medo de transmitir	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	2	2
76	Orientação de cuidado para os jovens com HIV	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
77	Informação sobre HIV no Grupo Vida	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	8	0	8	7	7
78	Sem proteção pois confiava no parceiro	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	2
79	HIV na terceira idade sem desespero	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	1
80	HIV e a vontade de viver	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	1	1
81	Ser útil mesmo com HIV	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	1
82	Aids é como dependência química	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
83	Aids é progressiva	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	2	2
84	Doença terrível	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
85	Doença é uma carga enorme	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1
86	Não sabe como adquiriu a doença	0	0	2	1	1	4	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	2	15	0	15	9	9
87	Não sabe quanto tempo tem a doença	0	0	1	2	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	9	0	9	8	8
88	Depois do diagnostico se entregou as drogas	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	5	0	5	4	4
89	Falar com parceiro que tem HIV	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	1
90	Aids foi um freio	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	1
91	Doença crônica	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	4	3	3
92	Medo de sofrer	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	1	1
93	Esperança de cura	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	4	0	4	3	3

CÓD - UNI. REG	TEMAS/UNIDAD E DE SIGNIFICAÇÃO	Entrevistas																				T O T A L U R	TOTA L ENTR EVIST AS
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
148	Depois do diagnostico não sabia o que fazer	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
149	HIV é irreversível	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
150	Nunca gostei de camisinha	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	3
151	Camisinha é algo chato	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
152	Tem que usar caminha	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
153	Tomar ARV e não sente nada	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	5	3
154	HIV na terceira idade não faz diferença nenhuma	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
155	HIV para mim é nada	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
156	HIV não é mais do que eu	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
157	Depois do diagnostico fiquei triste	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
158	Sem perceber manifestação da doença	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1
159	Eu me divirto bastante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	2	0	0	0	0	6	4
160	Depois do diagnostico minha vontade era de me jogar pela janela	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
161	Depois do diagnostico fiquei sem comer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1
162	Não fala que tem HIV por vergonha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	2
163	HIV na terceira idade é ruim porque não sai da cabeça	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1		0	0	0	2	2
164	Se não tivesse HIV seria melhor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
165	Conviver com HIV é ter um inimigo dentro de casa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
166	Conviver com HIV é ser outra pessoa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
167	Adquiriu doença com parceiro casado bissexual	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
168	O mais triste é a forma como peguei	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
169	Depois do diagnostico queria quebrar tudo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
170	Não tinha informação sobre a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	3	3

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa intitulada: **“Aposentando o preconceito: representação social sobre HIV/Aids entre pessoas no processo de envelhecimento”** tem como principal objetivo analisar a representação social de pessoas com idade igual ou superior a 50 anos de idade sobre o HIV/Aids, e será realizada em um Hospital Universitário, localizado no município do Rio de Janeiro. Para isso, estou realizando esta entrevista que será submetida à análise do seu conteúdo. Sua participação é de fundamental importância para este estudo. O participante não será exposto(a) a nenhum risco, devido à participação nesta pesquisa e poderá, em qualquer fase da mesma, solicitar esclarecimentos, bem como recusar dar continuidade a sua participação, sem nenhum prejuízo de qualquer natureza para o mesmo. Asseguro que tudo o que for dito, gravado e escrito será respeitosamente utilizado, e ainda que será mantido o sigilo e o anonimato das informações aqui contidas. Desde já agradeço sua colaboração.

Elias Gomes de Oliveira

Autorização de Participação

Eu, _____,,”
ciente das informações prestadas acima pelo pesquisador, concordo em participar da pesquisa intitulada: **“Aposentando o preconceito: representação social sobre HIV/Aids entre pessoas no processo de envelhecimento”**, bem como autorizo o uso de gravador para registrar minha fala durante a entrevista, a fim de ser usada integralmente ou em partes, sem restrições das citações, desde que preservado o anonimato. Autorizo a sua audição e o uso de citações a terceiros, ficando o controle a cargo de Elias Gomes de Oliveira, aluno do Curso de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, ___/___/2008.

Assinatura: _____

Pesquisador principal: Elias Gomes de Oliveira, Mestrando em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem/UERJ. Tel: (21) 7413-0951/ e-mail: gomesoliveira_elias@yahoo.com.br
Orientadora: Denize Cristina de Oliveira, Professora Titular da Área de Pesquisa e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem/UERJ, coordenadora do Grupo de Pesquisa “A Atenção à Saúde de Grupos Populacionais”; pesquisadora do CNPQ. (21) 9307-1771/ e-mail: dcouerj@gmail.com